



Prof. Dr. F. H. Schröder

**Europäische ERSPC-Studie
bestätigt Nutzen des PSA-Tests**

**ICHOM-Konsortium
definiert Messgrößen
für Therapiequalität**

Dr. Jens Deerberg-Wittram, MD



Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, 2014

Editorial

Aktuell

Die europäische ESRPC-Studie bestätigt Nutzen des PSA-Tests	2
Internationales ICHOM-Konsortium definiert Indikatoren zur Messung der Therapiequalität.....	4
Behandlung wird stärker auf Krebspatient zugeschnitten – Interview	5
Das IQWiG wird 10 Jahre alt	8
Zehn Jahre Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg	9

Forschung

Erste Ergebnisse der Struktur- und Bedarfsanalyse der Selbsthilfe	10
Fokale Therapie des Prostata-Karzinoms	13
Radikale Prostatektomie oder Wachsaames Abwarten beim frühen Prostatakrebs...	17
Prostatakrebs – kein Vorteil für Hormonentzug	18

Diagnose und Therapie

Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten PCa	20
---	----

Verbandsnachrichten

Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2014	23
Verabschiedung Frau Kühlechner	26
Neu im BPS	26
Gruppennachmittag der SHG Oschatz und Umgebung	27
Osnabrücker Prostatakrebs Selbsthilfegruppe feiert 10-Jähriges	27
Neues von der SHG nach Prostatakarzinom Hochfranken-Fichtelgebirge	28
Selbsthilfegruppe Königs Wusterhausen feierte zehnjähriges Bestehen	29
Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heidekreis erhält Förderpreis	30

Für Sie notiert

Prostatakrebs und die Neuentdeckung der Lust.....	31
FC Prostata besiegt Testosteronmangel	33

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: Günter Feick, Ute Gräfen, Brigitte Papayannakis

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.



Titelfotos: mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. F. H. Schröder und International Consortium for Health Outcomes Measurement

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

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

um den 65.000 Männern, die jährlich neu an Prostatakrebs erkranken, besser helfen zu können, hatten die BPS-Mitglieder ihren Vorstand beauftragt, eine Stiftung zu gründen. Diesem Votum folgend, wurde im Juli 2014 der gemeinnützige „Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs“ (FHbP) gegründet. Die Ziele des FHbP sind die Unterstützung von Männern mit Prostatakrebs, die Förderung der Prostatakrebsforschung und der Prostatakrebs-Selbsthilfe sowie die Gründung einer Stiftung. Der Förderverein stellt sich folgende Aufgaben:

- Beteiligung an Projekten für bessere Forschung, für Patientenunterstützung durch die Prostatakrebs-Selbsthilfe sowie für Fort- und Ausbildungsveranstaltungen.
- Öffentliche Information über Prostatakrebs und die ehrenamtlichen Hilfsangebote des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. für Betroffene und ihre Nächsten.
- Bereitstellung von Sachmitteln und Zuwendungen für gemeinnützige Zwecke, für den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., sowie für eine zu gründende, gemeinnützige Stiftung.
- Zusammenarbeit mit Trägern und Förderern.

Zum Vorsitzenden des Vereins wurde Ernst-Günther Carl gewählt, sein Stellvertreter ist Walter Kämpfer. Weitere Informationen zum FHbP, dessen Satzung und Vorstandsmitglieder finden Sie auf www.fhbp.de.

Ich bitte Sie, den Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs zu unterstützen. Er wird künftig auch die Spenden der jährlichen Movember-Kampagne aufnehmen, um sie für Forschung, Unterstützung von Patienten und Selbsthilfe zu verwenden. In der Movember-Kampagne 2012 wurden 149.000 Euro in Deutschland gespendet (weltweit waren es 113 Mio. Euro). Davon standen 119.000 Euro

unmittelbar für deutsche Forschungsprojekte zur Verfügung. 96.000 Euro wurden bereits 2013 für diese Projekte verwendet:

- Eine Arbeitsgruppe für die Diagnose und Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakrebses (German Working Group on Castration Resistant Prostate Cancer) mit 76.000 Euro. Die Gruppe kooperiert in allen Regionen Deutschlands für die Entwicklung innovativer, diagnostischer und therapeutischer Strategien und die Behandlung von Patienten in klinischen Studien.
- Ein Biodatenbankserver für das Deutsche Prostatakarzinomkonsortium (DPKK) mit 16.995 Euro.
- Eine Studie zur DNA-Bildzytometrie zum Ausschluss eines Progresses bei Mikrokarzinomen der Prostata (DNA-ProKo-Studie) mit 3.000 Euro.

In der Movember-Kampagne 2013 wurden 367.000 Euro gespendet. Unter Berücksichtigung der Kosten für die Spendenkampagne und der Förderung internationaler Projekte, auch mit Beteiligung deutscher Kliniken, sind das 264.000 Euro für die Prostatakrebsforschung in Deutschland. Insgesamt können so weitere 287.000 Euro für die Prostatakrebsforschung ausgeschrieben werden. Förderanträge können an den FHbP (Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn, movember@fhbp.de) gesendet werden. Für die Prüfung von Anträgen und Vergabe der Fördermittel ist ein unabhängiges Gremium einschlägiger Wissenschaftlern verantwortlich.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Die europäische Studie ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) bestätigt den Nutzen des PSA-Tests

Von Professor Dr. Fritz H. Schröder, Erasmus University, Rotterdam



Hintergrund

Die ERSPC-Studie zum Wert der Frühdiagnose des Prostatakrebses wurde 1994 in Holland und Belgien initiiert und wird jetzt in den Niederlanden, Belgien, Schweden, Finnland, Italien, Schweiz, Spanien und Frankreich durchgeführt.

Methoden

Die Arbeitsgruppe hatte sich 1995 auf einen zukünftigen gemeinsamen Datenbestand festgelegt und dessen Kontrolle einem unabhängigen Zentrum übertragen. Zu sammelnde Daten, zugehöriger Analyseplan, Parameter der Qualitätskontrolle und statistische Aussagekraft wurden publiziert.

Die Resultate regelmäßiger Mortalitätsanalysen aller Zentren waren verblindet und wurden ebenfalls von einem unabhängigen Komitee beurteilt. Männer im Alter zwischen 50 und 74 Jahren wurden in Einwohnerregistern identifiziert, zur Beteiligung an der Studie eingeladen und nach dem Zufallsprinzip einem Interventionsarm (Screening) oder einem Kontrollarm zugeordnet. Die Arbeitsgruppe wählte Patienten im Alter von 55 bis 69 Jahren für die gemeinsame Analyse aus. Ein PSA-Wert von ≥ 3.0 ng/ml diente mit wenigen Ausnahmen als Biopsie-Indikation. Ausgehend von Schätzungen der Zeit bis zum möglichen Progress der Erkrankung wurden Prüfintervalle von vier Jahre und in Schweden von zwei Jahre vereinbart.

Ergebnisse

Die ERSPC-Studie hat während 13jähriger Nachbeobachtung drei Analysen, jeweils im Abstand

von zwei Jahren durchgeführt und eine 21%ige, signifikante Verminderungen der Sterblichkeit an Prostatakrebs festgestellt. In der Auswertung des Effektes pro Land wurden in zwei Zentren, in Schweden und den Niederlanden, signifikante Verminderungen der Krebssterblichkeit gefunden. Diese relative Verminderung der Sterblichkeit geht einher mit einer bedeutsamen Verminderung des absoluten Risikos, am Tumor zu sterben. Damit wird auch die Zahl der Männer bestimmt, die untersucht werden müssen, um einen Sterbefall am Krebs zu verhindern (number needed to identify = NNI). Zwischen 2009 und 2013 ist die NNI Größe von 1.410 auf 781 gesunken.

Die Zahl der Männer, die behandelt werden müssen, um einen Krebstodesfall zu verhindern, sank von 48 auf 27. Trotz dieser Ergebnisse bleibt die Frühdiagnose des Prostatakarzinoms mit Hilfe des PSA-Serumtests weltweit kontrovers.

Der Grund hierfür ist ein ungünstiges Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden, welches vor allem durch Entdeckungen von Karzinomen bestimmt wird, die in etwa 40% der Fälle zu Lebzeiten ihrer Träger nicht progressiv werden und nicht zum Tode führen. Die Autoren der ERSPC-Studie identifizieren sich mit dieser Schlussfolgerung und vertreten die Meinung, der Zeitpunkt für die Einführung gesetzlicher Früherkennung = Screening ist noch nicht gekommen. Ein wichtiges internationales Forschungsziel sehen sie in der Verbesserung der Diagnosefähigkeiten mit dem Ziel, das Nutzen-/Risiko Verhältnis der Prostatakrebs Früherkennung zu verbessern und Übertherapien zu vermeiden.

Schlussfolgerung

Zu diesem Zeitpunkt sind alle Schlussfolgerungen aus den Daten der ERSPC-Studie vorläufig. Ungefähr 70% aller Teilnehmer sind noch am Leben und die durchschnittliche Beobachtungszeit nach Stellung der Diagnose betrug nur vier bis sechs bzw. drei bis vier Jahre in den Screening- und Kontrollgruppen. Unabhängige Studien berichten über durchschnittliche Überlebenszeiten zwischen sieben und 15 Jahren nach Diagnose in Abhängigkeit vom Stadium zurzeit der Diagnose. Wie bereits angedeutet, ist das Maß der Überbehandlung nicht akzeptabel, welches aus der Anwendung des PSA-Tests resultieren kann. Es gibt konkrete Hinweise, dass dieses Problem in den kommenden Jahren gelöst werden kann. Vielversprechend sind Studien mit multiparametrischer Magnetresonanztomographie zur Lokalisierung der Krebse, die behandelt werden müssen.

Aus Sicht der Autoren, die durch Kollegen und Gesundheitspolitiker weltweit geteilt wird, kann jedoch einem Mann, der untersucht werden will, der PSA-Test mit allen anfallenden Untersuchungen nicht verweigert werden. Diese Männer sollen in einem ausführlichen Gespräch und durch validierte schriftliche Informationen über die potentiellen Vor- und Nachteile der Früherkennung unterrichtet werden.

Kommentar

Kürzlich ausgeführte statistische Untersuchungen haben gezeigt, dass weltweit pro Jahr ungefähr 900.000 neue Fälle von Prostatakrebs diagnostiziert werden und dass beinahe 260.000 Männer an dieser Erkrankung sterben. Das Risiko eines neugeborenen männlichen Kindes, an Prostatakrebs zu sterben, liegt in Europa und in den Vereinigten Staaten von Amerika bei 2,5 bis 3,0%. Die Prostatakrebssterblichkeit wurde geringer in ungefähr der Hälfte der untersuchten 53 Länder. Die Mortalität nahm zu in den meisten weniger entwickelten Ländern. Verminderungen der Mortalität werden vor allem in Ländern festgestellt, in denen

Screening populär ist, wie in den USA. Hier ist seit 1993 die Prostatakrebssterblichkeit um etwa 40% gesunken. Etwa die Hälfte dieser 40% wird als Effekt des Screening angesehen, die andere Hälfte wird der verbesserten Behandlung zugeschrieben.

In allen Ländern, in denen eine Senkung der Mortalität aufgetreten ist, wird zugleich eine vergrößerte Zahl Neuerkrankungen wahrgenommen, die dem zunehmenden Gebrauch des PSA-Tests zugeschrieben wird. Vor 1983 starb in den Niederlanden einer von zwei Männern, bei denen die Diagnose klinisch gestellt wurde, an der Erkrankung. In der Periode 1985 bis 1995 wurden in den Niederlanden 5,5mal mehr Prostatakrebs diagnostiziert als daran starben. Die resultierenden Überbehandlungen werden stillschweigend akzeptiert. Diese Situation kann durch die Einführung der Frühdiagnose als gesetzliche Untersuchung der Männer der betroffenen Altersgruppe mit Hinzufügung von Methoden zur Vermeidung von Übertherapien korrigiert werden.

Zu hoffen ist, dass die noch offenen Fragen in nicht allzu ferner Zukunft gelöst werden können, sodass eine effektive Früherkennungsuntersuchung auch für diesen häufigsten Tumor des Mannes eingeführt werden kann. Hierzu kann die in vier deutschen Zentren initiierte und von der Deutschen Krebshilfe unterstützte PROBASE-Studie einen wichtigen Beitrag liefern. Sie soll die Testmethoden, die Frequenz der Untersuchungen, die Definition der Risikogruppen und andere Aspekte optimieren. Die weiteren Ergebnisse der ERSPC-Studie mit längeren Nachbeobachtungszeiten dürfen wir mit Interesse und Spannung erwarten.

Autoren: Fritz H. Schröder, Jonas Hugosson, Monique J. Roobol, Teuvo L. J. Tammela, Marco Zappa, Vera Nelen, Maciej Kwiatkowski, Marcos Lujan, Liisa Määttänen, Hans Lilja, Louis J. Denis, Franz Recker, Alvaro Paez, Chris H. Bangma, Sigrid Carlsson, Donella Puliti, Arnaud Villers, Xavier Rebillard, Matti Hakama, Ulf-Hakan Stenman, Paula Kujala, Kimmo Taari, Gunnar Aus

Internationales ICHOM-Konsortium definiert Indikatoren zur Messung der Therapiequalität

(Red. bp): Ist Behandlungsqualität bei Prostatakrebs überhaupt messbar? Bis heute wird in ca. 60% aller deutschen Krankenhäuser die Qualität einer Prostatakrebsbehandlung nicht gemessen. Ein internationales Team hat nun, unterstützt vom International Consortium of Health Outcome Measurement (ICHOM), Patienten fokussierte Standardmessgrößen für die Bewertung der Behandlungsergebnisse definieren können. ICHOM mit Sitz in Cambridge im US-Bundesstaat Massachusetts hat das Projekt 2013 in Kooperation mit der Harvard Business School koordiniert und wird von Dr. Jens Deerberg-Wittram geleitet. An diesem Projekt mit internationalen Wissenschaftlern und Patientenvertretern war der BPS ebenfalls beteiligt.

Die Ergebnisse stellte der Mediziner im Juli in der BPS-Jahrestagung in Magdeburg vor. Zu Beginn verwies Dr. Deerberg-Wittram auf den Wettbewerbsgedanken. Dieser funktioniere bestens in den meisten Wirtschaftszeigen weltweit. Im Gesundheitswesen sei dieser Gedanke jedoch noch nicht genügend angekommen. „Alle kämpfen gegen steigende Kosten und liefern dazu verifizierbare Daten. Für die Qualität der Behandlungen liegen diese jedoch nicht vor und wenn doch, dann mit großen Varianzen. Warum können Therapien nicht wie in anderen Bereichen langfristig durch Transparenz der Ergebnisse preiswerter werden?“, so der Mediziner. ICHOM wurde mit dem Ziel gegründet, diese Transparenz zu erreichen durch Bestimmung und internationalen Konsens messbarer Qualitätsindikatoren, so Dr. Deerberg-Wittram weiter. „Der Patient beurteilt seine Prostatakrebsbehandlung nach Medikamentenwirkung, Operations-/Bestrahlungsergebnis, seiner Lebensqualität u. a. Das sind die Dinge, welche Patienten wichtig sind und dieser hat sich ICHOM angenommen. „Mit die-

ser Datentransparenz erfahren Ärzte, wie gut sie die Behandlung im Vergleich zu anderen durchführen. Sie erlaubt Kassen die Steuerung von Patienten zu Kliniken mit hoher Behandlungsqualität und ermöglicht Politikern und Fachgesellschaften festzulegen, welche Strukturen und Prozesse im Sinne der Patienten vorgehalten werden müssen. Das Wichtigste hierbei ist aber, dass der Patient nun herausfinden kann, welche Behandlung für ihn geeignet ist und wer diese erfolgreich durchführen kann.“ In diesem Zusammenhang verwies er auch auf die besondere Bedeutung von zertifizierten Prostatakrebszentren. Studien belegten deutlich, dass in solchen Zentren bessere Behandlungsergebnisse erzielt würden. Sein Fazit: „Wir haben eine riesige Varianz in der Qualität des Gesundheitssystems. Dies ist ein unerträglicher Zustand. Das Gesundheitswesen muss viel stärker die Behandlungsergebnisse und Patienteninformationen berücksichtigen. Wir sollten daher dringend die Messung, das Berichten und das Vergleichen der Therapieergebnisse voranbringen.“

Der Vortrag ist in der BPS-Homepage abrufbar unter: http://www.prostatakrebs-bps/images/stories/avarchiv/Deerberg/Vortragsfolien_Deerberg.pdf.

Informationen zu Arbeit und Ergebnissen der internationalen ICHOM-Arbeitsgruppe für die Bestimmung der Qualitätsindikatoren sind hier dargestellt: <http://www.ichom.org/project/localized-prostate-cancer/>



Dr. Jens Deerberg-Wittram,
© B. Papayannakis

Behandlung wird stärker auf Krebspatient zugeschnitten

Ein Interview mit Prof. Otmar Wiestler, Vorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums, Heidelberg

Die Analyse des kompletten Krebsgenoms eines Patienten wird bald zum Standard gehören, ist Professor Otmar Wiestler vom Deutschen Krebsforschungszentrum überzeugt. Denn individualisierte Krebstherapie erfordert sehr viel mehr Informationen über die Krankheit als heute erhoben werden. Das Interview führte Thomas Meißner

Ärzte Zeitung: Herr Professor Wiestler, in den vergangenen Jahren ist viel von individualisierter Krebsmedizin die Rede. Wohin führt uns dieser Weg?

Professor Otmar D. Wiestler: Hoffentlich zu einer sehr viel besser auf den Krebspatienten und seine Erkrankung zugeschnittenen Behandlung als heute. Es wird immer deutlicher, dass es erhebliche Unterschiede gibt im Muster von Erbgut-Veränderungen zwischen einzelnen Patienten mit derselben Tumorentität. Darum zeigt ein und dieselbe Tumorentität sehr unterschiedliche Verläufe. Das vertiefte Wissen über Krebserkrankungen und die neuen, gezielt wirksamen Therapieverfahren werden die individualisierte Therapie erlauben.

Inwiefern ist dies mit einer Ausweitung der Diagnostik verknüpft?

Wiestler: Wir benötigen künftig sehr viel mehr Informationen über die Tumorerkrankung als heute. Es wird nicht mehr lange dauern, bis man standardmäßig die Analyse des gesamten Erbgutes der Krebszellen anbieten wird, und zwar zum Zeitpunkt der Diagnose und unter Umständen auch während des Krankheitsverlaufes. Diese Analyse ist heute schon in wenigen Tagen möglich, und die Technologien werden immer effizienter und kostengünstiger.

Das Krebsgenom-Projekt ist ein Forschungsschwerpunkt am DKFZ. Welches Ziel wird damit verfolgt?

Wiestler: Es hat einen Forschungs- und einen Anwendungsaspekt: Die Kenntnis des individuellen Musters von Genveränderungen in Tumorgeweben erlaubt uns, noch mehr über die Grundlagen der Krebserkrankung zu erfahren. Diese umfangreichen Untersuchungen bereiten den Boden für die personalisierte Onkologie.

Nun möchte man glauben, wenn ein individuelles Krebsgenom erst Mal sequenziert ist, könnte man diese Krankheiten lesen wie ein offenes Buch.

Wiestler: Veränderungen im Krebsgenom spielen eine wesentliche Rolle für Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen. Sie sagen uns aber mitnichten alles über ein Tumorleiden. Hinzu kommen Veränderungen auf Eiweißebene, zum Beispiel was Modifikationen von Proteinen betrifft, die nicht im Erbgut abgebildet sind.

Wir werden uns also auf weitere Ebenen der Diagnostik vorarbeiten müssen. Für den Moment jedoch bietet die Erbgutuntersuchung bereits einen recht umfassenden Einblick in wesentliche tumorrelevante Veränderungen.

Sie haben angekündigt, dass das Heidelberger Institut für personalisierte Onkologie (DKFZ-HIPO) bis zum Jahr 2015 bei jedem der jährlich etwa 10.000 in Heidelberg behandelten Krebskranken eine komplette Erbgutanalyse anbieten wird. Hat dies schon therapeutische Konsequenzen?

Wiestler: Wir haben im vergangenen Jahr etwa 2000 Genome von Tumorpatienten sequenziert und bereits sehr viel gelernt. Es ist erstaunlich zu

beobachten, wie oft man im Zuge solcher Untersuchungen, gerade bei Patienten mit schweren Tumorerkrankungen und bei Therapieresistenzen, auf betroffene Gene, Gengruppen oder auf Signalwege stößt, für die es schon heute Behandlungsansätze gibt. Diese Untersuchungen werden die Grundlage für Therapiestratifizierungen sein.

Mit HI-STEM gibt es im DKFZ seit 2008 ein Zentrum zur Krebsstammzellforschung. Welchen Weg ist man dort in den vergangenen fünf Jahren gegangen?

Wiestler: HI-STEM ist ein Zentrum mit einer starken grundlagenwissenschaftlichen und einer anwendungsnahen Komponente. Uns interessiert zum Beispiel, aus welchen Zellen sich Tumorerkrankungen entwickeln. Sind das Zellen mit Vorläufereigenschaften? Welche Rolle spielen im Stammzellstadium verharrende Krebszellen für Phänomene wie Zellmigration, Wachstumskinetik, Metastasierung oder auch Therapieresistenz?

Mit Hilfe dieser Erkenntnisse werden wir zum Beispiel Biomarker identifizieren, die das Metastasierungsrisiko anzeigen und wir werden Zellveränderungen finden, auf die wir gezielter als heute reagieren können.

Als eine wichtige Frage der Tumorpathologie werden die Mechanismen der Zelltodregulation angesehen. Wie wirken sich denn solche Erkenntnisse aus?

Wiestler: Der programmierte Zelltod ist aus zwei Gründen besonders interessant. Tumorzellen verlieren offenbar die Fähigkeit zur Apoptose und bleiben aus diesem Grunde erhalten, wachsen und proliferieren. Dieser Verlust des programmierten Zelltods scheint auch eine wichtige Grundlage von Therapieresistenzen zu sein. Dementsprechend möchten wir auch an diesem Punkt gezielt eingreifen.

Wir haben mit einer Ausgründung des DKFZ, dem von Dietmar Hopp finanzierten Unternehmen Apogenix, eine klinische Studie an 85 Patienten mit Glioblastomen abgeschlossen, in der wir ein neues Medikament erprobt haben, das gezielt in Zelltod-assoziierte Signalwege eingreift.



Prof. Otmar Wiestler, © DKFZ

Seit 2004 Vorsitzender und wissenschaftliches Mitglied des Stiftungsvorstands des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg (DKFZ) und Vorsitzender des Beirats und Mitglied im Vorstand der Deutschen Krebshilfe.

Es sieht so aus, als würden die Patienten erheblich von dieser Behandlung profitieren. Es sieht auch so aus, als hätten wir einen epigenetischen Biomarker gefunden, der uns eine Voraussage über das Ansprechen auf die Behandlung erlaubt.

Das ist ein Beispiel dafür, wie aus jahrzehntelanger Grundlagenforschung jetzt eine klinische Anwendung resultiert.

Einzelne maßgeschneiderte Therapiewerkzeuge versprechen nicht unbedingt den langfristigen und durchschlagenden Erfolg. Was bedeutet das für die weitere Entwicklung neuer Therapieoptionen?

Wiestler: Wir müssen früh darüber nachdenken, wie man neue und herkömmliche Therapiemaßnahmen miteinander kombinieren könnte. Auch dieser Punkt erfordert Individualisierung, einzelne Patienten werden verschiedene Kombinationen benötigen. Das ist nach meiner Überzeugung der Weg, auch schwierig zu behandelnde Krebsarten über längere Zeit kontrollieren zu können.

Jede Krebstherapie übt einen starken Druck auf die Tumorzellen aus, so dass sich Resistenzmechanismen entwickeln. Daher benötigen wir in unserem Behandlungsarsenal stets Alternativen, um resistente Zellen erneut gezielt angehen zu können. Intelligente Therapiekombinationen werden nicht nur die Therapieeffizienz verbessern, sondern auch Resistenzentwicklungen über längere Zeit vermeiden helfen.

Herr Professor Wiestler, im Herbst feiert das DKFZ ein Jubiläum mit dem Motto: „50 Jahre forschen für ein Leben ohne Krebs“ – Halten Sie das für ein erreichbares Ziel?

Wiestler: Langfristig muss es das sein. Die effizienteste Art, mit einer Krankheit umzugehen ist, sie zu verhindern. Wenn man an ein Leben ohne Krebs denkt, geht es daher auch darum, alle Möglichkeiten der Prävention und der Früherkennung zu nutzen.

Was manifeste Krebserkrankungen angeht, ist meine Einschätzung die, dass wir es in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren schaffen, die hochmalignen, fortgeschrittenen, oft therapieresistenten Krebsformen, die uns heute noch so große Schwierigkeiten bereiten, zumindest über längere Zeit unter Kontrolle zu halten, so wie zum Beispiel eine HIV-Infektion. Das Überführen einer schweren Krebserkrankung in eine chronische Krankheit wäre ein Schritt, der mir realistisch erscheint.

Wird man irgendwann auf relativ unspezifische Therapieverfahren verzichten können?

Wiestler: Sie werden sicher noch einige Zeit ein

Baustein der Therapie bleiben. Letztlich gibt es auch auf diesem Gebiet neue Entwicklungen, wenn Sie zum Beispiel an die Partikeltherapie denken, bei der Protonen oder Kohlenstoff-Ionen mit sehr hoher Geschwindigkeit genau in schwer zugängliche Tumorgewebe gebracht werden und somit eine millimetergenaue Bestrahlung erfolgt.

Es ist schwer vorstellbar, dass etwa ein Kreiskrankenhaus überhaupt noch die mit der individualisierten Krebsmedizin verbundenen komplexen fachlichen und logistischen Herausforderungen bewältigen können wird. Viel ist von Zentrenbildungen die Rede - wird dies zu langen Wegen für die Patienten führen?

Wiestler: Nicht unbedingt. Zentrenbildung wird künftig sicher eine noch größere Rolle spielen als heute. Besonders den onkologischen Spitzenzentren kommt eine Schrittmacherfunktion zu. Dort müssen neue Diagnostik- und Therapieansätze entwickelt und systematisch erprobt werden.

Sobald sich Neuerungen ergeben haben, müssen diese dann auch in der Breite Anwendung finden. Eine wichtige Aufgabe der Zentren ist es daher, intensiv mit onkologischen Krankenhäusern und Praxen zusammenzuarbeiten. Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe haben für diese Versorgungsidee ein Stufenmodell entwickelt mit onkologischen Spitzenzentren, leistungsfähigen klinischen Krebszentren bis hin zu niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Es braucht also letztlich eine neue Qualität der Arbeitsteilung.

Quelle: ÄrzteZeitung, 30. April 2014

Das IQWiG wird 10 Jahre alt



© IQWiG

Red. (ug): Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Sitz in Köln ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patienten untersucht. Über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden informiert das Institut in Form von wissenschaftlichen Berichten und allgemein verständlichen Gesundheitsinformationen.

Im Juni 2004 gegründet hat das IQWiG nun seinen 10. Geburtstag in einem angemessenen Rahmen begangen. Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Lutz Stroppe, fand lobende Worte für die Arbeit des Instituts, dessen Gutachten eine wichtige Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitswesen böten. Gerade weil bei diesen Entscheidungen unterschiedliche Interessen aufeinanderträfen, müsste neben der Wissenschaftlichkeit stets auch die Seriosität der Institution außer Frage stehen.

Auch der Stiftungsratsvorsitzende, Dr. Wolfgang Esser, zugleich Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), bescheinigte dem IQWiG, mit seinen Expertisen nicht nur national, sondern auch international Maßstäbe gesetzt zu haben. Nach den bewegten Jahren des Aufbaus, in denen das IQWiG viel zum Teil auch unsachliche Kritik habe aushalten müssen, stünden heute Verlässlichkeit und Aussagekraft seiner Expertisen im Vordergrund.

Jürgen Windeler, seit vier Jahren Leiter des Instituts, bedankte sich sowohl bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch bei seinem Vorgänger Peter Sawicki. „Meinen besonderen Dank richte ich aber an die Träger, also die Vertreter der Selbstverwaltung, die das Vertrauen und die Weitsicht hatten, durch ihre Entscheidungen in den Gremien und Organen der Stiftung die fachliche Unabhängigkeit des Instituts zu sichern und zu achten – auch wenn ihnen dies nicht immer leicht

gefallen sein mag“, so Windeler. „Denn die Unabhängigkeit ist die Grundlage für den Erfolg unseres Instituts“, zeigte er sich überzeugt.

Mit Blick in die Zukunft wünschte er, dass die Zusammenarbeit mit Selbstverwaltung und Wissenschaft sich weiterhin so konstruktiv entwickle wie bisher und – an die Adresse der Politik gerichtet – eine angemessene Regelung für die Nutzenbewertung von nichtmedikamentösen Verfahren und Medizinprodukten. Hier fühle er sich durch das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats bestätigt und auch der Koalitionsvertrag weise in die richtige Richtung.

Schließlich brauche Deutschland eine angemessene Struktur, um die Evidenz zu schaffen, deren Fehlen das IQWiG in seinen Berichten immer wieder konstatieren muss. „Was wir brauchen, sind Anreize gute Studien zu machen. Und dabei geht es auch, aber nicht allein um Geld“, so Windeler.

Prof. Dr. Christopher Baethge, Schriftleiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblatts, konstatierte in seinem mit großem Applaus aufgenommenen Fachvortrag, dass die Evidenzbasierte Medizin (EbM) – auch Dank der Arbeit des IQWiG – in der Versorgung angekommen, aber dort noch nicht heimisch sei.

Das „Fremdeln“ mit der EbM habe vielfältige Ursachen, darunter der immer noch geringe Stellenwert einer patienten- und anwendungsorientierten Forschung gegenüber der Grundlagenforschung in Deutschland, aber auch die bevorzugte Publikation von EbM-relevanten Ergebnissen in englischsprachigen wissenschaftlichen Journalen.

Anlässlich des Jubiläums gibt es eine Broschüre, die die Arbeit der vergangenen Dekade dokumentiert und reflektiert. Sie kann als Druckfassung bestellt (E-Mail: info@iqwig.de) oder als PDF von der Website herunter geladen werden.

Quelle: www.gesundheitsinformationen.de, Juli 2014

Zehn Jahre Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg



© NCT Heidelberg

Red. (ug): Im Juli 2004 gründeten das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und das Universitätsklinikum Heidelberg – gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe – das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) mit der Aufgabe, eine Brücke zwischen Krebsforschung und klinischer Krebsmedizin zu schlagen.

Ziel des NCT ist die Optimierung aktueller klinischer Therapien und die schnelle Umsetzung der Forschungsergebnisse am Krankenbett. Musste das NCT anfangs für eine disziplinübergreifende Zusammenarbeit von Forschern und Medizinern werben, ist die gemeinsame Behandlung heute eine der Grundlagen für die hohe Akzeptanz im medizinischen Umfeld.

Eine weitere Aufgabe sieht das NCT in der Bereitstellung einer individuellen maßgeschneiderten Therapie für jeden Krebspatienten. Die Krebspatienten finden in Heidelberg eine zentrale Anlaufstelle: Allein im Jahr 2012 besuchten rund 8.200 Patienten mit einer neu diagnostizierten Krebserkrankung das NCT und mehr als 12.200 Patienten wurden im ambulanten Therapiebereich der Einrichtung behandelt. Das Einzugsgebiet erstreckt sich weit über die Rhein-Neckar-Region hinaus bis ins Ausland. Bis Ende 2013 haben sich Patienten aus 45 Nationen im NCT vorgestellt – und die Nachfrage steigt weiter.

Professor Otmar D. Wiestler, Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des DKFZ, erklärt den Erfolg des NCTs folgendermaßen: „Für die Erfolgsgeschichte des NCT war es entscheidend, Forschung und Klinik unter einem Dach zu vereinen. Das NCT ist für uns eine Plattform, um unsere Forschungsergebnisse rasch in die Kliniken zu bringen und die dortigen Erkenntnisse wieder an das DKFZ zurückzuspiegeln. Mittlerweile ha-

ben wir das „Erfolgsmodell NCT“ im Deutschen Konsortium für Translationale Krebsforschung an bundesweit sieben weitere Standorte übertragen.“ Professor Guido Adler, Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg, würdigt vor allem, dass es dem NCT gelungen sei, eine interdisziplinäre Systemtherapie im Bereich der Onkologie einzuführen. Jeder Patient werde von einem Expertenteam begutachtet und anschließend nach strengen Standards behandelt. „Wir haben höchste Qualität bei den Tumorboards und in der Chemotherapie-Versorgung. Darüber hinaus haben wir auch mit Beratungsdiensten wie der Psychoonkologie, den Sportangeboten und der Sozialarbeit beste Voraussetzungen für die Behandlung der Patienten geschaffen.“

Der Sprecher des NCT-Direktoriums, Professor Christof von Kalle, richtet den Blick nach vorn. Schon im Laufe des nächsten Jahres soll Patienten im NCT eine Erbgutanalyse und ein Immunprofil ihrer Tumoren angeboten und darauf aufbauend eine individuelle Therapie empfohlen werden. Ziel sei es, die individualisierte Krebsmedizin möglichst bald in die Regelversorgung zu überführen. Von Kalle erläutert: „Individuelle Unterschiede im molekularen Profil von Tumoren werden zukünftig immer häufiger als Basis für Therapieentscheidungen herangezogen. Auf dieser Grundlage möchten wir nun die individualisierte Krebsmedizin am NCT systematisch weiterentwickeln und das NCT zu einem internationalen Spitzenzentrum der individualisierten Krebsmedizin ausbauen.“

Für die Öffentlichkeit veranstaltet das NCT am 19. Oktober 2014 einen Tag der offenen Tür mit Führungen, Vorträgen und einem bunten Rahmenprogramm.

Quelle: Pressemeldung des NCT

Selbsthilfeforschung – Erste Ergebnisse der Struktur- und Bedarfsanalyse der Selbsthilfe in Deutschland (SHILD-Projekt)

Von Silke Werner, Dr. Stefan Nickel, Dr. Christopher Kofahl vom Projektkoordinationsteam der SHILD-Studie

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte von Januar 2013 bis Juni 2014 ein nationales Forschungsvorhaben zur Selbsthilfe unter dem Titel „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven“ (SHILD). Durchgeführt wurde die SHILD-Studie vom Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Dr. Kofahl, Prof. von dem Knesebeck) zusammen mit der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Dierks) und der Universität zu Köln (Prof. Schulz-Nieswandt) in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Akteuren der Selbsthilfe (DAG SHG/NAKOS, BAG SELBSTHILFE, PARITAETISCHER, DHS u.a.).

In dem Forschungsprojekt wurden im Rahmen einer umfassenden Struktur- und Bedarfsanalyse in verschiedenen Teilprojekten Literaturanalysen, Experteninterviews und Fragebogenerhebungen

durchgeführt. Um ein möglichst umfassendes Bild der Selbsthilfe zu zeigen, waren die Zielgruppen der Studie Selbsthilfegruppen (SHG), Selbsthilfeorganisationen (SHO) sowie Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (SHU).

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der quantitativen Befragungen bei SHO und SHG vorgestellt. (Weitere Informationen zum Verlauf und allen bisherigen Ergebnissen der SHILD-Studie sind unter www.uke.de/shild/ einzusehen.)

Die SHO und SHG wurden von September bis November 2013 in einer Online-Erhebung über den aktuellen Stand der Selbsthilfe befragt (die SHG zusätzlich mit Papierfragebogen). Von den insgesamt 331 kontaktierten SHO beteiligten sich 243 SHO an der Befragung. In drei Regionen (Hamburg, Niedersachsen und Sachsen) wurden insgesamt 3.560 SHG über ihre Kontaktstellen

Projektkoordinationsteam der SHILD-Studie



Silke Werner



Dr. Stefan Nickel



Dr. Christopher Kofahl

angeschrieben, davon haben 1.192 einen Fragebogen ausgefüllt. Die erhobenen Daten wurden bislang nur deskriptiv analysiert.

Selbstbild, Ziele und organisatorische Herausforderungen von SHO/SHG

Die Studie repräsentiert die ganze Themenbreite der in Deutschland tätigen SHO und SHG. Schwerpunkte der Arbeit der befragten SHO und SHG liegen zum größten Teil sowohl in gesundheitlich-medizinischen als auch in sozialen Bereichen. Sie haben vielfältige Ziele nach innen und außen und arbeiten nach eigener Auffassung sehr erfolgreich, wobei die Wissensvermittlung den Kern der typischen Aktivitäten bildet. Wie zu erwarten, verfolgen SHO im Vergleich zu den SHG öfter nach außen gerichtete Ziele und sind eigenen Angaben zufolge insgesamt etwas erfolgreicher. Die größten Herausforderungen liegen darin, neue Mitglieder (u.a. Jüngere und Migranten) zu gewinnen, Mitglieder für Aufgaben zu aktivieren sowie die Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu erhöhen. SHO und SHG sind viel mit organisatorischen Aufgaben beschäftigt, die auch die meisten internen Probleme verursachen.

Personelle, materielle und finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe

SHO und SHG nutzen eine Vielfalt von personellen und materiellen Unterstützungsangeboten. Finanzielle Hilfen werden in der Regel von Kranken- und Pflegekassen, privaten Spenden/Stiftungen und erst an dritter Stelle von der Öffentlichen Hand entgegengenommen. Die Antragsverfahren der Selbsthilfeförderung werden von den SHO als aufwendig erlebt, aber auch als gerecht und im Ergebnis angemessen eingeschätzt.

Die Summe der finanziellen Mittel in den letzten 12 Monaten lag bei den SHO im Durchschnitt bei 210.000 €, davon stammen 81.000 € aus Mitgliedsbeiträgen. Für nur etwas mehr als ein Drittel der SHO ist der Bedarf damit gedeckt. Die SHG sind zu ca. zwei Drittel zufrieden mit ihrer finanziellen Situation. Einer SHG stehen im Durchschnitt 1.760 € zur Verfügung, wovon rund 390 € aus Beiträgen der Mitglieder stammen.

Kooperationen und politische Beteiligungsmöglichkeiten von SHO/SHG

SHO und SHG pflegen vielfältige Kontakte zu verschiedenen Kooperationspartnern, wie z.B. Kliniken/Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, Medien, Behörden. Besonders wichtige Kooperationspartner für die SHO sind die Selbsthilfe-Dachverbände. Die SHG arbeiten sehr eng mit den Selbsthilfekontaktstellen zusammen, aber auch andere SHG gelten als besonders kooperativ. In der Zusammenarbeit empfehlen SHG und Fachleute sich gegenseitig und die SHG fühlen sich ernst genommen und in ihren Fähigkeiten anerkannt. Trotz vieler Beispiele guter Zusammenarbeit weist die Qualität der Kooperation und Kooperationsbereitschaft mit anderen Institutionen aus Sicht der SHO und SHG auch Mängel auf. Häufig wurde fehlende Akzeptanz und Desinteresse an der Selbsthilfearbeit genannt, wobei eine mangelnde Kooperation durch „Nichts-Tun“ begründet sein kann und von aktivem Handeln gegen die Interessen von SHO abgegrenzt werden sollte.

Die Beteiligungsmöglichkeiten der SHO und SHG an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen werden eher mittelmäßig, wenn nicht gar schlecht bewertet. Viele SHO und SHG wünschen sich mehr Mitwirkungsrechte. Mit der Frage der Patientenbeteiligung in gesundheitspolitischen Gremien ist die Frage zu Befugnissen und Ansprüchen von Patientenvertreter/innen verknüpft. Die befragten SHO fordern zu großen Teilen die vollständige Kosten- und Aufwandsentschädigung für Patientenvertretungen sowie fachliche Unterstützung z.B. durch wissenschaftliche Referenten. Etwas mehr als die Hälfte der SHO fordern ein vollständiges Stimmrecht der Patientenvertretungen auf Landesebene und im G-BA.

Wirkungen der Selbsthilfe auf der Mikroebene

Es gibt verschiedene Dimensionen von Wirkungen der Selbsthilfe, ihre Erfolge zeigen sich in vielfältigen nach innen wie außen gerichteten Projekten und Aktivitäten. Aus Sicht der Gruppensprecher/innen erhalten die Betroffenen rascher wichtige Informationen zum Umgang mit der Erkrankung bzw. mit dem Problem. Die SHG bieten den Mitgliedern

Halt und Zuversicht, durch die Mitarbeit wird soziale Isolation entgegengewirkt, und die Mitglieder erwerben soziale Fähigkeiten zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen. Zudem können die Betroffenen kompetenter mit Empfehlungen von Ärzten und Therapeuten umgehen und nehmen Hilfen, Hilfsmittel und ärztliche Leistungen gezielter in Anspruch. Die Mitglieder der SHG können gegenüber Ärzten etc. ihre Interessen besser durchsetzen, und die Familie und/oder Partnerschaft wird durch die Mitarbeit in der SHG entlastet.

In einem weiteren Forschungsmodul (Juli 2014 – Juni 2017) sollen vertiefend die Wirkungen der Selbsthilfe auf der Mikroebene quantitativ-empirisch bei vier Indikationsgruppen analysiert werden. Ausgewählt wurden die Indikationsgruppen Diabetes Mellitus Typ 2 (als häufige Erkrankung), Prostatakarzinom (als onkologische Erkrankung von Männern), Multiple Sklerose (als seltene Erkrankung, die eher Frauen betrifft) und Angehörige von Demenzerkrankten. Um der Frage nachzugehen, in welchen Faktoren sich selbsthilfeaktive Betroffene von Betroffenen ohne Selbsthilfeaktivitäten unterscheiden, wird ein Vergleich beider Gruppen in einer Zwei-Punkte-Erhebung angestrebt. Nach den Variablen Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung und Tiefe der Selbsthilfeaktivitäten werden bei jeder Indikationsgruppe spezifische Wirkungen analysiert.

Die indikationsübergreifenden Forschungsfragen richten sich auf:

- allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- Gesundheitskompetenz (Wissen, Kommuni-

kation mit Professionellen, Interessendurchsetzung, Orientierung im Gesundheitssystem),

- Gesundheitsverhalten, Selbstmanagementfähigkeiten und Selbstwirksamkeit,
- Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialrechtlicher Leistungen sowie
- Entlastung / Stärkung sozialer Netzwerke.

In den Online-Befragungen mit standardisiertem Design werden neben generischen auch jeweils indikationsspezifische Instrumente zur Anwendung kommen (z.B. die Patient Oriented Prostate Cancer Utility Scale bei den Prostatakarzinomkranken).

Die Wirkungen der Selbsthilfe auf Meso- und Makroebene werden durch qualitativ-ethnografische Untersuchungen zur Mitwirkung der Selbsthilfebewegung in Gesundheitspolitik (G-BA) und Selbstverwaltung erforscht.

Das Forschungsteam freut sich sehr über die Unterstützung des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) bei dem neuen Modul der SHILD-Studie!

Projektkoordination der SHILD-Studie:
Silke Werner, Dr. Christopher Kofahl
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040-7410-53397
Fax: 040-7410-54934
E-Mail s.werner@uke.de
Internet: www.uk.de/shild

Fokale Therapie des Prostata-Karzinoms

Von Prof. Dr. Kai Uwe Köhrmann,
Gründungs-Vorsitzender a.D. des Arbeitskreises „Fokale und Mikrotherapie“
Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)



Hintergründe

Bösartige Tumore befallen spezielle Organe häufig an verschiedenen, unterschiedlich großen Stellen. Wenn ein Tumor an einem Ort nachgewiesen ist, ist es schwierig auszuschließen, dass noch weitere Bereiche des Organs befallen sind. Daher werden diese Organe dann „radikal“ behandelt, wobei das gesamte Organ mit einem Randsaum von gesundem Gewebe und teilweise auch mit den Lymphknoten behandelt wird. Bei der Behandlung des Prostatakarzinoms werden daher als Standardverfahren die Operation und die externe (äußere) Bestrahlung eingesetzt. Dabei besteht immer das Risiko, dass benachbarte Strukturen geschädigt bzw. in ihrer Funktion beeinträchtigt werden: Bei der Prostata sind dies insbesondere Harnblase, Darm, Blutgefäße, der Blasenschließmuskel und Nerven zur Steuerung der Erektion.

Durch stetig verbesserte Untersuchungsmethoden kann der Tumor vor einer Behandlung immer besser beurteilt werden: Durch bildgebende Ver-

fahren (spezielle Auswertungen durch Ultraschall, Computertomographie, Kernspintomographie) werden immer kleinere Geschwulste entdeckt. Damit wird die „fokale Therapie“ erstrebenswert. Dieses bedeutet, dass nur der vom Tumor befallene Teil (Fokus) des Organs behandelt wird, was bei Brustkrebs und zahlreichen anderen Tumoren bereits Standard wurde. Da eine fokale Therapie der Prostata nicht durch Operation oder externe Bestrahlung möglich ist, müssen neuere Techniken der Tumorbehandlung eingesetzt werden, wie insbesondere Hoch-intensiver fokussierter Ultraschall (HIFU), und Brachytherapie mit strahlenden Kügelchen (Seeds). Cryo-Therapie und Laser-Therapie werden in Deutschland nur in wenigen Zentren angeboten.

Diagnostik

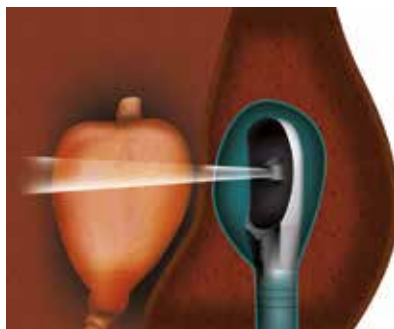
Entscheidend für die fokale Therapie ist die sichere Identifizierung des Tumors in der Prostata durch bildgebende Verfahren. Dafür stellten Neuerun-



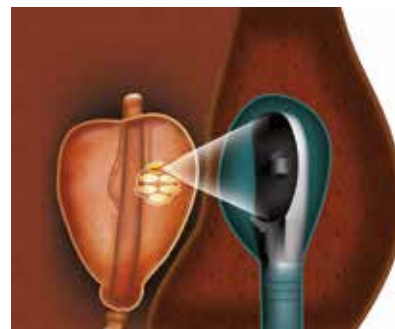
Abb. 1 A-C (links nach rechts). Fokale Therapie der Prostata:
A: „subtotale Therapie mit Aussparung der Gefäß-Nervenbündel“
B: „Hemi-Ablation“ einer Seite der Prostata
C: stark „fokussierte Therapie“ nur eines kleinen Prostata-Bereiches



Die Sonde wird in den Enddarm eingeführt, da die Prostata direkt neben dem Darm liegt und sich von dort aus gut behandeln lässt.



Der Bildgebungsschallkopf erstellt ein präzises 3 D-Ultraschallbild der gesamten Prostata.



Der Therapieschallkopf setzt die Vorgaben des Arztes automatisch und millimetergenau um

Abb. 2. Fokale Therapie mit HIFU, alle Abbildungen: © EDAP

gen des transrektalen Ultraschalls („Elastographie“) Verbesserungen in Aussicht. Gegenwärtig kristallisiert sich das „Multiparameter-MRT“ als das geeignetere Verfahren heraus. Insbesondere geben aktuelle Studien Hinweise darauf, dass das „mpMRT“ aggressivere Karzinome (mit höherem Gleason-Score) von weniger aggressiven unterscheiden kann. Um dies strukturiert zu befunden, wurde durch eine internationale Gruppe von Radiologen die PI-RADS-Klassifikation (prostate imaging-reporting and data system) etabliert, die sich zunehmend durchsetzt.

Da weder innovativer Ultraschall noch MRT ein Karzinom mit Sicherheit beweisen und auch nicht ausschließen kann, ist der Nachweis durch Probenentnahmen aus der Prostata erforderlich. Dafür muss eine ausreichende Anzahl von Proben sowohl aus den tumorverdächtigen, aber auch aus den nicht auffälligen Bereichen entnommen werden. Die Zusammenstellung der Befunde aus Bildgebung und Prostata-Biopsien (zusammen mit PSA-Wert) ist die Basis für die Entscheidung, ob eine Teilbehandlung (fokale Therapie) der Prostata sinnvoll ist. Es muss jedoch eingeräumt werden, dass noch zahlreiche Fragen bei dieser Entscheidung offen sind. Insbesondere ist noch nicht geklärt, ob diese Diagnostik mit ausreichender Sicherheit sehr

kleine, aber aggressive Karzinome ausreichend sicher entdecken kann.

Entsprechend der vorliegenden Diagnostik wird dann das zu behandelnde Gebiet (Fokus) der Prostata festgelegt. Dabei können wichtige Strukturen wie Blasenschließmuskel und Gefäßnervenbündel ausgespart und damit Risiken vermindert werden.

Indikation

Gemäß Leitlinien sind die Indikationen für die Standardtherapien des lokal begrenzten Prostatakarzinoms festgelegt. Bei einem Prostatakarzinom mit „niedrigem Risiko für das Fortschreiten und Metastasieren“ soll die „Aktive Überwachung“ angeboten werden. Bei „mittlerem und hohem Risiko“ soll eine radikale Therapie eingesetzt werden. Die Grenze zwischen niedrigem und mittlerem Risiko ist dabei sehr scharf gezogen (anhand der Parameter „Gleason 7, PSA 10, dem einseitigen bzw. beidseitigem Befall der Prostata oder der Befall von weniger bzw. mehr als 2 Prostata-Proben“). Zwischen den entsprechenden Therapieverfahren (Überwachung gegenüber radikaler Therapie) klafft jedoch hinsichtlich Invasivität und Risiken eine breite Kluft. Um diese Kluft zu überbrücken, bietet sich die fokale Therapie an. Hier wird das Spektrum der Therapie-Angebote erweitert, wenn

die alleinige Überwachung dem Patienten oder dem Arzt als „zu wenig“ und die radikale Therapie als „zu viel“ erscheint. Somit wird die Indikation der fokalen Therapie im Übergang zwischen Prostatakarzinom mit „niedrigen“ zu „hohem Risiko“ liegen.

Therapie

Die verschiedenen Techniken werden üblicherweise in (Teil-)Narkose und in einem kurzen stationären Aufenthalt angewendet:

Bei der HIFU-Therapie wird die Ultraschallsonde in den Enddarm eingeschoben. Anhand des sonografischen Bildes der Prostata wird computergesteuert das Zielgebiet festgelegt. Mit Robotersteuerung wird der Applikator so geführt, dass das Behandlungs-Areal nacheinander mit kleinen Einzelapplikationen abgedeckt wird. Dabei wird hochenergetischer Ultraschall appliziert. Dieser wird gebündelt (fokussiert), wobei der Brennpunkt im Zielgebiet positioniert wird (der „Fokus“ des Ultraschalls wird mit dem Zielgebiet der „fokalen Therapie“ in Einklang gebracht). Dabei wird im Gewebe so hohe Hitze erzeugt, dass das Karzinom abgetötet wird.

Bei der Brachytherapie werden strahlende Partikel (radioaktiv beladene Seeds) unter Ultraschall-Kontrolle durch die Haut des Damm-Bereiches in die Prostata eingestochen und dort im Tumorbereich abgelegt. Ein Computerprogramm berechnet die Verteilung der Strahlendosis, die während der Behandlung korrigiert werden kann.

Zusätzliche Energie-Quellen werden auf diesem Gebiet selten angeboten, wie z.B. Applikation von Kälte (Cryo-Therapie), Hochspannungsstrom (NTIRE) oder die Hitzezerstörung durch direkte Laserwirkung (Laser-Ablation).

Nachsorge

Da die fokale Therapie des Prostatakarzinom relativ neu ist und grundsätzliche Fragen offen sind, muss großer Wert auf eine intensive Nachsorge und Lernen aus den Behandlungsergebnissen in

Form von Studien oder Registern gelegt werden. Daher wird engmaschig der PSA-Wert bestimmt, Nebenwirkungen abgeklärt, Multiparameter-MRTs durchgeführt und Kontroll-Biopsien entnommen. Die Daten sollten anonymisiert an Studienzentren gemeldet werden, um daraus die Therapie-Standards für die Zukunft ableiten zu können.

Vorgehen bei Versagen der fokalen Therapie

Sollte sich in den Nachsorgeuntersuchungen zeigen, dass das Karzinom wieder aufgetreten ist, gibt es verschiedene Möglichkeiten zu erwägen. Dabei ist entscheidend, wie ausgedehnt der Tumor ist und insbesondere, ob er in der behandelten oder dem unbehandelten Prostata-Bereich aufgetreten ist. Ist er im bisher unbehandelten Bereich neu nachgewiesen, kann ggf. das gleiche Verfahren dort eingesetzt werden. Sollte er jedoch im behandelten Bereich wieder auftreten, kann die radikale Therapie (Salvage-Therapie) angeschlossen werden. Ist der Patient inzwischen ggf. deutlich älter oder anderweitig krank geworden, kann ggf. im Rahmen von „watchful-waiting“ abgewartet werden.

Fazit

Zwischen den Standardverfahren „Aktiver Überwachung“ und den radikalen Therapien der operativen Prostatektomie oder der externen Bestrahlung ergibt sich häufig die Indikation für eine „fokale Therapie“, d.h. der Behandlung nur des von einem Karzinom befallenen Prostata-Bereiches. Zur Minimierung der Nebenwirkungen bleiben die nichtbefallenen Areale und empfindliche Bereiche in der Nachbarschaft von der Behandlung ausgespart.

Die Techniken der fokalen HIFU- und Brachy-Therapie werden bereits in Deutschland eingesetzt und in Studien überprüft. Es ist zu erwarten, dass unter sorgfältiger Beachtung der präzisen Patientenauswahl und der strengen Nachsorge eine deutlich geringere Nebenwirkungsrate im Vergleich zur radikalen Therapie erzielt werden kann. Die hohen Heilungs- und Überlebensraten dürfen dabei jedoch nicht eingeschränkt werden.

„Arbeitskreis Fokale und Mikrotherapie“ Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Nach mehrjähriger Vorarbeit zum Thema „Fokale Therapie des Prostatakarzinoms“ ist im Jahr 2013 von der DGU der „Arbeitskreis Fokale und Mikrotherapie“ aus einer Gruppe von Urologen, Pathologen und inzwischen auch Radiologen mit ihrer internationalen Vernetzung gegründet worden. Das Ziel des Arbeitskreises ist, diese neue Therapieform zu definieren und Indikationen darzulegen. Weiterhin werden Studien unterstützt, die Nutzen und Risiken der fokalen Therapie bewerten.

Der Arbeitskreis steht mit seinem Vorstand und Mitgliedern (<http://www.urologenportal.de/2059.html>) dem BPS, seinen Selbsthilfegruppen und den Patienten für eine kritische und konstruktive Diskussion und Erfahrungsaustausch gerne zur Verfügung.

Mit-Autoren dieses Artikels sind die Mitglieder des AK Fokale und Mikrotherapie: Vorsitzender: Prof. Dr. Martin Schostak, Magdeburg; Stellvertreter: Dr. Stefan Machtens, Bergisch Gladbach; Schriftführer: Priv.-Doz. Dr. Daniel Baumunk, Berlin; Schatzmeister: Priv.-Doz. Dr. med. Georg Salomon, Hamburg; weitere Mitglieder: Priv.-Doz. Dr. Andreas Blana, Fürth; Priv.-Doz. Dr. Roman Ganzer, Leipzig; Prof. Dr. Boris Hadaschick, Uni Heidelberg; Dr. Thomas-Oliver Henkel, Berlin; Prof. Dr. Kai Uwe Köhrmann, Mannheim; Priv.-Doz. Dr. Jens Köllermann, Hamburg; Priv.-Doz. Dr. Uwe-Bernd Liehr, Uni Magdeburg; Priv.-Doz. Dr. Alexander Roosen, München; Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer, DKFZ Heidelberg; Dr. Lutker Sentker, Sinsheim; Dr. Ulrich Witzsch, Frankfurt a.M.

Radikale Prostatektomie oder Wachsaames Abwarten beim frühen Prostatakrebs

Hintergrund: Die radikale Prostatektomie reduziert die Mortalität der Männer mit lokalisiertem Prostatakarzinom – es bleiben jedoch wichtige Fragen im Hinblick auf einen Langzeitnutzen offen.

Methodik: Zwischen 1989 und 1999 wurden 695 Männer mit früh entdecktem Prostatakarzinom entweder in einem „Watchful-Waiting“-Arm oder in einem Arm „radikale Prostatektomie“ randomisiert und bis 2012 nachverfolgt. Die primären Endpunkte der Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4 (SPCG-4) waren Mortalität mit jeglicher Ursache, Mortalität bedingt durch Prostatakarzinom und das Risiko Metastasen zu entwickeln. Sekundäre Endpunkte beinhalten die Initiierung einer antiandrogenen Therapie.

Ergebnisse: Nach einem follow-up von 23,2 Jahren sind 200 der 347 Männer der operativen und 247 der 348 Männer der Watchful-Waiting-Gruppe gestorben. 63 in der operativen und 99 in der Watchful-Waiting-Gruppe verstarben am Prostatakrebs – das relative Risiko betrug demnach 0,56 (95Prozent confidence interval (CI), 0,41 bis 0,77; $P=0,001$). Die absolute Differenz betrug elf Prozentpunkte (95 Prozent CI, 4,5 bis 17,5). Die number needed to treat, um einen Prostatakarzinomtod zu verhindern, betrug 8 Prozentpunkte. Eine Person in der operativen Gruppe starb nach der Operation. Eine antiandrogene Therapie wurde bei den operierten Patienten weniger häufiger angewandt (Unterschied 25 Prozentpunkte; 95 Prozent CI, 17,7 bis 32,3). Der Vorteil der operativ Behandelten im Hinblick auf die Prostatakarzinom-mortalität war bei den jüngeren Männern unter 65 Jahre (relatives Risiko 0,45) sowie bei Männern mit intermediate-risk Prostatakarzinom (relatives Risiko 0,38) größer. Aber auch bei den älteren Männern der radikal prostatektomierten Gruppe zeigte sich ein Vorteil im Hinblick auf das Risiko, Metastasen zu entwickeln (relatives Risiko 0,68; $P=0,04$).

Schlussfolgerung: Die verlängerte Verlaufsbeobachtung bestätigt eine substanzielle Reduktion der Mortalität nach radikaler Prostatektomie. Die number needed to treat, um einen prostatakrebsbedingten Tod zu verhindern, verringert sich zunehmend – je nach Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose und je nach Tumorrisikogruppe. Ein großer Anteil der Langzeitüberlebenden in der Watchful-Waiting-Gruppe bedurfte keiner palliativen Therapie.

Kommentar: Dies ist die dritte Auswertung der weltbekannten schwedischen Studie nach der ersten Publikation im Jahre 2008 und der zweiten im Jahre 2011 im New England Journal of Medicine. Diese Studie gehört zu den ganz wenigen, die randomisiert prospektiv den Wert der lokalen operativen Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms im Vergleich zu einem Kontrollarm (Watchful-Waiting) vergleicht.

Drei Punkte werden unseres Erachtens deutlich:

1. Auch nach langer Beobachtungszeit bestätigt sich der Vorteil der operativ behandelten gegenüber den beobachteten Patienten mit lokalisiertem Prostatakarzinom.
2. Je länger die Verlaufsbeobachtung andauert, desto deutlicher wird der Benefit der operativ behandelten Gruppe. Der mittlere Verlauf der jetzigen Auswertung beträgt 13,4 Jahre mit einer Spanne von drei Wochen bis 23,2 Jahre. Die kumulative Inzidenz vom Prostatakrebstod nach 18 Jahren betrug 17,7 Prozent in der operativ behandelten und 28,7 Prozent in der Watchful-Waiting Gruppe. So ist die elfprozentige Differenz zu verstehen. Das relative Risiko an Prostatakrebs zu versterben ist mit 0,56 fast doppelt so hoch in der Watchful-Waiting-Gruppe (44 Prozent).

3. Die dritte Erkenntnis ist die Beobachtung der Metastasenhäufigkeit in beiden Gruppen. Sehr häufig wird der Wert einer Therapie bei einem lokalisierten Prostatakarzinom oder auch die Wertigkeit eines PSA-Screenings im Hinblick auf die dadurch verhinderte Prostatakarzinommortalität wiedergegeben. In vielen Studien fehlt der Hinweis auf die Morbidität, die durch den sehr langsamen Verlauf bedingt ist und spätestens ab dem Stadium der Metastasierung die Lebensqualität massiv reduziert. Das Auftreten von Metastasen sowie der Einsatz der antiandrogenen Therapie sind recht gute Surrogatparameter, um auch Auskunft über den Benefit einer Therapie im Hinblick auf diese Morbidität zu geben. Nach 18 Jahren hatten 26,1 Prozent der Patienten in der operativen Gruppe und 38,3 Prozent in der Watchful-Waiting Gruppe Metastasen. Das relative Risiko Metastasen zu verhindern beträgt hier also auch 43 Prozent. 145 Männer der operativ behandelten Gruppe und fast doppelt so viele – nämlich 235 Männer – der Watchful-Waiting-Gruppe benötigten im Verlauf eine antiandrogene Therapie. Auch hier wird deutlich, dass dieser Unterschied bei längerer Verlaufsbeobachtung zunimmt. Nach 18 Jahren Verlaufsbeobachtung hatten etwa 60 Prozent der Männer in der Watchful-Waiting-Gruppe – im Vergleich zu 40 Prozent in der radikalen Prostatektomie-Gruppe – eine palliative Therapie.

Als weitere Analyse liefern die Autoren eine Stratifizierung in Männern unter versus älterer Männer

über 65 Jahre. Hier werden die Unterschiede in allen Kategorien (prostatakarzinomspezifisches Überleben, Metastasenhäufigkeit und antiandrogene Therapie) noch deutlicher.

Die Zahl derer, die behandelt werden müssen, um einen Prostatakarzinomtod zu vermeiden, betrug nur vier anstatt acht für die gesamte Gruppe. Bei den Älteren gab es zwar keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf den prostatakrebsbedingten Tod, wohl aber im Hinblick auf die Metastasenbildung und die Notwendigkeit einer antiandrogenen Therapie. Interessant ist auch die separate Analyse der sogenannten low-risk Tumore. Hier zeigte sich zwar kein signifikanter Unterschied in der prostatakarzinombedingten Mortalität, wohl aber in der allgemeinen Mortalität und, was uns wichtig erscheint, im Hinblick auf die Metastasenbildung von etwa 10,6 Prozent.

Generell ist zu berücksichtigen, dass die Selektion der Patienten der Studienkohorte jetzt nicht mehr ganz der heutigen Patientenselektion entspricht, da nur 12 Prozent einen T1c Tumor hatten und der mittlere PSA-Wert vor Therapie 13 µg/l betrug. Diese Selektion entspricht eher der, die wir heute als intermediate und high-risk Patienten ansehen.

Autor: Anna Bill-Axelson M.D. et al, New England Journal of Medicine 370; 10: „Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Early Prostate Cancer“, March 6, 2014

Quelle: Martini-Klinik: Literatur des Monats, April 2014

Prostatakrebs – kein Vorteil für Hormonentzug

Ein alleiniger Hormonentzug bei lokal begrenztem Prostata-Ca ist einer konservativen Behandlung nicht überlegen. Die Sterberaten nach 15 Jahren unterschieden sich in einer Kohortenstudie nicht wesentlich.

Alten Männern oder solchen mit einem niedrigmalignen Prostata-Ca wird oft keine kurative The-

rapie empfohlen, sondern geraten, zunächst die weitere Entwicklung unter genauer Beobachtung abzuwarten.

Viele Ärzte verordnen in dieser Phase aber schon Antiandrogene oder schlagen eine Kastration vor, in der Hoffnung, das Tumorstadium zu bremsen. Ob diese Therapie die Prognose verbessert, ist

aber umstritten – indiziert ist der Hormonentzug in der Regel nur bei fortgeschrittenen Tumoren oder unterstützend bei der Radiatio.

Ein Team um Dr. Grace Lu-Yao vom Rutgers Cancer Institute in Brunswick hat nun 15-Jahres-Daten einer Kohortenstudie analysiert, in die über 66.000 Männer mit lokal begrenzten Prostatatumoren (T1 und T2) aufgenommen wurden (JAMA Intern Med. 2014; online 14. Juli).

Alle waren über 65 Jahre alt und zudem im ersten halben Jahr nach der Diagnose weder operiert worden, noch hatten sie eine Radiatio erhalten. Je nach Region in den USA erhielten 22 bis 39 Prozent dieser Männer eine primäre Hormonentzugstherapie, sie wurden also kastriert oder bekamen Antiandrogene.

Insgesamt waren die Männer mit Hormonentzug älter, hatten höhere PSA-Werte, einen höheren Gleason-Score und häufiger schlecht differenzierte Tumorzellen. Auch litten sie öfter als andere unter zusätzlichen Erkrankungen.

Es waren also in der Tat vor allem Männer mit einer schlechteren Prognose, die per Hormonentzug behandelt wurden. Um dennoch den Effekt des Hormonentzugs auf die Lebenserwartung beurteilen zu können, schauten sich die Studienautoren die Sterberaten in Bezirken an, in denen die Ärzte sehr häufig (oberes Terzil) oder weniger häufig (unteres Terzil) auf den Hormonentzug als Primärtherapie setzten.

Kein Unterschied bei Sterberate

Bei Patienten mit moderat differenzierten Tumoren lag dabei die Gesamtüberlebensrate in Regionen mit häufig angewandtem Androgenentzug nach 15 Jahren bei knapp 21 Prozent, in Regionen mit selten angewandtem Entzug bei 20 Prozent, der Unterschied war nicht signifikant. Bei der Prostata-Ca-bedingten Sterberate (9,4 Prozent) gab es überhaupt keine Unterschiede.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei Patienten mit schlecht differenzierten Tumoren: Hier lag die Gesamtüberlebensrate in den Regionen mit einem hohen Anteil der antiandrogenen Primärtherapie nach 15 Jahren bei 8,6 Prozent, in solchen mit niedrigem Anteil bei 9,2 Prozent; auch hier war die Differenz nicht signifikant. Die tumorbedingten Sterberaten

(jeweils 21 Prozent) waren ebenfalls fast identisch.

Zu einem ähnlichen Schluss waren die Studienautoren vor einigen Jahren schon bei einer Analyse der Zehn-Jahres-Daten gekommen, damals ließ sich aber noch ein Trend zu einer besseren Prognose unter Hormonentzug bei schlecht differenzierten Tumoren ableiten. Dieser Trend war nun nicht mehr sichtbar.

Schließlich führte auch eine europäische Studie (EORTC 30891), in der ein sofortiger versus verzögerter Hormonentzug geprüft wurde (T0-T4, N0-2, M0), zu einem negativen Ergebnis: Nach knapp 13 Jahren gab es ebenfalls keine Unterschiede bei der tumorbedingten Sterberate, berichtet das Team um Lu-Yao. Am ehesten noch hätten Patienten mit aggressiven Tumoren und PSA-Werten über 50 ng / ml profitiert; diese machten in der US-Studie aber nur knapp 6 Prozent der Männer aus.

Auch wenn es sich bei ihrer Untersuchung letztlich um eine retrospektive Analyse handelt, sehen die Autoren um Lu-Yao keine Evidenz für den Nutzen einer antiandrogenen Primärtherapie bei lokal begrenzten Tumoren.

Mit Blick auf die Risiken einer solchen Behandlung – etwa eine erhöhte Frakturgefahr – sollte sie Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren vorbehalten werden, schreiben die Onkologen. (mut)

Quelle: ÄrzteZeitung, September 2014,
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/prostatakrebs/article/867382/prostatakrebs-kein-vorteil-hormonentzug.html>

Kommentar der Redaktion:

Die Prostatakrebs-Leitlinie informiert zur Hormontherapie bei Rezidiv nach radikaler Prostatektomie wie folgt:

Statement 6.16: Die hormonablativ Therapie ist beim PSA-Rezidiv oder bei PSA-Progression keine Standardtherapie.

Hintergrundtext: Eine antiandrogene Therapie sollte demzufolge nur eingesetzt werden bei:

- PSA-Verdopplungszeit < 3 Monate
- symptomatischer lokaler Progression
- nachgewiesener Fernmetastasierung

Gemeinsame Stellungnahme des Arbeitskreises Onkologie (AKO) und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) zum Einsatz einer Docetaxel-basierten Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom

Von Carsten-H. Ohlmann, Arbeitskreis Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

Auf dem diesjährigen Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO) wurden die Ergebnisse der ECOG-E3805 Studie „Chaar-
ted: ChemoHormonal Therapy versus Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer“ (NCT00309985) publiziert. Der Arbeitskreis Onkologie (AKO) der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und die Arbeitsgemeinschaft urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) nehmen die Publikation der Studienergebnisse zum Anlass, eine gemeinsame Stellungnahme zum Einsatz der kombinierten Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom abzugeben.

Nach den aktuellen Leitlinien der DGU stellt der Androgenentzug den Standard in der Therapie des metastasierten, hormon-sensitiven Prostatakarzinoms dar. Dieser Standard wurde in der Chaarted-Studie randomisiert verglichen mit einer Kombination aus Androgenentzug plus maximal 6 Zyklen Chemotherapie mit Docetaxel (75mg/m², 3-wöchentlich). Dabei wurden zunächst nur Patienten mit einer hohen Tumorlast (s. Abbildung 1) eingeschlossen. Nach einer Änderung konnten spä-

ter auch Patienten mit niedriger Tumorlast in die Studie aufgenommen werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen einen statistisch signifikanten Vorteil im Hinblick auf das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben zugunsten der kombinierten Chemohormontherapie (s. Tabelle 1). Dabei findet sich ein Überlebensvorteil von 17 Monaten für Patienten mit einer hohen Tumorlast. In der Subgruppe der Patienten mit niedriger Tumorlast wurde das mediane Überleben in beiden Therapiearmen noch nicht erreicht.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Chaarted-Studie zeigen die Ergebnisse der kürzlich publizierten, prospektiv randomisierten GETUG-AFU 15-Studie zum Vergleich eines alleinigen Androgenentzugs gegenüber Androgenentzug plus maximal 9 Zyklen Docetaxel (75mg/m², 3-wöchentlich) lediglich einen Vorteil beim progressionsfreien Überleben, jedoch nicht beim Gesamtüberleben.

Bewertung der Ergebnisse

Aufgrund von Unterschieden in der Anzahl eingeschlossener Patienten, medianem PSA-Wert bezüglich zum ersten gemessenen PSA Wert, Tumorlast der eingeschlossenen Patienten, Anteil entdiffe-

Niedrige Tumorlast	Hohe Tumorlast
Keine Viszeralen Metastasen	Viszerale Metastasen
<4 ossäre Metastasen oder ≥4 ossäre Metastasen mit Beschränkung auf das knöchernen Becken/Wirbelsäule	≥4 ossäre Metastasen, davon ≥1 Metastase außerhalb des knöchernen Beckens/Wirbelsäule

Abbildung 1. Definition der Tumorlast im Rahmen der Chaarted-Studie

	Chaarted-Studie						GETUG-AFU 15	
	N=790						N=192	
	Niedrige Tumorlast		Hohe Tumorlast		Gesamt		Gesamt	
	ADT	ADT + D	ADT	ADT + D	ADT	ADT + D	ADT	ADT + D
Follow-up								
Medianes Überleben (Monate)	Nicht erreicht	Nicht erreicht	32.2	49.2	44.0	57.6	54.2	58.9
HR (95% CI)	0.63 (0.34-1.17)		0.60 (0.45-0.81)		0.61 (0.47-0.80)		1.01 (0.75-1.36)	
p-Wert	P=0.1398		P=0.0006		P=0.0003		P=0.955	
PSA <0.2 ng/ml n. 6 Monaten					14.0%	27.5%		
PSA <0.2 ng/ml n. 12 Monaten		11.7%	22.7%					
Mediane Zeit bis CRPCa (Monate)		14.7	20.7					
HR (95%CI)		0.56 (0.44-0.70)						
p-Wert		P<0.0001						
Mediane Zeit bis zur klinischen Progression (Monate)		19.8	32.7	15.4	23.5			
HR (95% CI)		0.49 (0.37-0.65)		0.75 (0.59-0.94)				
p-Wert		P<0.0001		P=0.015				

Tabelle 1. Ergebnisse der Chaarted-Studie und der GETUG-AFU 15-Studie im Vergleich

renzierter Tumore lassen sich die Ergebnisse der Chaarted-Studie und der GETUG-AFU 15-Studie nicht direkt miteinander vergleichen. Anhand der vorliegenden Ergebnisse der Chaarted-Studie führt die kombinierte Chemohormontherapie bei Patienten mit hoher Tumorlast zu einem statistisch signifikanten und klinisch relevanten Überlebensvorteil. Auch wenn die Evidenzgrundlage für die Definition zur Unterscheidung zwischen niedriger und hoher Tumorlast gering ist, so ist der Überlebensvorteil für die Patienten mit hoher Tumorlast beeindruckend. Auf der Basis der vorliegenden Studienergebnisse ist eine weitergehende Identifikation von Patienten, die von einer kombinierten Chemohormontherapie profitieren und nicht unter die Definition einer hohen Tumorlast fallen, nicht möglich. Ob sich auch für die Patienten mit niedriger Tumorlast ein Überlebensvorteil in der Chaarted-Studie zeigen wird, kann erst beurteilt werden mit längerer Nachverfolgung und Erreichen des medianen Überlebens in den Therapiearmen.

Empfehlung für die Praxis

Basierend auf den Ergebnissen der Chaarted-Studie kann Patienten mit einem hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom mit hoher Metas-

tasenlast eine kombinierte Chemohormontherapie angeboten werden. Aufgrund fehlender Docetaxel Zulassung für Patienten mit einem hormon-sensitiven Prostatakarzinom stellt der Einsatz in dieser Indikation prinzipiell eine zulassungsüberschreitende Anwendung dar – im konkreten Fall ist bei der zuständigen Krankenkasse vor Therapiebeginn mit Hinweis auf die Studie ein Kostenübernahme einzuholen. Die formalen Voraussetzungen für zulassungsüberschreitende Anwendung nach § 2 Abs. 1a SGB V sind gegeben.

Eine erneute Bewertung der Empfehlung erfolgt nach Veröffentlichung der Vollpublikation der Studiendaten.

Für den Arbeitskreis Onkologie (AKO) der DGU
 Prof. Dr. Kurt Miller, Vorsitzender; Prof. Dr. Peter Albers; Prim. Prof. Doz. Dr. Walter Albrecht; Prof. Dr. Andreas Böhle; Prof. Dr. Frank vom Dorp; Prof. Dr. Jan Fichtner; Prof. Dr. Claus Fischer; Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm; Prof. Dr. Jürgen Gschwend; Prof. Dr. Oliver Hakenberg; Prof. Dr. Susanne Kresse; Priv.-Doz. Dr. Hubert Kübler; Prof. Dr. Markus Kuczyk; Prof. Dr. Gerd Lümnen; Prof. Dr. Gerald Mikisch; Priv.-Doz. Dr. Carsten-H. Ohlmann; Prof. Dr. Hans-Peter Schmid; Prof. Dr. Bernd J. Schmitz-

Draeger; Prof. Dr. Arnulf Stenzl; Prof. Dr. Johannes Wolff

Für die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der DKG

Prof. Dr. Jürgen Gschwend, Sprecher; Prof. Dr. Christian Doehn; Prof. Dr. Markus Graefen; Dr. Peter H. Gratzke; Prof. Dr. Peter Hammerer; Prof. Dr. Sabine Kliesch; Prof. Dr. Susanne Krege; Prof. Dr. Axel Merseburger; Priv-Doz. Dr. Carsten-H. Ohlmann; Priv-Doz. Dr. Chris Protzel; Prof. Dr. Margitta Retz; Dr. Andreas W. Schneider; Prof. Dr. Mark Schrader; Prof. Dr. Michael Siebels; Prof. Dr. Thomas Steiner; Priv-Doz. Dr. Henrik Suttman; Prof. Dr. Christian Wülfing

Literatur

Christopher Sweeney, Yu-Hui Chen, Michael Anthony Carducci, Glenn Liu, David Frasier Jarrard, Mario A. Eisenberger, Yu-Ning Wong, Noah M. Hahn, Manish Kohli, Nicholas J. Vogelzang, Matthew M. Cooney, Robert Dreicer, Joel Picus, Daniel H. Shevrin, Maha Hussain, Jorge A. Gar-

cia, Robert S. DiPaola: Impact on overall survival (OS) with chemohormonal therapy versus hormonal therapy for hormone-sensitive newly metastatic prostate cancer (mPrCa): An ECOG-led phase III randomized trial.

J. Clin. Oncol. 32:5s, 2014 (suppl; abstr LBA2)

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. AWMF-Register-Nummer (043-022OL) Version 2.0 – 1. Aktualisierung 2011; www.awmf.org

Gravis G., Fizazi K., Joly F., Oudard S., Priou F., Esterni B., Latorzeff I., Delva. R., Krakowski I., Laguerre B., Rolland F., Théodore C., Deplanque G., Ferrero J.M., Pouessel D., Mourey L., Beuzeboc P., Zanetta S., Habibian M., Berdah J.F., Dauba J., Baciuchka M., Platini C., Linossier C., Labourey J.L., Machiels J.P., El Kouri C., Ravaud, A, Suc E., Eymard J.C., Hasbini A., Bousquet G., Soulie M.: Androgen-deprivation therapy alone or with docetaxel in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15): a randomized, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2013 Feb; 14(2):149-58

Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2014 Nachwahlen zum Vorstand, Thementische und Behandlungsqualität im Fokus der Tagung

(Red. bp). Anfang Juli war es wieder soweit – der BPS richtete vom 1. bis 3. Juli seine Jahrestagung und 14. Mitgliederversammlung aus, zu der 160 Teilnehmer der Einladung nach Magdeburg gefolgt waren.

Zunächst hieß es am ersten Veranstaltungsabend Abschied nehmen von der langjährigen BPS-Mitarbeiterin Marlene Kühlechner. Sie wurde vom Vorsitzenden Günter Feick und den Mitarbeitern der Geschäftsstelle in den Ruhestand verabschie-



Begrüßung im Tagungsbüro durch Carolin Stock, Ute Gräfen, Marlene Kühlechner, Nicola Horndasch und Andrea Spakowski



(von links nach rechts) Oskar Blum, (Günter Feick, Ludger Schnorrenberg



(von links nach rechts) Carolin Stock, Nicola Horndasch, Günter Feick, Marlene Kühlechner



(von links nach rechts) Ute Gräfen, Günter Feick, Brigitte Papayannakis



Mitgliederversammlung, – alle Fotos: © Brigitte Papayannakis

det. Marlene Kühlechner hatte von 2002 bis Juni dieses Jahres den Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verantwortet und entscheidend zur Wahrnehmung des Verbandes in der Öffentlichkeit beigetragen (mehr dazu auf S. 26). Danach wurden auch ihre Nachfolgerinnen Ute Gräfen und Brigitte Papayannakis vorgestellt. Ebenfalls an diesem Abend fand die traditionelle Ehrung langjähriger Selbsthilfegruppenleiter statt. Dieses Jahr erhielten zehn Leiter das goldene, 14 das silberne und 23 engagierte Männer das bronzene Verbandsabzeichen. Walter Kämpfer, Paul Enders und Günter Feick bedankten sich für ihre engagierte Hilfe für Patienten und ihre Verbundenheit mit dem BPS. Ludger Schnorrenberg berichtete über den aktuellen Stand des von ihm initiierten, von Oskar Blum, der Barmer-GEK und dem BPS unterstützten Projekts „Hygienebehälter in Herrentoiletten“. Dank der erfolgreichen Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband konnten bundesweit in vielen Herrentoiletten Hygienebehälter aufgestellt werden. Auch viele Kommunen,

Kliniken und andere Betriebe sind an dem Projekt beteiligt. Die Initiative hatte erfreulicherweise in 2013 auch in der Politik Aufmerksamkeit erhalten und die Aktualisierung der Arbeitsstättenverordnung für Sanitärräume schreibt nun das Aufstellen eines Hygienebehälters in Männertoiletten vor.

Der zweite Veranstaltungstag stand im Zeichen der Mitgliederversammlung und dem Vortrag Dr. Deerbergs, Internationales Konsortium zur Messung der Behandlungsqualität (ICHOM). Nach den gewohnten Vereinsregularien berichteten Mitglieder des BPS-Vorstands über die Schwerpunkte ihrer Arbeit im vergangenen Jahr, die auch im BPS-Geschäftsbericht 2013 dargestellt sind. Anschließend wurde der Jahresabschluss- sowie Kassenprüfbericht vorgestellt. Der Vorstand wurde entlastet und der Haushaltsplanentwurf 2015 genehmigt. Bei den anschließenden Wahlen wurde Peter Glied als Schriftführer anstelle des erkrankten Roland Teichert sowie Dr. Horst Schubert und Joachim Böckmann als Nachfolger von Jens Bretz und Bernd Knye-Neczas in den Vorstand gewählt.



Mit der Verbandnadel in Bronze wurden geehrt: Adolf Baumeister, SHG Prostatakrebs Baden-Baden; Detlef Burmeister, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heide; Werner Deppe, Prostatakrebs SHG Goslar; Günter Dreston, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Iserlohn; Dr. Volker Eckart, SHG Prostatakrebs Uckermark und Umgebung; Gerhard Eisenmenger, PSA-Prostatakrebs SHG Hagen; Heinz Flottau, Prostatakrebs SHG Bad Münder und Springe (ProSeBaMS); Fritz Gecht, Prostatakrebs SHG Lutherstadt Eisleben und Umgebung; Peter Glied, Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Luckenwalde; Reinhard Gündel, SHG Prostatakrebs Nordhausen und Umgebung; Hans Hertzsch, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wolfsburg; Manfred Meyer, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Konstanz; Gerhard Oehmichen, SHG Prostatakrebs Oschatz & Umgebung; Dr. Eckhard Pfeiffer, SHG Prostatakrebs Traunstein; Bernhard Reimer, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Eschweiler; Adalbert Reiske, Prostatakrebs SHG Erfurt; Klaus Schindler, Prostatakrebs SHG Lingen/Ems; Axel Schneider, SHG Prostatakrebs Rhein-Main, Offenbach; Uwe Stingl, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Friedrichshafen; Jürgen-Michael Tonsky, Prostatakrebs SHG Nauen / Havelland; Gerhard Vogl, Prostata-Carcinom-Selbsthilfegruppe Ingolstadt; Roland Wachendorf, Prostatakrebs SHG Soest; Bernd Zettler, SHG Prostatakrebs Adelsheim & Umgebung



Mit der Verbandnadel in Silber wurden geehrt: Joachim Böckmann, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Ammerland e.V.; Hans Bretthauer, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Lüneburg; Gustav Conrads, SHG Prostatakrebs Wilhelmshaven/Friesland; Siegfried Coordes, SHG Prostatakrebs Norden; Werner Diesch, SHG PCA Ulm; Gerhard Hackbarth, PSR Prostatakrebs SHG Rüsselsheim u. Umgebung; Dieter Hoh, SHG Prostatakrebs Husum; Reinhold Linneweber, Prostatakrebs SHG Hannover (PSH); Peter Mangel, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Waldeck-Frankenberg; Günther Model, Prostatakrebs SHG Gera; Michael Trüe, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Vogelsbergkreis; Werner Warmulla, SHG Prostatakrebs Vulkaneifel-Daun; Gerd-Michael Zumbel, SHG Prostatakrebs Rostock & Umgebung



Mit der Verbandnadel in Gold wurden geehrt: Hinrich Börm, SHG Prostata-Erkrankte Schleswig; Jens Bretz, SHG Prostatakrebs Neustadt; Friedhelm Klingen, Prostatakrebs SHG Wachtendonk-Wankum e.V.; Ludwig Kölking, Prostatakrebs SHG Raesfeld; Helmut Mader, Prostatakrebs SHG Deggendorf; Jörg Obe, Prostatakrebs SHG Frankfurt; Georg Schott, Prostatakrebs SHG Sprendlingen e.V.; Lothar Stock, Prostatakrebs SHG Siegen; Rudolf Stratmann, Pro Mann Prostatakrebs SHG Hamburg; Ludwig Zehnle, SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis

In das Amt des Kassenprüfers wurde Horst Bühling als Nachfolger des zurückgetretenen Wolfhard Frost berufen, dessen Arbeit für den BPS an dieser Stelle gewürdigt wurde.

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung folgte der Vortrag Dr. Deerbergs und eine lebhaft diskutierte Diskussion zur Messung und Vergleich von Behandlungsqualität. Zum Abschluss des zweiten Veranstaltungstages informierten sich die Teilnehmer

an Thementischen und tauschten sich angeregt aus.

Der dritte und letzte Tag begann mit einer ökumenischen Morgenandacht, die von Reinhard Schalla gestaltet wurde. Das Thema der Andacht „Gott würfelt nicht“ beschäftigte sich mit der Frage nach dem Sinn einer Krebserkrankung und der Suche nach möglichen Antworten. Mit den Sitzungen der Landesverbände endete gegen Mittag die Jahrestagung.

Verabschiedung Marlene Kühlechner

2001 bis 2014 verantwortlich für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des BPS

Persönliche Worte ihrer langjährigen Arbeitskollegin Nicola Horndasch:

Liebe Marlene, du hast den BPS in seinen Gründungsjahren entscheidend mitgeprägt. Die Entstehung dieses BPS-Magazins ist dein Werk. Hochgeschätzt von externen Helfern, Professoren, Doktoren und Mitarbeitern vieler mit dem BPS kommunizierenden Organisationen warst du unsere Visitenkarte nach draußen.

In dreizehn Jahren der Zusammenarbeit haben wir viel von dir gelernt. Du warst eine geduldige ZuhörerIn, gute Ratgeberin, umsichtig, immer freundlich und zugewandt. Wir haben viel gelacht und waren auch manchmal traurig miteinander.

„Man muss es immer dahin bringen, dass man zurückgewünscht wird.“ (Baltasar Gracián y Morales (1601-58), spanischer Schriftsteller).

Das hast du geschafft, liebe Marlene. Wir tragen die Erinnerung an unsere gemeinsame Zeit, die Erinnerung an dich in unseren Herzen, wie ein liebgewordenes Foto im Portemonnaie. Obwohl neue Fotos dazukommen, wirft man die alten doch nie weg. Wir wünschen dir, dass du jetzt die Zeit findest, alles das zu tun, was du immer wolltest und wozu du immer viel zu wenig Zeit hattest: lange

und kurze Reisen und viel Sonne, damit du in deinem (Lebens-)Garten alles zum Blühen bringen kannst.



© Nicola Horndasch

Du hast jetzt Zeit für schöne Dinge,
drum lache, tanze, singe, springe.
Bleibe in Ruhe zuhause
oder mache mal die Sause.
Genieße deinen Ruhestand
und reise quer durchs ganze Land.
Wir wünschen dir mit frohem Mute
für die Rente alles Gute!

Neu im BPS

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

SHG Prostatakrebs Fürstenwalde, Bernd Gielsdorf, Steinhöfeler Str. 1, 15518 Steinhöfel,
Tel. 033636-689 46

SHG Prostatakrebs Stralsund, Ulrich Rau, Stralsunder Str. 18 B, 18445 Prohn, Tel. 038323-523,
E-Mail: rau.prohn@freenet.de

Gruppennachmittag der SHG Oschatz und Umgebung

Von Werner Breitenborn, Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung

Zu ihrem Gruppennachmittag trafen sich am 12. August 2014 die Mitglieder der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Oschatz und Umgebung mit ihren Ehe- bzw. Lebenspartnern im Oschatz-Park, wo die 4. Sächsische Landesgartenschau stattgefunden hat. Hier hat die Selbsthilfegruppe aus Anlass des dreijährigen Bestehens des Vereins im vergangenen Jahr zum Tag des Baumes eine Weißweide (*Salix alba*) gepflanzt. Nun konnten sich die Gruppenmitglieder davon selbst ein Bild machen, wie prächtig sich die Weißweide entwickelt.

Vereinsvorsitzender Gerhard Oehmichen nutzte die Zusammenkunft in der Blumenhalle, um über die nächsten Vorhaben des Vereins zu informieren. Dazu gehören neben Vorträgen zu medizinischen Themen ebenfalls wieder die Teilnahme an Veranstaltungen, die von der Sächsischen Krebsgesellschaft

und Einrichtungen des Gesundheitswesens angeboten werden – so wie die Teilnahme am Akti-



© G. Oehmichen

onstag der SKG e.V. und des Gesundheitsamtes des LRA Nordsachsen in Eilenburg im September 2014. Im Herbst ist wieder ein Bowling-Treff vorgesehen.

Osnabrücker Prostatakrebs Selbsthilfegruppe feiert 10-Jähriges

Von Wolfgang Klimm, Selbsthilfegruppe Osnabrück

Am 1. Juli 2014 konnte die SHG Osnabrück auf zehn erfolgreiche Jahre in der Krebsselfhilfe zurückblicken und dies im Rahmen einer kleinen Jubiläumsveranstaltung feiern. Nach dem Festvortrag des Vorsitzenden Wolfgang Klimm sprachen der Osnabrücker Oberbürgermeister Wolfgang Griesert als Ehrengast Grußworte und ebenso die Leiterin der Krebsberatungsstelle Osnabrück, Frau Finke, die Vertreterin des Landkreises Osnabrück, Frau Rottmann und der Leiter der SHG Rodinghausen, Udo Sanne.

Die SHG Osnabrück gründete sich am 1. 7. 2004 auf Initiative des damaligen BPS-Vorstandsmitgliedes Udo Sanne. Von Beginn an hatte die SHG einen Mitgliederstamm von mehr als 40 Personen, der in den folgenden Jahren noch beträchtlich anwuchs. Geführt wurde die Gruppe im Team von den Gründern Dietmar John, Wolfgang Klimm und Friedrich John. Nachdem Dietmar John 2009 und Friedrich John 2010 an den Folgen des Prostatakrebses verstorben waren, wurde die Gruppe durch Wolfgang Klimm weitergeführt. Unterstützt

wird er in der Führung durch Adolf Glocke und Egon Sommer.

Die SHG ist seit 1. 9. 2004 Mitglied im BPS und seit 7. September 2006 ein eingetragener gemeinnütziger Verein.

Die Treffen der SHG finden seit Gründung in den Räumen der örtlichen Krebsberatungsstelle statt. Damit ist eine Neutralität zu den hiesigen Krankenhäusern gegeben, die mit ihren urologischen Abteilungen natürlich um Patienten konkurrieren. Mit der Beratungsstelle pflegt die SHG sehr gute Beziehungen. Die Beratungsstelle informiert Prostatakrebserkrankte über die SHG, so dass dann weitere Betreuung und Beratung übernommen werden kann.

Im vergangenen Jahrzehnt führte die SHG insgesamt 120 Veranstaltungen durch mit 56 Fachvorträgen von Ärzten, Psychologen u. a. mit insgesamt 2.841 Teilnehmern. Zu den 64 internen Gruppenabenden kamen 2.560 Teilnehmer. Daneben ist die SHG auf Gesundheitstagen mit Infoständen vertreten, verteilt regelmäßig und flächendeckend den sehr attraktiven eigenen Flyer, ist in der örtlichen Presse präsent und hält die eigene, umfangreiche Website aktuell.

Die Gruppenabende und Vortragsveranstaltungen werden nach wie vor sehr gut besucht. Einen großen Teil der Arbeit macht aber die persönliche Beratung von Betroffenen aus, die auf verschiedenen Wegen die Verbindung zur SHG finden (Internet, Krebsberatungsstelle, Flyer, Fachärzte usw.).



© W. Klimm

Sowohl vom Oberbürgermeister der Stadt als auch vom Büro für Selbsthilfe und Ehrenamt wurde der SHG bestätigt, dass sie zu den aktivsten Selbsthilfegruppen der Region gehört und sehr gut und positiv wahrgenommen wird. Darauf ist die SHG sehr stolz und wird die erfolgreiche Arbeit auch in der Einzelberatung Betroffener weiterhin aktiv fortsetzen.

Durch die enge Verbindung zum Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. kann die SHG ständig ihr Fachwissen aktuell halten und wird vom BPS tatkräftig bei der täglichen Arbeit unterstützt. Ohne diese Unterstützung wäre die Arbeit so nicht durchführbar und die SHG dauerhaft nicht überlebensfähig.

Neues von der Selbsthilfegruppe nach Prostatakarzinom Hochfranken-Fichtelgebirge

Von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe des Prostatazentrums Fichtelgebirge in Zusammenarbeit mit der Pressestelle

In den letzten Wochen standen für die sehr aktive Gruppe gleich mehrere wichtige Termine an:

So galt es am 5. Juli 2014 einen Infostand beim „Tag der Selbsthilfegruppen“ in der Volkshochschule Selb zu besetzen. Die Gruppenmitglieder Theo Hör, Heinz Partikel, Erwin Scharf, Günter Schwager

und Werner Seelig teilten sich diese Aufgabe. Im Verlauf des Tages wurden Gespräche mit rund 30 Männern geführt, die meist von ihren Partnerinnen begleitet wurden. Dabei stellte sich heraus, dass große Verunsicherung in Bezug auf den PSA-Wert und dessen Nutzen für die Früherkennung des Pro-

statakarzinoms besteht. In diesem Punkt gab es den größten Gesprächsbedarf, und es konnte so manche Entscheidungshilfe gegeben werden.

Mit den Männern, die bereits therapiert wurden, kam sehr schnell eine Unterhaltung über die Arbeit einer Selbsthilfegruppe und deren Ziele zustande. Nicht wenigen wurde klar, dass hier ein großes Potenzial an Wissen und Erfahrung gebündelt ist, das ergänzt durch das offene Gespräch für jeden Betroffenen von großem Nutzen sein kann.

Schon am 9. Juli stand der nächste Termin an: Mit dem Prostatazentrum am Sana-Klinikum Hof war vereinbart worden, dort die Gründung einer Selbsthilfegruppe zu unterstützen. Um den Interessierten aus Hof und Umgebung einen Einblick in die Arbeit und das Leben einer Selbsthilfegruppe zu geben, fuhren 18 Mitglieder der SHG, zum Teil in Begleitung ihrer Partnerinnen, nach Hof und stellten sich dort den Fragen. Chefarzt Dr. Keller betonte in seiner Begrüßung den Nutzen einer Selbsthilfegruppe für die Betroffenen, bevor Frau Dr. Pietsch einen Vortrag über Palliativmedizin hielt, der diesen Bereich der Medizin stärker ins Bewusstsein rufen sollte. Zwischen der Psychosozialen Krebsberatungsstelle Hof und unserer Selbsthilfegruppe wurde weitere Zusammenarbeit vereinbart.

Nur einen Tag später trafen sich unter der Leitung



© Pressestelle Klinikum Fichtelgebirge

von Werner Seelig einige Mitglieder der Gruppe, um über die Möglichkeiten zur Umsetzung der PREFERE-Studie zu beraten. Mit Unterstützung der Pressestelle des Klinikums Fichtelgebirge wurde eine Veröffentlichung in der Lokalpresse besprochen. Zusätzlich verständigten sich die Gruppenmitglieder darauf, einen persönlichen Brief an die dem Prostatazentrum angeschlossenen niedergelassenen Urologen zu schreiben – mit der Bitte, „im Interesse der Generation unserer Enkel die groß angelegte Studie zu unterstützen und der Versicherung, bei Bedarf jederzeit beratend mitzuwirken“. Dem Schreiben wurde ein Plakat zur PREFERE-Studie beigelegt.

Selbsthilfegruppe Königs Wusterhausen feierte zehnjähriges Bestehen

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

„Als ich im Juli 2004 mit drei Männern in Königs Wusterhausen eine Selbsthilfegruppe gründete, habe ich nicht geahnt, dass wir einmal über 30 aktive Mitglieder haben werden“, freut sich Gerd Hübner, der seit zehn Jahren die Gruppe leitet. Heute trifft sich die Gruppe an jedem 2. Montag im Monat in den Räumen der Regionalen Kontakt- und Informationsstelle (REKIS) in Königs Wusterhausen. Hier können sich die Mitglieder über neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten der

Krankheit informieren sowie Erfahrungen mit anderen Betroffenen austauschen. Es werden auch Vorträge und Diskussionen mit Ärzten organisiert. Besonders enge Kontakte bestehen mit den Urologischen Kliniken der Charité in Berlin und des HELIOS Klinikums Bad Saarow.

Auch die Ehefrauen oder Lebenspartnerinnen sind gern gesehene Gäste bei den Gruppenveranstaltungen, denn sie sind ja von der Krankheit ihrer Männer ebenso betroffen. So lag es nahe, anläss-

Die Gruppenmitglieder und ihre Partnerinnen vor der Inselsberg Klinik in Tabarz,
© H.-D. Schaaf



lich des zehnjährigen Bestehens eine gemeinsame Fahrt nach Tabarz ins Thüringer Land zu organisieren. In der Inselsberg Klinik, die seit 1991 Patienten mit onkologischen Krankheitsbildern betreut, wurde die Gruppe sehr gastfreundlich aufgenommen. Verwaltungsdirektor Alfred Stollberg hieß alle Mitglieder im Namen des ärztlichen Direktors Dr. med. Achim Richter willkommen. In einem sehr interessanten Vortrag zur Thematik „Prostatakrebs und Psyche“ informierte Dipl. Psychologin Angelika Hofmann von der psychoonkologischen Abteilung der Klinik, wie die Krankheit auch durch psychotherapeutische Behandlungen bewältigt werden kann.

Beim abendlichen Kegeln auf der Kegelbahn der

Klinik wurde dann nicht nur der Sieger, sondern auch der „Rattenkönig“ ermittelt. Ausflüge zum Inselsberg und zur Marienglashöhle nach Friedrichroda waren weitere Höhepunkte des geselligen Wochenendes.

Das langjährige Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Bernd Knye-Neczaz würdigte in Tabarz im Namen des Vorstandes des Bundesverbandes die verdienstvolle Tätigkeit des SHG-Leiters Gerd Hübner, der nicht nur seit zehn Jahren die Gruppe leitet, sondern auch viele Jahre im Regionalverband Neue Bundesländer aktiv tätig war und selbst auch mitgeholfen hat, neue Selbsthilfegruppen ins Leben zu rufen.

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heidekreis erhält Förderpreis

Von Helmut A. Kurtz, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Heidekreis e.V.

Am 25.06.2014 erhielt die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Heidekreis aufgrund der regionalen Angebote für REHA-Sport den Förderpreis der Niedersächsischen Krebsgesellschaft. Die SHG Heidekreis teilt sich die Fördersumme mit PD Dr. rer. nat. Florian Kühnel, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Gastroenterologie.

In der Mitgliederversammlung der Niedersächsischen Krebsgesellschaft am 25.06.14 wurde Helmut A. Kurtz einstimmig in den Vorstand berufen.



PD Dr. rer. nat. F. Kühnel, Frau Dr. med. R. Bendel
(1. Vorsitzende der Niedersächsischen Krebsgesellschaft), Helmut A. Kurtz (von links nach rechts)

Prostatakrebs und die Neuentdeckung der Lust

Von Dr. Georges Akoa und Sibylle Zengerle-Hübner

Die Heilungschancen bei einem frühzeitig diagnostizierten Prostatakarzinom sind gut. Das ist die positive Nachricht für einen Mann, der mit der Diagnose Prostatakrebs konfrontiert wird. Mit den Folgestörungen der Behandlung (Belastungskontinenz, erektile Dysfunktion und Leistungsminderung) umzugehen, ist allerdings eine psychische Belastungsprobe für die betroffenen Männer. Der Krankheitsverarbeitungsprozess ist vielschichtig, erfordert Geduld und kann individuell sehr unterschiedlich verlaufen.

Die Wiederherstellung der Kontinenz ist das primäre Behandlungsziel. In der voranschreitenden Regeneration bekommt die erektile Dysfunktion, die trotz medikamentöser Therapie über einen längeren Zeitraum eingeschränkt bleiben kann, zunehmend mehr Bedeutung. Sie wird in diesem Artikel in den Fokus der Aufmerksamkeit gestellt.

Schätzungen zufolge leiden mehr als fünf Millionen Männer in Deutschland an einer alters- oder erkrankungsbedingten erektilen Dysfunktion. Eine nachlassende oder gar erloschene Potenz beschäftigt jeden Mann. Heinrich Heine hat diesen allmählichen Verlust humorvoll in Worte gefasst:

„Der frühen Zeiten gedenk ich,
da alle Glieder noch gelenkig,
bis auf eins.

Diese Zeiten kehren niemals
wieder, versteift sind alle Glieder.

Bis auf eins.“

Die Behandlung einer Prostatakrebserkrankung kann zu einem sofortigen partiellen oder kompletten Erektionsverlust führen. Dadurch verändert sich das Liebesleben. Die Verarbeitung dieser Veränderung erfordert Geduld und Gelassenheit. Vielleicht kann sie auch irgendwann mit Humor beantwortet werden.

Wenn es gelingt, Sexualität unter veränderten Voraussetzungen lebendig und kreativ zu gestalten, lässt sie sich lebenslang als Quelle von Vitalität, Intimität und Wohlbefinden erleben und genießen.

Viele Männer vermissen nach einer radikalen Prostatektomie die Möglichkeit, der Lust jederzeit nachgehen zu können, wenn ihnen danach zumute ist. Sie bedauern, dass sich

der Orgasmus nach der Operation anders, meist flacher und weniger aufregend, anfühlt oder, dass sie sich nicht mehr in der Vereinigung mit ihrer Partnerin körperlich so eng verbunden sein können, wie sie es gewohnt waren. Wenn die Erektion für die Penetration nicht ausreicht oder gänzlich ausbleibt, kann sich das auf das Erleben der eigenen Männlichkeit auswirken. Manche Männer sind erst einmal irritiert, dass sich in ihrer Beckenregion nichts mehr regt, wenn sie einer attraktiven Frau begegnen.

Die Neuentdeckung der Lust erfordert Zeit, Geduld sowie den Mut, umzudenken. Die Partnerin kann eine große Hilfe dabei sein, das Erleben von Männlichkeit, Attraktivität und erotischer Ausstrahlung nicht nur von der Erektionsfähigkeit abhängig



zu machen. Der Erektionsverlust lässt sich durch ein Mehr an Zärtlichkeit und Einfühlung ausgleichen. Bekommt das so genannte „Vorspiel“ mehr Bedeutung, wird das vor allem von Frauen positiv konnotiert. Jeder weiß eigentlich, dass „die Länge nicht alles ist“, dass Sex aus „mehr“ besteht als dem Akt der Vereinigung. Man muss diesem „Eigentlich“ vertrauen lernen, sich von dem Leistungsdruck frei machen, der in die Sexualität Einzug gehalten hat.

Eine gute Partnerschaft zeichnet sich dadurch aus, dass man einander vertrauen und sich mit

seinen Stärken und Schwächen angenommen fühlen kann. Wenn es Paaren gelingt, die Angst und Unsicherheit in Neugier und Experimentierfreude zu verwandeln, kann Sexualität ein beglückender Bestandteil der Verbundenheit bleiben.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Buch des Autorenteam:

Prostatakrebs und die Neuentdeckung der Lust – Ein medizinischer Ratgeber
Allgäuer Zeitungsverlag GmbH, 2013, Kempten, ISBN: 978-3-88006-313-6

Ein Kommentar zum Buch von Helmut Stumpf, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart e.V.

Im vorliegenden Ratgeber erhalten Betroffene und Angehörige klare Antworten und viele Ratschläge, wie das Leben nach einer erfolgten Therapie wieder normalisiert werden kann.

Das erste Ziel ist die Wiedererlangung der Kontinenz. Dazu werden die möglichen Mittel aufgezeigt, aber auch Verhaltenstipps gegeben sowie ausführliche Trainingsübungen beschrieben.

Ist diese Phase erfolgreich absolviert, steigt automatisch wieder das Interesse an sexueller Intimität. Der Autor beschreibt die möglichen Potenzstörungen, vor allem aber zeigt er die Behandlungsmöglichkeiten einer erektilen Dysfunktion auf. Dazu gehört ein Potenztraining für neue sexuelle Lust, aber auch Hinweise auf psychische Probleme und ihre Bewältigung.

Ein Fragenkatalog zum sexuellen Erleben des Mannes und ein Fragebogen für die Partnerin sowie ein Anhang mit medizinischem Hintergrundwissen und nützlichen Adressen runden den Ratgeber ab.

Dieser Ratgeber ist einmalig und bietet Betroffenen fachkundigen Rat und sollte deshalb jedem Patienten schon vor einer Therapie ausgehändigt werden.

... und noch ein Nachtrag zur Fußball WM 2014: FC Prostata besiegt Testosteronmangel

Red. (ug): Jeder Mann kann Fußball spielen, lautet die Devise von Peter Krstrup. Erst vor kurzem hatte der Sportmediziner der Universität Kopenhagen in einer Studie gezeigt, dass Senioren über 70 auf dem Rasen Ausdauer und Gleichgewichtssinn verbessern können. In einem weiteren Projekt schickte er 57 Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakrebs aufs Feld. Alle Patienten standen unter den Auswirkungen einer Hormonbehandlung (Androgendeprivation), die das körpereigene Testosteron ausschaltet. Zu den Folgen dieser chemischen Kas-

tration gehört ein Rückgang der Muskelmasse.

Die beste Gegenmaßnahme besteht für Krstrup in einem hoch-intensiven Intervalltraining: 12 Mal traf sich der „FC Prostata“ einmal die Woche auf dem Grün des Zentrums für Mannschaftssport und Gesundheit der Universität Kopenhagen. Für eine Stunde kickten die Patienten im Alter von 43 bis 74 Jahren, wobei Kardiologen der Gentofte Klinik darauf achteten, dass niemand sich übernahm.

Am Ende hatten die Patienten nicht nur die Muskelmasse erhöht, die Muskelkraft gesteigert und die Atemkraft gestärkt. Auch die psychischen Folgen des Hormonentzugs wurden gemildert: Die Patienten hätten den Stolz auf ihren Körper wieder gewonnen, einen Teamgeist entwickelt und sich gegenseitig Mut gemacht, berichtet eine begleitende Psychologin.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Juni 2014



© Stephanie Hofschlaeger/pixelio.de

Ein Bestellformular finden Sie auch im Internet:

www.prostatakrebs-bps.de/medizinisches/broschueren



Informationsmaterial

- ☐ BPS-Patienteninformation „Früherkennung“
- ☐ Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum
- ☐ Active Surveillance und Wachtful Waiting
- ☐ Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I
- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- ☐ Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten
- ☐ Prostatakrebs – Beratungs-Hotline
- ☐ Prostatastanzbiopsie
- ☐ 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“

Onlinebefragung „Komplementärmedizin in der Onkologie“

www.kompetenznetz-kokon.de

- Die Klinik für Tumorbiologie in Freiburg führt eine Untersuchung zum Thema „Komplementärmedizinische Verfahren in der Onkologie – Nutzung, Informations- und Beratungsbedarf“ durch und bittet um Teilnahme an einer Onlinebefragung.
- Betroffene haben so die Möglichkeit, ihre Wünsche bezüglich Informations- und Beratungsangeboten zu äußern und dadurch zu einer Verbesserung der Patientenaufklärung und -beratung beizutragen.
- Die Onlinebefragung läuft bis zum **30. November 2014**
- Die Befragung und weitere Informationen finden Sie unter:
<https://sozmed.charite.de/forschung-kokon>
- Bei Fragen steht Dr. Kathrin Gschwendtner, Klinik für Tumorbiologie an der Universität Freiburg, Rehabilitationsforschung, E-Mail: gschwendtner@tumorbio.uni-freiburg.de, Tel. 0049-0-761-206-2240 (Mo-Do), Fax 0049-0-761-206-2299 zur Verfügung

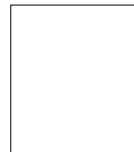


Absender (in Blockbuchstaben):

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.