

BPS ausgezeichnet

DIE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE E.V.

ZEICHNET

ANLÄSSLICH IHRES 66. KONGRESSES

GÜNTER FEICK, PAUL ENDERS, JENS-PETER ZACHARIAS
VORSTANDSMITGLIEDER DES BUNDESVERBAND
PROSTATAKREBS SELBSTHILFE E.V. (BPS)

FÜR IHRE BESONDEREN VERDIENSTE UM DIE FÖRDERUNG DER
WISSENSCHAFTLICHEN UROLOGIE

MIT DER MEDAILLE

FÖRDERER DER UROLOGISCHEN WISSENSCHAFT
AUS

DÜSSELDORF
2014

Fichtner

PROF. DR. MED. JAN FICHTNER
PRÄSIDENT

Oliver Hakenberg

PROF. DR. MED. OLIVER HAKENBERG
GENERALSEKRETÄR



Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 3, 2014

Editorial

Aktuell

DGU-Kongress 2014: BPS ausgezeichnet	2
DGU-Präsident Dr. Stephan Roth im Interview	4
Aktueller Stand der PREFERE Studie	7
„Erlanger Erklärung“ zur Umsetzung der PREFERE-Studie	8
Aufruf zur Teilnahme an der SHILD-Studie	10
Tag der Krebs-Selbsthilfe in Bonn	11

Diagnose und Therapie

Bedeutung der Kernspintomographie in der Darstellung des Prostatakarzinoms	12
Prostatakarzinom nicht verharmlosen	16
Dokumentationsqualität histopathologischer Befundberichte von Prostatastanziobiopsien	17

Verbandsnachrichten

Der Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V. – FHbP	18
Deutschland-Radtour 2014 – 1.800 km von Köln nach Usedom	20
SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. – Baumpflanzaktion	23
SHG Burgdorf: Fortbildung in Hannoversch Münden	24
Neue „SHG Prostatakrebs und Angehörige“ in BPS aufgenommen	25
Selbsthilfegruppe Schönebeck auf Exkursion	25
6. Tagung der Niedersächsischen Krebs-Selbsthilfegruppenleiter	26
15jähriges Jubiläum der Selbsthilfegruppe Diepholz	27
SHG Prostatakrebs Mariendorf auf der Berliner Seniorenwoche	27
Herzlich Willkommen im BPS	28
BPS und FHbP ab sofort auf Facebook und Twitter	28

Für Sie notiert

„Ketogene Ernährung bei Krebs“	29
„Zurück ins Leben – Reiseführer eines Chirurgen“	30
S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ und „Prostatakarzinom“ erschienen bzw. aktualisiert	31
Register BPS-Magazin 2014	32
Nachruf	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 Brigitte Papayannakis

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

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

nichts ist beständiger als der Wechsel – so sehr wir auch an den Personen festhalten möchten, die fast ein Jahrzehnt engagiert im BPS-Vorstand für Patienten gearbeitet haben. Sie werden im Juni nach dem Ablauf ihrer zweiten Amtsperiode nicht wieder kandidieren. Bis dahin arbeiten sie beharrlich an der Umsetzung unserer Verbandsziele, zu denen unter anderem gehören:

- Ein Medizinisches Kompetenznetz für Schwerbetroffene
- Behandlungsleitlinien auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnis
- Größere Beteiligung an der Prostatakrebs Früherkennung
- Qualitätsindikatoren für die Behandlung des Prostatakrebses
- Flächendeckende Versorgung mit zertifizierten Prostatakarzinomzentren
- Größere Beteiligung an der Prostatakrebs Früherkennung

Von ihren Kenntnissen und ihren Fähigkeiten zur Kommunikation und Kooperation und ihrer Arbeit an diesen Zielen haben Patienten und der BPS profitiert. Diese Form zielbestimmter Arbeit inklusive kontinuierlicher Umsetzungskontrolle sollte der neue BPS-Vorstand fortsetzen. Der elfköpfige BPS-Vorstand, die Revisoren und die Schiedskommission sind in der BPS-Mitgliederversammlung am 11. Juni 2015 neu zu wählen. Nur etwas mehr als die Hälfte des jetzigen Vorstands wird wieder kandidieren.

Der BPS-Vorstand besteht aus Vorsitzendem, zwei stellvertretenden Vorsitzenden, Schatzmeister, Schriftführer, Gesundheitspolitischem Sprecher und den Ressortverantwortlichen für Satzung und Struktur, Schulungen, Mitgliederentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit. Gutes Zusammenarbeiten mit BPS-Landes- und Regionalverbänden, Selbsthilfegruppen, BPS-Arbeitskreisen, den BPS-Mitarbeiterinnen und unseren Kooperationspartnern ist für BPS-Vorstandsmitglieder von besonderer Bedeutung.

Die Arbeit im BPS-Vorstand erfordert eine kontinuierliche Bearbeitung von Projekten, Vertrautmachung mit Abläufen in Gremien des Gesundheits- und Sozialwesens, Kenntnisse in Führung und Verwaltung von Organisationen und der Wille zu guter, freundlicher Zusammenarbeit. Der Lohn für eine Tätigkeit im BPS-Vorstand sind Verbesserungen in der Versorgung jetzt an Prostatakrebs Erkrankter und gelungene Weichenstellungen für die Versorgung zukünftiger Patienten.

Sie sind herzlich eingeladen zur Mitarbeit im BPS-Vorstand, denn durch starke Unterstützung wird starke Wirkung möglich.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) 2014

(Red. bp): In einer älter werdenden Gesellschaft gewinnt die Urologie in der medizinischen Versorgung immer mehr an Bedeutung. „Die Herausforderungen liegen nicht nur auf medizinischem Gebiet, sondern umfassen auch ethische und ökonomische Aspekte der Verwendung begrenzter Ressourcen. Fragen der Indikationsstellung und Sinnhaftigkeit einer Intervention bei einem älteren Patienten werden zunehmend unseren Therapiealltag bestimmen“, so DGU Präsident Prof. Dr. Jan Fichtner zum Auftakt der Veranstaltung. Nach Angaben des DGU-Präsidenten seien die Prognosen alarmierend: Rund 20 Prozent mehr urologische Patienten würden in den nächsten zehn Jahren die

In Öffentlichkeitsforen wurden aktuelle Fragestellungen diskutiert. „Sie sollen beitragen, die gesellschaftliche Meinungsbildung auf einer fundierten, sachlichen Ebene zu fördern“, meinte DGU-Pressesprecherin Professor Dr. Sabine Kliesch. Experten referierten zu den Themen Ärztepfusch, Hirntotdiagnostik, internetbasierte Krankenhaussuche und die Bezahlung nach Qualität. Ein weiterer Schwerpunkt war das Thema Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms. Experten informierten zum Risiko-adaptierten Screening sowie über die Prostate cancer Research International: Active Surveillance Studie. Standards und erwartete Entwicklungen bei Operationen und Bestrahlung von



Der BPS erhält die Auszeichnung „Förderer der Wissenschaft“ (für den BPS nahmen entgegen von links nach rechts: J.-P. Zacharias, P. Enders, G. Feick und der damalige DGU-Präsident J. Fichtner), © B. Papayannakis

urologische Versorgung vor große Herausforderungen stellen. Antworten gelte es daher zu entwickeln, bevor die Politik sie vorgebe, so Fichtner weiter. Rund 7.000 Teilnehmer hatten vom 1. bis 4. Oktober 2014 an der weltweit drittgrößten urologischen Tagung im Düsseldorfer Kongresszentrum teilgenommen. In mehr als 100 Veranstaltungen wurden insbesondere der Wissenschaftsaustausch und die Fortbildung des Fachbereichs thematisiert.

Tumoren der Prostata wurden thematisiert und die Neuerungen der aktualisierten S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom vorgestellt.

Auf der DGU-Pressekonferenz warnte ihr Generalsekretär Professor Dr. Oliver Hakenberg vor einer Verharmlosung des Prostatakarzinoms und kritisierte das zweierlei Maß bei der Beurteilung von PSA-Test und Mammografie (s. Beitrag S. 17).

Der Abschlusstag des Kongresses endete für



Der Stand des BPS auf dem DGU-Kongress 2014,
© B. Papayannakis

den BPS mit einem besonderen Höhepunkt: Der DGU-Präsident ehrte den BPS in einem Festakt mit dem Preis „Förderer der Urologischen Wissenschaft“. Bei der Preisübergabe an den Vorstand sagte Fichtner: „Die DGU zeichnet den BPS als kompetenten und engagierten Partner im Bereich des Prostatakarzinoms aus. Beispielhaft sei hier die Mitarbeit des BPS im Rahmen der gerade aktu-

alisierten S3-Leitlinie Prostatakarzinom genannt. Hier wurden wichtige Beiträge und Impulse durch den BPS implementiert.“ Er lobte zudem das BPS-Engagement in der Forschungsförderung und der Öffentlichkeitsarbeit.

Jens-Peter Zacharias, Paul Enders und Günter Feick nahmen die Auszeichnung entgegen und bedankten sich im Namen von Patienten und 240 BPS-Selbsthilfegruppen. „Die Arbeit des BPS für Patienten lebt von der ehrenamtlichen Unterstützung unserer Mitglieder. „Die Arbeit des BPS für Patienten lebt von der ehrenamtlichen Unterstützung unserer Mitglieder. Dass dieses Engagement nun auch von wissenschaftlicher Seite durch die Urologische Fachgesellschaft ausgezeichnet wird, ehrt und freut uns. Wir sind Anhänger der evidenzbasierten Medizin und unterstützen die PREFERE-Studie von Anfang an. Die Studienzentren sind etabliert und viele Ihrer niedergelassenen Kollegen beteiligen sich. Wir wollen Klarheit für die Niedrig-Risiko-Patienten. Machen Sie mit!“ sagten die Herren Zacharias, Enders und Feick.

Der nächste DGU-Kongress findet vom 23. bis 26. September 2015 in Hamburg statt.

BPS-Beratungshotline

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e. V. bietet eine telefonische Beratungshotline an. Die Berater sind zu erreichen dienstags, mittwochs und donnerstags (außer an bundeseinheitlichen Feiertagen) in der Zeit von 15 Uhr bis 18 Uhr unter der gebührenfreien Service-Rufnummer

0800-70 80 123

Für Anrufe aus dem Ausland und aus in- und ausländischen Mobilfunknetzen wurde die gebührenpflichtige Rufnummer +49(0)228-28 645 645 eingerichtet.

Unsere Beratung erfolgt absolut unabhängig und ohne Einflussnahme durch Kliniken, Ärzte oder Firmen und verfolgt keinerlei finanzielle Interessen.

Der Beratung liegt die „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in der jeweils aktuellen Fassung zugrunde.

Die Webseite zur Beratungshotline mit weiteren Informationen finden Sie unter <http://www.prostatakrebs-beratung.de/>.

Der aktuelle DGU-Präsident Prof. Dr. Stephan Roth im Interview

Prof. Roth wurde im Oktober 2014 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) gewählt und stellt sich den Fragen der BPS-Redaktion.



© DGU

Raten Sie Männern zur Prostatakrebs Früherkennung?

Ja, ich rate Männern insbesondere im Alter zwischen 45 und 70 Jahren immer dazu und ich informiere sie, dass ich es selbst so mache. Ich gehe auch auf die möglichen Fehlinterpretationen des PSA-Wertes ein und sage: Wenn der PSA Wert erhöht ist, muss man weiter schauen, ob man etwas machen muss. Wenn der Wert normal bzw. stabil ist, informiere ich Patienten, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine klinisch bedeutsame, bösartige Erkrankung der Prostata ausgeschlossen werden kann. Und das trifft, Gott sei Dank, für die Mehrzahl der Männer zu.

Gehört der PSA Test unbedingt zur Prostatakrebs Früherkennung?

Ja, er ist unverzichtbarer Bestandteil der Früherkennung!

Wie oft lassen Sie Ihren PSA-Wert bestimmen?

Alle zwei Jahre – und ich bin froh, dass er unter eins liegt, und ich in meinem Alter (57 Jahre) eine hohe Wahrscheinlichkeit habe nicht mehr an einem Prostatakarzinom zu erkranken. Ich lasse auch immer eine rektale Untersuchung machen, denn ich habe sie schon diagnostiziert, die seltenen PSA-negativen, extrem aggressiven Prostatakarzinome. Und schließlich gibt es ja auch tiefe Rektumkarzinome – auch wenn das durch die Dickdarmspiegelung abgedeckt wird.

Können Sie einen Ausblick auf zukünftige Testverfahren zum Ausschluss eines Prostatakarzinoms geben?

Es gibt viele Verfahren, die als Möglichkeiten infrage kommen – ob aber etwas gefunden wird, was auf einen über Jahrzehnte gestützten Erfahrungsschatz wie das PSA zurückgreifen kann und kurzfristig eine zweifelsfreie Verbesserung darstellt – da bin ich eher skeptisch. Damit meine ich nicht die zum Teil unglaublich guten bildgebenden Verfahren – das sind ja keine Ausschlussverfahren. Es wird eher darum gehen, ob man durch bluttestgestützte Verfahren die Notwendigkeit einer Biopsie weiter einschränken kann. Wenn man mit dem PSA-Test kritisch und behutsam umgeht, haben wir Urologen bereits einen hervorragenden Test, mit einer sehr guten Steuerungsfunktion. Dieser Test ist in seiner Trennschärfe – mit allen Unzulänglichkeiten – in der Früherkennungsmedizin herausragend.

Können die Erkenntnisse der PREFERE-Studie die Behandlung des Niedrig-Risiko Prostatakarzinoms verbessern?

Ja, das wird ganz sicher so sein. Ich hoffe nur – und darum kämpfen auch wir mit unserem Wuppertaler Studienzentrum –, dass noch mehr Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Ich beobachte aber einen Trend, dass die Männer gegenüber der Biopsie immer kritischer sind und nur dann der Gewebeentnahme zustimmen, wenn die PSA-Dynamik zum Teil schon sehr beunruhigend ist. Diese Männer haben häufig Karzinome, die außerhalb

der PREFERE Einschlusskriterien liegen. Möglicherweise führt die inzwischen verbreitete PSA-Antistimmung zum schicksalhaften Zuspätkommen der PREFERE-Studie.

Welche Erwartungen haben Sie an den BPS, was würden Sie dem Verband empfehlen?

Ich denke, dass der BPS zu einer wichtigen beratenden Säule der zum Teil erheblich verunsicherten Männer geworden ist. Ich habe den Eindruck, dass Medienberichte zu einer Zunahme des Misstrauens der Patienten gegenüber Medizinern geführt haben. Ob die derzeit proklamierte Strategie der Zweitmeinungen da eine Hilfe darstellen wird, weiß ich nicht. Ich kenne schon Bereiche der Medizin, in denen Zweitmeinungen zu einem formalen oder ökonomischen Akt degradieren, der den Betroffenen nicht weiter hilft. Genau hier sehe ich eine elementare Funktion des BPS – er hat sich als eine äußerst sachkundige Organisation bewährt, die Seite an Seite mit den Urologen für die beste Versorgung eintritt. Und der BPS hat bei den Betroffenen eine hohe Glaubwürdigkeit, die von unschätzbarem Wert ist.

Welche Schwerpunkte setzen Sie während Ihrer Präsidenschaft?

Das Motto des diesjährigen DGU-Kongresses „Urologie umfasst mehr“ steht für die Vielfalt unseres Faches über geschlechts- und altersspezifische Grenzen hinaus, denn der Urologe und die Urologin sind mehr, als der Arzt für den Mann und die Prostata! Die Etablierung des Urologen auch als Männerarzt war vor mehr als zehn Jahren ein notwendiger Schritt. Es gelang den andrologischen Themenkomplex urologisch zu verankern. Gerade bei der Andrologie hat sich gezeigt, wie wichtig eine konsequente wissenschaftliche Aktivität ist, um den Vertretungsanspruch inhaltlich begründet in der Aus- und Weiterbildung als auch in der Krankenversorgung abzubilden.

Die Betonung dieses männerärztlichen Fokus hat aber fast unbemerkt dazu geführt, dass der urologische Therapieauftrag der geschlechterübergreifenden Behandlung von Nieren-, Blasen- und Genitalerkrankungen in der Öffentlichkeit un-

zureichend wahrgenommen wird. Selbstverständlich müssen wir Urologen den urologisch erkrankten Mann und die urologisch erkrankte Frau als auch das urologisch erkrankte Kind behandeln.

Hierzu müssen wir über unsere organbezogenen Diagnose- und Therapiekompetenzen gezielter informieren, damit Urologen und Urologinnen als primäre Ansprechpartner und Experten wahrgenommen und konsultiert werden. Als Präsident unserer Fachgesellschaft bin ich verantwortlich für die Organisation des wissenschaftlichen Jahreskongresses und damit auch für seine Schwerpunktsetzung. Hierzu gehört die Kompetenzen der Urologen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor auf den organdefinierten, geschlechter- und altersübergreifend Krankheitsebenen öffentlich herauszustellen. Erst die perfekte, bei Erwachsenen erlernte Endoskopie, endoskopisch-perkutane Steinchirurgie oder komplexe Harnableitung ermöglicht die qualifizierte Therapie eines Kindes. Stillschweigend zu akzeptieren, dass häufige kinderurologische Eingriffe wie die Orchidopexie und die Zirkumzision fachfremd erfolgen, kommt einer freiwilligen Amputation unseres Faches gleich. Unser Ziel muss sein, kinderurologische Schwerpunktkliniken und -praxen zu etablieren, die das gesamte Spektrum der Versorgung anbieten und dieses Teilgebiet der Urologie in der Aus- und Weiterbildung und der wissenschaftlichen Expertise zu verankern und weiterzuentwickeln. Wegweisend hat die DGU die kinderurologische Präsenz durch die Mitfinanzierung einer universitären Stiftungsprofessur gestärkt. Dieser Weg der Stärkung der Kinderurologie soll beim Jahreskongress erkennbar sein. Flankierend werden wir mit Aktivitäten in den sozialen Netzwerken die vornehmlich jungen und damit internetaffinen Eltern über die häufigen kinderurologischen Erkrankungen und die Urologen als Ansprechpartner informieren.

Auch bei den benignen funktionellen urologischen Erkrankungen der Frau muss die Kompetenz der Urologen klar erkennbar sein, damit vorhandenes Fachwissen zum Vorteil Betroffener wirken kann. Die Behandlung der Belastungsinkontinenz als die häufigste Blasenfunktionsstörung ist eine elementare urologische Therapiesäule, die in der

Patientenführung eine enge Verzahnung der Praxis mit der Klinik erfordert.

Um die Kompetenz bei der Behandlung der Inkontinenz zu verstärken, wurde vom Vorstand unserer Fachgesellschaft ein Curriculum zur Qualifikation einer „Urologischen Fachassistenz Harninkontinenz“ erarbeitet und bei der Bundesärztekammer eingereicht. Es geht hierbei um die Qualifikation der MitarbeiterInnen der Ärzte in Kliniken und Praxen, um zeitintensive Beratungsgespräche und definierte

diagnostische und therapeutische Verfahren als delegationsfähige Leistung erbringen zu können. Nur auf diese Weise können wir eine qualifizierte urologische Versorgung auch unter dem Aspekt des demographischen Wandels erhalten und verbessern.

Es ist mir als Präsident des DGU-Jahreskongresses 2015 wichtig, die Mehrdimensionalität der Urologie zu betonen. Damit wird auch dem Prostatakrebs im Kongress wissenschaftliche Aufmerksamkeit und Diskussion gewidmet werden.

Informationen zu Professor Dr. Stephan Roth

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
HELIOS Klinikum Wuppertal
Lehrstuhl für Urologie der Universität Witten/Herdecke

Beruflicher Werdegang

1976 – 1983	Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen
1983	Erteilung der Ärztlichen Approbation
1993	Habilitation „Über das Risiko von Knochenstoffwechselstörungen nach transintestinaler Harnableitung: Ein tierexperimentelles Modell“
1997	Ernennung zum Apl. Professor (Uni Münster) Ruf auf den Lehrstuhl für Urologie der Universität Witten / Herdecke

Berufstätigkeit

1984 – 1990	Assistenzarzt Klinik für Urologie in Düren und Universität Paris
1991 – 1992	DFG Forschungsstipendium Universität Rennes (F), Harvard Medical School
1993 – 1997	Ltd. Oberarzt Urologische Universitätsklinik Münster
seit 12/1997	Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie Klinikum Wuppertal (seit 2003 HELIOS-Klinikum)
seit 2006	Ärztlicher Direktor HELIOS Privatkliniken, Betriebsstätte Wuppertal

Publikationen

Mehr als 60 wissenschaftliche Publikationen als Erstautor
Autor von 3 Büchern im Springer-Verlag
(1) Klinische Urologie,
(2) Tipps und Tricks für Urologen,
(3) Urinzytologie – Praxis und Atlas

Aktueller Stand der PREFERE Studie

Von Roswitha Bussar-Maatz, PREFERE-Studienzentrale



Im Januar 2013 fiel der Startschuss für die PREFERE-Studie, und die administrative Vorbereitung der Prüfzentren (Ethikvotum, Sponsor-Prüfer-Vertrag, Leistungsvertrag im Rahmen des IV-Vertrages und den Monitor-Initiierungsbesuch) konnte beginnen. Es wurde das Votum von 40 Ethikkommissionen, die für die 108 Studienzentren zuständig sind, eingeholt und Verträge mit den Rechtsabteilungen von 103 von 108 Studienzentren abgeschlossen. Seit August 2014 sind 100 Studienzentren geöffnet und können nun mit voller Kraft an der Studie mitarbeiten und Patienten in die Studie einbringen.

Das Steuerungskomitee setzt sich wie folgt zusammen:

- Studienleitung Urologie: Prof. Dr. Michael Stöckle, Urolog. Universitätsklinik Homburg/Saar; Prof. Dr. Peter Albers (Vertreter), Urolog. Universitätsklinik Düsseldorf,
- Studienleitung Strahlentherapie: Prof. Dr. Thomas Wiegel, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universität Ulm; Prof. Dr. Heinz Schmidberger (Vertreter), Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Universität Mainz,
- Biometrie/Statistik: Prof. Dr. Peter Martus, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie der Universität Tübingen; Prof. Dr. Stefan Wellek, Institut f. Med. Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz,
- Lebensqualität und standardisierte Aufklärung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institut und

Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,

- Referenzpathologie: Prof. Dr. Glen Kristiansen, Institut für Pathologie Universitätsklinikum Bonn.

Die ersten Patienten konnten durchschnittlich 3-4 Monate (0-13 Monate) nach Öffnung der Zentren in die Studie eingeschlossen werden. In dieser Zeit wurden die zuweisenden Urologen über den individuellen Start der Zentren informiert und geeignete Patienten gesucht. Nach Identifizierung schlossen sich die Rekrutierungsabläufe (Aufklärung und Einwilligung, Untersuchung der Stanzbiopsie-Präparate bei einem Referenzpathologen, Randomisation) an, und die Patienten konnten aufgenommen werden. Berücksichtigt man die unterschiedlichen Einstiegsdaten, so standen den Zentren durchschnittlich 10 Monate, real also 6 Monate, zur Verfügung, um Patienten einzuschließen. Die Hälfte der Prüfzentren hat in dieser Zeit 174 Patienten eingebracht.

Eine parallel durchgeführte „Screening-Phase“ zeigte bei knapp 1.500 Patienten unter anderem, dass 80% der Patienten, die für die Studie geeignet sind, eine Teilnahme ablehnen. Die meisten Patienten befinden sich zum Zeitpunkt einer Krebs-Diagnose in einer Lebenskrise. Die zufällige Zuordnung der Therapie verbinden sie dabei mit einer unsicheren Behandlung, obwohl speziell in dieser Studie nur Behandlungen zugelassen sind, die alle durch die aktuellen Leitlinien empfohlen werden.

Manche Patienten fühlen sich durch die Patientenmaterialien (Informationsbroschüre und Video) so gut beraten, dass Sie sich für genau eine Therapie entscheiden und für eine zufällige Zuordnung nicht mehr offen sind.

Für diejenigen, die sich durch die zufällige Zuordnung der Behandlung abschrecken lassen, wurde zusätzlich zu den aktuellen Materialien ein weiterer Video-Clip erstellt, der Begründungen anderer Patienten für eine Teilnahme an der Studie

präsentiert. Dieses Zusatzvideo können Sie auf der Studieninternetseite www.prefere.de anschauen.

Eine zeitgerechte Rekrutierung innerhalb von vier Jahren erscheint durchaus realistisch. Dazu müsste jedes Studienzentrum (n = 108) pro Jahr 18 Patienten (d.h. monatlich 1-2 Patienten) und 500 Urologen je einen Patienten pro Quartal einschließen.

Die PREFERE-Studie wird gefördert von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

„Erlanger Erklärung“ zur Umsetzung der PREFERE-Studie

Von Leitern im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) organisierter bayerischer Selbsthilfegruppen

Im Januar 2013 fiel der Startschuss für die nationale PREFERE-Studie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom für Niedrigrisikopatienten. Unter dem Aspekt der guten Heilungschancen, der Lebensqualität sowie der besten Therapie für die Patienten sowie zur Sicherheit für den Arzt, sollen die laut S3-Leitlinie empfohlenen vier Therapiestrategien

- Radikale Prostatektomie
- Perkutane Strahlentherapie
- Permanente Seedimplantation
- Aktive Überwachung (Active Surveillance)

deutschlandweit in einer randomisierten präferenzbasierten klinischen Studie auf Vergleichbarkeit getestet werden.

Die PREFERE-Studie wird durch ein breites Bündnis von Organisationen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens getragen. Finanziert wird die Studie von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen im Umfang von 25 Mio Euro. An der PREFERE-Studie sind außerdem die Deutsche Gesellschaft für Urologie, die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, der Berufsverband Deutscher Urologen, die Deutsche Krebsgesellschaft und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe beteiligt.

Trotz der breiten Basis von Beteiligten, welche die Studie tragen und befördern sollen, sind die Akzeptanz und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie bei den Urologen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Zurückhaltung zeigt sich u.a. auch daran, dass z.B. bei den Regionalkongressen nur wenige niedergelassene Urologen an den Informationsveranstaltungen der Studienzentrale teilgenommen haben. Von vielen Urologen wird die Studie wegen des Studienkonzeptes (Randomisierung) kritisiert und so die zögerliche Bereitschaft betroffener Patienten zur Teilnahme begründet.

Die dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. angeschlossenen bayerischen Selbsthilfegruppen von betroffenen Prostatakrebspatienten als Patientenvertreter legitimiert – auch für die nächste Generation – können dieser derzeit zögerlichen Umsetzung der PREFERE-Studie nicht tatenlos zusehen. Die Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung in Erlangen war deshalb Anlass, im Interesse der zukünftig betroffenen Prostatakrebspatienten – es können auch unsere Söhne und Enkel sein – mit dieser „Erlanger Erklärung“ an alle Urologen in Bayern zu appellieren, die PREFERE-Studie trotz der Herausforderung durch

die Randomisierung noch bewusster und nachhaltiger zu unterstützen. Gerade wir als in den Selbsthilfegruppen engagierte Betroffene und Patientenvertreter sowie der BPS insgesamt werden die Urologen dabei unterstützen.

Die „Erlanger Erklärung“ an die Urologen anlässlich der 40. Gemeinsamen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie sowie der Bayerischen Urologenvereinigung in Erlangen zur Umsetzung mit dem Appell an alle bayerischen Urologen, sich aktiv an der PREFERE-Studie zu beteiligen, begründet sich wie folgt:

- Der Prostatakrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung beim Mann; Tendenz zukünftig weiter steigend.
- Die PREFERE-Studie wird mit insgesamt 25 Mio € aus den Versichertenbeiträgen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie von Spenden an die Deutsche Krebshilfe bezahlt.
- Die PREFERE-Studie ist eine unabhängige, von verschiedenen Organisationen, Universitäten, Berufsverbänden und ärztlichen Fachgesellschaften sowie Patientenvertretungen initiierte wissenschaftliche Langzeitstudie, die insbesondere den folgenden Generationen von erkrankten Männern zugutekommt; bei genetischer Disposition sind dies u.a. unsere Söhne und Enkel.
- Die PREFERE-Studie ist eine für alle Beteiligten selbstverpflichtende wissenschaftliche, in die Zukunft gerichtete Studie, die in erster Linie der optimalen Therapie der Patienten dient. Deshalb muss im Interesse der Patienten die Teilnahme an der Studie z.B. für jeden Urologen eine ärztliche Pflicht und keine Last sein.
- Durch die PREFERE-Studie soll für zukünftige Patienten erstmalig die langfristig beste Behandlungsmethode für das lokal begrenzte Prostatakarzinom mit niedrigem bzw. frühem intermediären Risiko im Vergleich von verschiedenen klassischen Therapieoptionen ermittelt werden. Dies ist im Interesse der Ärzte und der Patienten.
- Die PREFERE-Studie wird für die Männer und ihre Angehörigen und die Urologen zukünftig

mehr Sicherheit und Transparenz bei der Entscheidung zur Wahl der Behandlung bringen.

- Die Teilnahme an der PREFERE-Studie setzt voraus, dass die Urologen und andere beteiligte Fachärzte von der Sinnhaftigkeit der Studie im Interesse ihrer Patienten tatsächlich überzeugt sind. Die Männer suchen bei der Diagnose „Prostatakrebs“ gerade wegen der Folgen für die Lebensqualität mehr und mehr nach Alternativen der Behandlung, die ob ihrer Gleichwertigkeit allerdings noch nicht wissenschaftlich untersucht wurden.
- Zeitmangel und Aufwand können kein Argument für eine Ablehnung der Teilnahme an der PREFERE-Studie durch die Urologen sein; die Rekrutierung von Patienten mit dem entsprechenden Mehraufwand für die Information wird vergütet.
- Die PREFERE-Studie muss im Interesse der evidenzbasierten Wissenschaftsmedizin in Deutschland ein Erfolg werden. Ein Misserfolg der Studie würde den Ruf der urologischen Wissenschaftsmedizin in Deutschland auf lange Sicht negativ beeinflussen. Soweit darf es nicht kommen.
- Wir als im BPS organisierte Betroffene und Patientenvertreter fordern von allen Beteiligten insbesondere eine noch breitere und engagierte Unterstützung der PREFERE-Studie. Die bisherige Beteiligung urologischer Praxen und in der Folge die Rekrutierung durch die Studienzentren ist aktuell zu gering. Wir werden die Urologen gerne im Rahmen der Selbsthilfeberatung (s. Checkliste) in der Aufklärung potentieller Patienten über die PREFERE-Studie unterstützen.
- Wir Prostatakrebsselfhilfegruppen würden uns freuen, wenn alle Urologen im Sinne Ihrer zukünftigen Patienten trotz aller Schwierigkeiten von der Sinnhaftigkeit der PREFERE-Studie überzeugt werden könnten und damit die Studie auf eine breitere Basis gestellt werden könnte.

Initiator der „Erlanger Erklärung“: Alfons Swaczyna, 1. Vorsitzender PROCAS Prostatacarzinom-Selbsthilfegruppe Regensburg/Oberpfalz

Aufruf zur Teilnahme an der SHILD-Studie – Lebensqualität und Umgang mit chronischen Erkrankungen

Von Marius Haack, Medizinische Hochschule Hannover

Bereits im vorigen BPS-Magazin wurden die Ergebnisse aus dem ersten Teil der SHILD-Studie vorgestellt, in dem eine Struktur- und Bedarfsanalyse der Selbsthilfe in Deutschland durchgeführt wurde. Weitere Informationen zum Verlauf und allen bisherigen Ergebnissen der SHILD-Studie sind unter www.uke.de/shild/ einzusehen.

Im weiteren Verlauf der Studie soll untersucht werden, wie es Menschen mit chronischen Erkrankungen im Alltag geht: Wie bewerten sie ihre medizinischen Behandlungen? Wie hoch ist ihre Lebensqualität? Sind ihr Alltag und ihr soziales Leben durch die Krankheit beeinträchtigt? Was wissen

Teilnehmen können alle Personen, die zu einer der folgenden Gruppen gehören:

- Menschen mit Prostatakrebs
- Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2
- Menschen mit Multipler Sklerose
- Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten

Wir versprechen uns und den betroffenen Personen und Familien von den Ergebnissen weitere Informationen über die Situation, Wünsche und Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörigen.



Das Team der SHILD-Studie
(von links) Prof. Dr. Marie-Luise
Dierks, Dr. Gabriele Seidel,
Marius Haack, © Marius Haack

chronisch erkrankte Menschen über ihre Krankheit und Gesundheit? Und gibt es Unterschiede zwischen Menschen, die sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, und Betroffenen, die dies nicht tun?

Um diese und weitere Fragen zu beantworten, benötigen wir dringend die Erfahrungen und Einschätzungen von chronisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen.

Wir würden uns deshalb sehr freuen, wenn auch Sie sich dazu entschließen, an unserer Studie teilzunehmen und unseren Fragebogen auszufüllen!

Alle weiteren Informationen zur Teilnahme finden Sie im Internet unter: www.uke.de/shild/ oder melden Sie sich direkt bei uns per Telefon, E-Mail oder Post:

Medizinische Hochschule Hannover
Marius Haack, OE 5410
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/5328426
E-Mail: shild@mh-hannover.de
Web: www.uke.de/shild/

Vielen Dank!

Deutsche Krebshilfe lud zum Tag der Krebs-Selbsthilfe 2014 ein

(Red. bp): Zum zehnten Mal fand am 19. November der Tag der Krebs-Selbsthilfe in Bonn mit rund 100 Teilnehmern statt. Experten berichteten zum aktuellen Stand des nationalen Krebsplans (NKP). Er wurde 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutschen Krebshilfe (DKH), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Tumorzentren (ADT) initiiert. „Der nationale Krebsplan hat ent-

chosoziale Unterstützung von Patienten“ forderte Prof. Dr. Anja Mehnert, Leiterin der psychosozialen Onkologie, Universitätsklinikum Leipzig, eine andere Kommunikationskultur aller an der Krebserkrankung Beteiligten. Studien belegten, dass Patienten sich mehr Freundlichkeit und einen festen Ansprechpartner während ihrer Behandlung im Krankenhaus wünschten. Dies unterstützten die Selbsthilfe-Vertreter uneingeschränkt.



Diskussionrunde zum Thema „Betroffenenkompetenz und Profession – wo bleibt der Patient/die Patientin?“, Teilnehmer (von links nach rechts): Ulrich Kurlemann (Deutscher Verein für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Münster), Prof. Dr. Joachim Weis (Leiter Psychosoziale Abteilung der Klinik für Onkologische Rehabilitation und Nachsorge Freiburg), Prof. Dr. Anja Mehnert (Abt. für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Uniklinik Leipzig), Gudrun Bruns (Krebs-Beratungsstelle Münster), Maria Hass (Deutsche ILCO), Joachim Weier (Selbsthilfebund Blasenkrebs), © B. Papayannakis

scheidend die Aufgaben für die Krebs-Selbsthilfe beeinflusst“, sagte Werner Kubitzka vom Bundesverband der Kehlkopfoperierten. Er verwies auf die notwendige Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung aller Krebspatienten. „Und dies unabhängig von Alter und Geschlecht. Alle Patienten sollen einen fairen Zugang zu wirksamen Krebstherapien erhalten“, betonte er. Auch wünschte sich Kubitzka eine regelmäßige Berichterstattung: „Eine Bilanz einmal im Jahr, wo wir stehen. Das wäre sinnvoll.“ Dr. Antonius Helou vom BMG bedankte sich bei allen Mitakteuren. „Wir benötigen ein starkes Engagement und setzen auf Sie“, meinte er überzeugt. Gerd Nettekoven, DKH Hauptgeschäftsführer wertete die Berichterstattung der NKP Umsetzung als verbesserungsbedürftig.

Im weiteren thematischen Schwerpunkt „Psy-

Nach einer abschließenden Podiumsdiskussion fassten Gerd Nettekoven und Werner Kubitzka die Ergebnisse zusammen. „Es besteht eine Übereinstimmung, dass alle erarbeiteten Ziele des NKP für die Patientenversorgung wichtig sind und mit Nachdruck verfolgt werden müssen. Die Patientenvertreter und die Selbsthilfe insgesamt sollen den Umsetzungsprozess im Blick behalten“, meinte Nettekoven. Kubitzka ergänzte: „Die Krebs-Selbsthilfe kann die professionelle Arbeit nicht ersetzen. Sie kann eine Lotsenfunktion einnehmen und Patienten da unterstützen wo das professionelle System unzureichend ist, und die Interessen der Patienten in den Gremien des Gesundheits- und Sozialsystems mit Entschiedenheit vertreten.“

Der nächste Tag der Krebs-Selbsthilfe findet im November 2015 wieder in Bonn statt.

Bedeutung der Kernspintomographie in der Darstellung des Prostatakarzinoms

Von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jens Thiele, HELIOS Klinik Schkeuditz



Hintergrund

Das Prostatakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor des Mannes. Die Zahl der Neuerkrankungen in Europa und die erhöhte Lebenserwartungen der Männer steigern die Bedeutung der Früherkennung zwecks Bestimmung individualisierter Therapieformen. Erprobte Verfahren wie rektale Untersuchung (DRU), der transrektale Ultraschall (TRUS) und die Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA) sind teilweise hoch sensitiv, aber andererseits so unspezifisch, dass zur Abklärung die Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) in der Leitlinie empfohlen wird. Falls die Auswertung der Biopsie ein Prostatakarzinom diagnostiziert, kann nach aktuellen Studien die Kernspintomographie, auch Magnetresonanztomographie (MRT) genannt, die besten Informationen zur Feststellung einer Tumorausdehnung liefern.

Die multiparametrische-MRT der Prostata (mp-MRT) ist eine bewährte Abfolge unterschiedlicher MRT-Messmethoden, die der Patient nur als unterschiedliche Geräusche wahrnimmt und die etwas länger dauert als eine „einfache“ MRT. Mit ihrer hochauflösenden Schnittbilddiagnostik, durch ergänzende Diffusionsanalyse und dynamische Kontrastmittelanalyse sind in einem Untersuchungsgang eine Größendarstellung, Lagebeurteilung und Charakterisierung des Tumorknotens zu erreichen. Die biochemische Analyse des Prostatagewebes (Magnetresonanzspektroskopie, MRS) ist ein zusätzliches, sehr kostenaufwendiges Messverfahren.

Langjährige Erfahrung (ca. 2.500 Untersuchungen) zeigen, dass dieses neue bildgebende Verfahren bei standardisierter Auswertung eine verbesserte Erkennbarkeit des Prostatakarzinoms erzielt.

Methode

Die kernspintomographische Bildgebung beruht auf den Eigenschaften der Protonen der Wassermoleküle in einem starken Magnetfeld. Der Mensch mit seinem hohen Anteil an Wasserstoff bzw. Wasser ist deshalb für die Anwendung der mp-MRT besonders geeignet. In welcher chemischen Bindung sich das Wasserstoffatom befindet, entscheidet über die unterschiedlichen Kontraste der Gewebe in einem Magnetfeld. Fettgewebe zeigt andere Signalqualitäten als Muskelgewebe oder Drüsengewebe. Das charakteristische Bild des gesunden Prostata-Drüsengewebes ist bekannt und kann mit einer Auflösung von einem Millimeter dargestellt werden. Das Prostatakarzinom zeigt einen anderen Kontrast als normales Drüsengewebe.

Die Durchführung der multiparametrischen-MRT ist eine zusätzliche Messung der:

- Eigenbewegung der Atome in der Prostata (Diffusionsanalyse)
- Analyse der Kontrastmittelanreicherung im Prostatagewebe (Kontrastmittelanalyse)
- biochemischen Analyse (gegebenenfalls) (Spektroskopie).

Die Prostata bildet im Laufe der Lebenszeit durch teils unbemerkte Entzündungen kleine Narben und

verliert ihre normale Architektur und den typischen Kontrast im MRT-Schnittbild. Gleichzeitig können sich im Alter teilweise erhebliche gutartige Knoten (benigne Prostatahyperplasie) entwickeln, die den bösartigen Prostatatumor nachahmen. Wie bei einer Rasterfahndung ist das Auffinden des bösartigen Tumors nur durch die Addition mehrerer Parameter in einer standardisierten Untersuchung möglich. Deshalb heißt diese Methode „multiparametrische-MRT“.

Die mp-MRT ist frei von Strahlenbelastung. Ihre Bilder entstehen durch elektromagnetische Wellen des Körpers, welche durch Spulen empfangen werden, die auf das Becken aufgelegt oder rektal platziert werden. Die Rektalspule kann für die Bildqualität positiv sein. Eine geringe Erwärmung der Beckenorgane während der Untersuchung wird durch die Elektronik des mp-MRT gesteuert, dass keine Nebenwirkungen für Blase oder Prostata entstehen. Das Verfahren ist ohne Bedenken mehrfach wiederholbar.

Die intravenös verabreichten Kontrastmittel sind gut verträglich und werden für die Analyse der Gewebedurchblutung zur Unterscheidung von gutartigen und bösartigen Tumoren benötigt. Das gadoliniumhaltige Kontrastmittel wird bei normaler Nierenfunktion innerhalb von 24 Stunden über den Urin ausgeschieden. Gadolinium ist ein Metall der seltenen Erden.

Einige Patienten mit Metallimplantaten dürfen nicht im MRT untersucht werden. Gegenanzeigen werden durch Hersteller der Implantate ständig ak-

tualisiert, welche im Einzelfall durch den Arzt überprüft werden müssen. Gestörte Bildgebung durch künstliche Hüftgelenke sprechen nicht grundsätzlich gegen eine MRT-Untersuchung der Prostata.

Auswertung der mp-MRT

Durch Anwendung der Europäischen Leitlinien zur Auswertung der mp-MRT gelingt es in Anlehnung an bewährte Auswertekriterien der Brust-Diagnostik die Wahrscheinlichkeit der Bösartigkeit eines Prostataherdes zu bestimmen. In einem strukturierten Schema für die Befundung der Prostata MRT (MR PI-RADS) werden die Bildmerkmale der T2-Aufnahmen, die Diffusionsanalyse, die dynamischen Kontrastmitteluntersuchung und wahlweise die Spektroskopie mit einem Gesamtpunktwert von 4 bis 20 bewertet. Gemäß der Punktetabelle wird der Radiologe die Klassifikation in diesem Schema festlegen (s. Tabelle 1).

Wann ist die Durchführung einer mp-MRT der Prostata zu empfehlen?

Die Wahrscheinlichkeit eines Prostatakarzinoms bei positivem rektalen Tastbefund und PSA-Wert unter 4 ng/ml liegt bei 5-30 %. In dieser Konstellation erscheint eine Biopsie noch nicht empfehlenswert. Eine Verbesserung der Karzinomentdeckungsrate besteht in der Biopsie erst bei einer krankhaften Veränderung des PSA-Wertes über 4 ng/ml und einem auffälligen transrektalen Ultraschallbefund. In den europäischen Leitlinien der European Society of Urogenital Radiology von 2012 wird zusätzlich

PI-RADS-Klassifikation	Definition	Summenwertung bei T2, DWI, DCE	Summenwertung bei T2, DWI, DCE, MRS
1	höchstwahrscheinlich benigne (gutartig)	3, 4	4, 5
2	wahrscheinlich benigne	5, 6	6-8
3	unklarer Befund	7-9	9-12
4	wahrscheinlich maligne (bösartig)	10-12	13-16
5	hochwahrscheinlich maligne	13-15	17-20

Tabelle 1. MR PI-RADS Klassifikation nach den Bilddaten der mp-MRT der Prostata.

T2 = Kontrastwahl bei der Kernspinresonanztomographie

DWI = diffusionsgewichtete Bildgebung

DCE = Perfusionsbildgebung (dynamisch, kontrastverstärkt)

MRS = Magnetresonanzspektroskopie

falls Biopsie positiv	
1.	zur Planung einer Operation Bestimmung der Größe und Lage des Tumors (Gleason > 7 oder PSA >15)
2.	bei aktiver Überwachung Bestimmung der Größe und Lage des Tumors sowie spezifischer MRT-Parameter
falls Biopsie negativ	
1.	zur erneuten Suche des Tumors Gezielte wiederholte Biopsie bei MR PI-RADS >2 unter Verwendung der Bilddokumente (evt. Bildfusion mit Ultraschall)

Tabelle 2. ESUR prostate MR guidelines 2012

nach der Biopsie eine mp-MRT der Prostata wie folgt empfohlen (s. Tabelle 2).

Unsere Erfahrungen zeigen, dass wir nach negativer Biopsie unter Anwendung der Europäischen Leitlinie viel häufiger als bisher ein Prostatakarzinom kernspintomographisch darstellen können. Das trifft insbesondere nach Erstbiopsien in den Regionen des unteren konischen Anteils der Prostata, der Zentralzone (unmittelbar neben der Harnröhre) sowie für Karzinome im vorderen Anteil zu.

Kleine Tumorinseln von ca. 2-3 mm können durch spezifische Messparameter, z.B. der Diffusionswichtung, frühzeitig nachgewiesen werden. Zeigt dieser Bereich zusätzlich eine krankhafte Veränderung der Durchblutung (dynamische Kontrastmitteluntersuchung) und liegt zusätzlich eine Signalminderung in T2-Wichtung vor, kann der Tumor nach MR PI-RADS klassifiziert werden.

Mit genauer Lokalisation des verdächtigen Herdes und der Bilddokumentation für den Urologen ist eine gezielte ultraschallgestützte Biopsie möglich! Eine Fusionierung von MRT-Bildern mit den Ultraschallbildern ist auch heute schon technisch möglich und wird an Zentren praktiziert. Damit ist auch eine Grundlage für die fokale Tumorthherapie gegeben, die nur den tumortragenden Teil der Prostata gezielt behandelt.

Die Nutzung spezifischer Bildkriterien der multiparametrischen-MRT ist für die „aktive Überwachung“ eines Prostatakarzinoms oder eines unklaren Herdes bzw. das „Beobachten“ bei

gleichzeitiger antihormoneller Therapie geeignet. Nicht nur die Standardisierung der Kernspintomographie selbst, sondern auch vergleichbare Bildmerkmale des Tumors (Größe, Diffusionskoeffizient, dynamische Kontrastmittel-Kurve) ergeben charakteristische Informationen des Tumors für zukünftige Behandlungsmethoden.

Zusammenfassung

Insbesondere die Ergebnisse zur Lokalisation und Klassifikation krankhafter Veränderungen der Prostata führen zu einer höheren Treffsicherheit der anschließenden Biopsie und damit zu einer schnelleren Diagnosesicherung. Wissen zu wollen, ob eine bösartige Tumorerkrankung vorliegt und die Möglichkeit einer zeitnahen, individuellen Therapie erhöhen Bereitschaft und Einsicht in diese zeitlich aufwendige Messmethode.

In den Jahren 2008 bis 2014 haben wir bei 2.100 Patienten eine zunehmende Akzeptanz der multiparametrischen-MRT der Prostata in Ergänzung zu digitaler Untersuchung, transurethralem Ultraschall und PSA-Wert-Bestimmung festgestellt.

Die Untersuchungszeit von 35 Minuten ist den vielfältigen Messungen in einer Sitzung geschuldet. Eine Endorektalspule haben wir von Beginn an bewusst nicht eingesetzt und damit den Zuspruch der Patienten verbessert, ohne auf eine hochauflösende Bildqualität zu verzichten.

Die Anwendung der Kernspintomographie bei der Entdeckung und Einteilung des Prostatakarzinoms

entwickelte sich im Laufe der letzten zehn Jahre in der Zusammenarbeit der Fachgebiete Radiologie und Urologie. Auf eine mp-MRT der Prostata zu verzichten, bedeutet bei negativer Erstbiopsie und einem PSA-Wert über 4ng/ml ein bewährtes diagnostisches Verfahren außer Acht zu lassen.

Die Größendarstellung und Lokalisation des Prostatakarzinoms nach positiver Biopsie erscheint uns für die Therapiewahl von zunehmender Bedeutung zu werden. Ob ein bioptischer Karzinomnachweis aus einem Tumorknoten oder aus mikroskopisch kleinen Tumoreinseln entnommen wurde, ist für die Therapieentscheidung bei Tumoren mit einem Gleason Wert 3+3 besonders im fortgeschrittenen Alter bedeutungsvoll. Damit kann Patienten eine angemessene und individuelle Behandlung empfohlen werden.

Es wird in Zukunft darauf ankommen „nicht-signifikante“ Karzinome durch mp-MRT zu erkennen,

die möglicherweise extrem langsam wachsen und keinen Verlust an Lebensqualität bedeuten. Das wird Aufgabe der Forschung auch auf dem Gebiet der Kernspintomographie in den nächsten Jahren sein. Die Durchführung einer mp-MRT sollte an spezialisierte radiologische Einrichtungen gebunden sein, um den hohen Qualitätsanspruch und langjährige Erfahrungen zum Wohle der Patienten einsetzen zu können.

Autor

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jens Thiele
HELIOS Klinik Schkeuditz
Leipziger Straße 45
04435 Schkeuditz
jens.thiele@helios-kliniken.de

Das Literaturverzeichnis und Bildbeispiele liegen beim Verfasser.

Kommentar der Redaktion:

Zu MRT und Biopsie informiert die „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, Aktualisierung Okt. 2014 wie folgt:

- Die MRT kann als ergänzende bildgebende Diagnostik nach negativer Biopsie eingesetzt werden, wenn sie den geltenden Qualitätsstandards genügt.
- Bei Tumoren des hohen Risikos wird eine MRT-Bildgebung als sinnvoll eingeschätzt, wenn eine potentielle Änderung der Therapiestrategie besteht, d.h. ein extraprostatitischer Befall oder eine Samenblaseninfiltration nachgewiesen wird. Die CT-Untersuchung kann in Bezug auf die Frage befallener Lymphknoten als gleichwertig mit der MRT angesehen werden.
- Im Rahmen einer Früherkennung soll eine Prostatabiopsie u. a. empfohlen werden bei einem karzinomverdächtigen Ergebnis der digitalen-rektalen Untersuchung.

Prostatakarzinom nicht verharmlosen

Red. (ug): Der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), Prof. Dr. Oliver Hakenberg, warnte beim 66. Jahreskongress der DGU davor, „diese in 20 Prozent der Fälle tödliche Erkrankung als harmloses Alterskarzinom zu verniedlichen“. Pro Jahr erhalten rund 70.000 Männer die Diagnose „Prostatakrebs“, jeder fünfte davon sterbe also an und nicht mit diesem Krebs.



Dr. Oliver Hakenberg,
Generalsekretär
der Deutschen Ge-
sellschaft für Uro-
logie, © DGU

Doch auch die 80 Prozent der Männer mit Prostatakarzinom, die an anderen Ursachen sterben, litten oft unter den Symptomen der Erkrankung und an den Nebenwirkungen der Therapien, wenn die Erkrankung zu spät entdeckt wurde: „Für viele Männer ist die Erkrankung ein langer Leidensweg, auch wenn sie schlussendlich nicht am Prostatakrebs versterben.“ Zwar habe es in den vergangenen Jahren Fortschritte in der Therapie des metastasierten Prostatakrebs gegeben, räumte Hakenberg ein. „Auch für diese Männer wäre eine frühe Erkennung mit rechtzeitiger Heilung aber dennoch der bessere Weg gewesen.“

Früherkennungsmaßnahmen in der Diskussion

Vor diesem Hintergrund beklagt der Generalsekretär, dass bei der Diskussion um Sinn und Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen mit zweierlei Maß gemessen werde: „Die Mammographie wird als politisch korrekte gesundheitspolitische Maßnahme gefördert, während der PSA-Test – dessen Wertigkeit gemessen an der Reduktion der krebisbedingten Mortalität besser ist als die der Mammographie – von vielen gesundheitspolitischen Seiten abgelehnt wird.“

Prof. Peter Albers, Direktor der Urologischen Klinik am Universitätsklinikum Düsseldorf, nannte bei einem Forum zu den Studien PROBASE und PREFERE genauere Daten: Demnach liegt die Mortalitätsreduktion des PSA-Screenings mit 32 Prozent weit über derjenigen der Mammographie (20%) und auch derjenigen des Stuhltests auf kolorektales Karzinom (23%). Das Problem sei jedoch, dass die Therapiemethoden beim Prostatakrebs (Prostatektomie, Radiotherapie) invasiver seien als die (partielle) Mastektomie und die Endoskopie bei Kolorektalkarzinom. Die beiden Studien PROBASE und PREFERE sollen in Zukunft Aufschluss darüber geben, ob ein früher gemessener Basis-PSA-Wert die Aussagekraft erhöht beziehungsweise ob eine aktive Überwachung beim Niedrigrisiko-Prostatakrebs gegenüber den Therapieformen Prostatektomie, externe Radiotherapie und Brachytherapie gleichwertig ist.

Dass diese Therapieoption offenbar jetzt schon häufiger genutzt wird, dokumentiert für Generalsekretär Hakenberg die seit mehreren Jahren rückläufige Zahl der Prostatektomien. Diese ging zwischen 2007 und 2012 von circa 32.000 auf circa 26.000 zurück.

Quelle: Urologische Nachrichten,
Biermann Medizin, Oktober 2014

Dokumentationsqualität histopathologischer Befundberichte von Prostatastanzbiopsien. Eine Momentaufnahme

Zusammenfassung des Beitrags von Prof. Dr. med Stefan Biesterfeld, Zentrum für Pathologie, Schwerpunkt Cytopathologie, Universitätsklinikum der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf – erschienen in „Der Urologe 11/2014“

Hintergrund

Für die individuelle Therapieempfehlung bei Patienten mit Prostatakarzinom ist die möglichst standardisierte Befundung von Prostatastanzbiopsien durch die Pathologie von großer Bedeutung. Hierfür wurden Kriterien entwickelt, die in der S3-Leitlinie für Prostatakarzinome und in einer gemeinsamen Anleitung des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) als Empfehlungen formuliert sind. In der hier vorliegenden Arbeit wurden Befunde von tumorpositiven Prostatastanzbiopsien, erhoben an verschiedenen Instituten in Deutschland, ausschließlich daraufhin untersucht, inwieweit sie auf die empfohlenen Parameter Bezug nehmen.

Material und Methode

Zur Verfügung standen Befunde von 91 Patienten mit einem mittleren Alter von 65,3 Jahren, von denen Proben aus im Mittel 9,3 separaten Regionen der Prostata übersandt worden waren. Alle diagnostizierten Tumoren entsprachen einem Adenokarzinom vom Standardtyp nach WHO, welches in durchschnittlich 2,5 Stanzregionen abgebildet war. Die Befundung erfolgte an HE-gefärbten Stufenschnitten, in 11 Fällen (12,1%) ergänzt um Sonderfärbungen und in 40 Fällen (44,0%) um immunhistochemische Färbungen. Die Länge der Stenzen war in 88 Fällen dokumentiert (96,7%), der Tumoranteil ebenfalls in 88 Fällen. Angaben zum Tumorstadium wurden in 16 Fällen gemacht (17,6%).

Ergebnisse

Das Gleason-Grading war in allen 91 Fällen angegeben, wobei in einem Fall explizit das alte Gleason-Grading angewandt wurde, in den übrigen das modifizierte Gleason-Grading. Die ver-

gebenen Gleason-Scores (GS) reichten von 4–10, wobei 8 Fälle als $GS \leq 5$, 46 als GS 6, 27 als GS 7 und 10 als $GS > 7$ eingestuft wurden. Von 45 Fällen mit mehreren positiven Stenzen wurden 38 einheitlich (84,4%) gradiert; 6 der 7 uneinheitlich gradierten Fälle umfassten einen GS von 6 bzw. 7, der 7. GS-Werte von 6–9. In 64 Fällen (70,3%) wurde ergänzend das konventionelle dreigliederige WHO-Grading ($n=42$) bzw. das Helppap-Grading ($n=22$) hinzugenommen. Mit dem Gleason-Grading und dem aus ihm abgeleiteten UICC-Grading erwiesen sich die anderen beiden Grading-Verfahren als hoch korreliert (X^2 -Test: $p < 0,001$), obwohl in Einzelfällen überraschende Zuordnungen gewählt wurden. Schlussfolgerung. Insgesamt zeigte sich als einziger gravierenderer Mangel, dass in 3 Fällen (3,3%) keine Angaben zur geschätzten Tumorausdehnung in den tumorpositiven Stenzen gemacht wurden, da diese Angabe für Therapieentscheidungen, insbesondere bei der Wahl einer Active-Surveillance-Strategie, wesentlich sein kann. Relativ viele Fälle wurden mit einem $GS \leq 5$ versehen, dessen Vergabe beim modifizierten Gleason-Grading nicht empfohlen wird. Ferner lässt die Übersetzung des GS in die anderen beiden verwendeten Gradingformen erkennen, dass sich die biologische Bewertung des GS zwischen verschiedenen Instituten recht deutlich unterscheidet. Zusammenfassend enthalten die Befunde der Pathologen aber in aller Regel die für eine leitliniengerechte therapeutische Entscheidungsfindung notwendigen Parameter, so dass sie von Ausnahmen abgesehen als umfassend und vollständig gelten können.

Quelle: Urologe 2014,
DOI 10.1007/s00120-014-3584-3,
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Der Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V. (FHbP)

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) hat seit 2014 einen Spenden- und Förderverein an seiner Seite, den Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V. – kurz FHbP. Gegründet wurde der FHbP, um eine Stiftung ins Leben zu rufen, Forschung zu fördern und die Arbeit des BPS zu unterstützen.

Prostatakrebsforschung findet nicht koordiniert statt und eine Beteiligung der Betroffenen, ihrer Sicht und Erfahrungen wird überwiegend nicht in geeigneter Weise berücksichtigt. Dieses thematisiert der BPS seit einigen Jahren. Das wollten die BPS-Mitglieder mit der Gründung einer Stiftung ändern, und sie beauftragten den BPS-Vorstand im Jahr 2012, die notwendigen Vorbereitungen für eine Stiftung zu treffen. Das für die Stiftungsgründung erforderliche Kapital von 50.000 EUR ist eine noch nicht bewältigte Herausforderung. Denn diese Investition kann nicht aus Mitteln des BPS-Haushalts getätigt werden, welcher ausschließlich aus Fördermitteln der Deutschen Krebshilfe, der Krankenkassen und aus Einzelspenden finanziert wird. Somit kann das Stiftungskapital nur durch diesem Zweck dienende Spenden gebildet werden. Das war zusammen mit einer zusätzlichen Förderung des BPS und der Förderung der Forschung entscheidend für die Gründung des FHbP.

Der FHbP wurde 2014 durch Mitglieder des erweiterten BPS-Vorstands gegründet als gemeinnütziger, eingetragener Verein. Er soll sparsam wirtschaften und beschränkt die Mitgliedschaft zurzeit auf Vertreter aus dem erweiterten BPS-Vorstand. Damit sind kurze Kommunikationswege und geringen Kosten der Gremienarbeit möglich. BPS-Mitglieder nehmen auf den FHbP Einfluss durch von ihnen demokratisch legitimierte Vertreter des erweiterten BPS-Vorstands im FHbP.

Auf seinem Weg zu einer Stiftungsgründung wird der BPS von der Deutschen Krebshilfe beratend unterstützt, welche in einer Stiftung eine Möglichkeit finanzieller Sicherung des BPS sieht. Neben den formalen Vorbereitungsschritten für eine Stiftung kann sich der FHbP bereits jetzt inhaltlich für die Prostatakrebsforschung engagieren. Möglich wird dies durch „Movember“, eine weltweite

Spendenaktion. Für sie ist der FHbP der Partner in Deutschland.

„Movember“ ist eine Wortschöpfung aus November und dem englischen Wort „Moustache“ (deutsch: Schnurrbart). Die gemeinnützige Stiftung Movember wurde 2003 gegründet, um auf die Früherkennung, Forschung und die Notwendigkeit besserer Therapien für Prostatakrebs und Männergesundheit aufmerksam zu machen und sie finanziell zu fördern. Dazu lassen sich engagierte Männer im Monat November einen Schnurrbart

Vorstand

Vorsitzender: Ernst-Günther Carl
Stellvertretender Vorsitzender: Walter Kämpfer
Schatzmeister: Günter Feick
Schriftführer: Helmut A. Kurtz
Mitglieder im Vorstand: Werner Deppe,
Bernd Troche, Jens-Peter Zacharias
Kassenprüfer: Joachim Böckmann, Paul Enders

Kontakt

Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V.
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas Mann Str. 40
53111 Bonn
Telefon: 0228-33889500
E-Mail: info@fhbp.de
Internet: <http://www.fhbp.de/impressum>
Facebook: www.facebook.com/fhbp.de
Twitter: www.twitter.com/FHbP2014

Spendenkonto

Sparkasse Hannover
IBAN: DE83250501800910255822
BIC: SPKHDE2HXXX

wachsen und sammeln Spenden. Weltweit konnten bis heute fast eine halbe Milliarde EUR gesammelt und über 800 Gesundheitsprogramme in 21 Ländern gefördert werden.

In Deutschland gibt es die Movember-Aktion seit 2012, zunächst mit Beteiligung des BPS. Seit 2014 ist der FHbP der Movember-Kooperationspartner. Die Aufgabe des FHbP ist es, in Deutschland gesammelte Spenden zu verwalten, sie für Prostatakrebs-Forschungsprojekte und seit 2014 auch für „Leben mit Prostatakrebs“-Projekte einzusetzen. Letzteres betrifft psychosoziale, familiäre und praktische Belange täglichen Lebens mit Prostatakrebs. Besonders für Männer ohne Nahestehende sind Hilfen der Gesellschaft somit auch der Prostatakrebs-Selbsthilfe ein wichtiges Gut. Projekte zum „Leben mit Prostatakrebs“ werden hierbei eine wertvolle Unterstützung sein.

Die Wahrnehmung der vorbeschriebenen Aufgaben hat der BPS dem FHbP anvertraut, da die Deutsche Krebshilfe ihre Förderung der Selbsthilfe nicht als eine Unterstützung von Tätigkeiten definiert, welche für Forschungsförderung und für Stiftungsgründung erforderlich sind. Logischer Schluss für den BPS war somit, die Kooperation mit Movember außerhalb des BPS anzusiedeln. Da der FHbP mit seiner Gemeinnützigkeit die gleichen steuerrechtlichen Voraussetzungen erfüllt wie der BPS, konnten die Aufgaben und Kooperation mit Movember reibungslos dem FHbP übertragen werden.

Von den in 2014 in Deutschland gesammelten Spenden werden 80% für Projekte eingesetzt (8% global mit Beteiligung deutscher Wissenschaftler und 72% ausschließlich in Deutschland). Die Kosten der Entwicklung und Verwaltung globaler Projekte sowie die Öffentlichkeits-, Bewusstseins- und Spendenkampagne in Deutschland sind Aufgaben der gemeinnützigen Movember-Stiftung und hierfür erhält sie von jedem gespendetem EUR 20 Cent.

In Deutschland wurden in der Movember-Kampagne 2012 rund 149.000 EUR und in 2013 367.000 EUR gespendet. Nach Berücksichtigung

der der oben genannten Kosten, wobei in 2012 in Deutschland noch keine finanzielle Beteiligung an globalen Projekte gab, standen der Prostatakrebsforschung in Deutschland aus beiden Jahren insgesamt 384.000 EUR zur Verfügung. Diese wurden zunächst vom BPS und später vom FHbP treuhänderisch verwaltet und für nachstehende Projekte eingesetzt. Bei der Auswahl zu fördernder Projekte wird der FHbP von einem externen unabhängigen Wissenschaftler-Gremium unterstützt und beraten.

- Datenerhebung und Analyse von Behandlungen des kastrationsresistenten Prostatakrebs, 76.000 EUR, Antragsteller: GWG-CRPC (Deutsche Arbeitsgruppe zum kastrationsresistenten Prostatakrebs),
- Biodatenbank-Server zur Dokumentation asservierter Blut- und Gewebeproben zur Unterstützung nationaler und internationaler Forschung, 16.995 EUR, Antragsteller: Uniklinik des Saarlands,
- DNA-ProKo-Studie, 3.000 EUR, Antragsteller: Stiftung Männergesundheit,
- In situ-Hybridisierung und Immunhistochemie auf Tissue Microarrays, 49.500 EUR, Antragsteller: Uniklinik Dresden,
- Multizentrische prospektive randomisierte Studie zur Evaluierung des Effektes der medikamentösen Standardtherapie mit oder ohne radikale Prostatektomie bei Patienten mit einem begrenzt ossär metastasierten Prostatakarzinom, 127.000 EUR, Antragsteller: Martini Klinik Hamburg,
- Wirkung und Wirkungsweise von Herzglykosiden u. verwandten Substanzen auf Prostatakarzinomzellen in vitro, 73.450 EUR, Antragsteller: Uniklinik Erlangen.

Noch nicht verausgabte Mittel sowie aus der Kampagne 2014 neu hinzukommende Spenden – gesammelt wurden in Deutschland rund 454.000 EUR (Stand 10.02.2015) – werden in 2015 vom FHbP ausgeschrieben und vergeben.

Deutschland-Radtour 2014: 1.860 km von Köln an die Ostsee nach Usedom

Reise- und Erfahrungsbericht von Gerd Studer, SHG Prostatakrebs Stuttgart e.V. und Koautor Klaus-Dieter Kuritz, Über den Berg e.V., Köln



Meine Ausgangssituation

Seit mehreren Jahren praktiziere ich nach der Hormontherapie meine Art von „Aktiver Überwachung“ mit Ergänzungen, denn man kann mehr tun als nur auf den PSA-Wert zu starren. Mit zwei Avodart täglich reduziere ich den Treibstoff Dihydrotestosteron erfolgreich. Dazu kommt eine Ernährungsumstellung auf mediterrane Kost mit wenig Fleisch und Zucker, ergänzt durch verstärkten Sport.

Motivation Sport

Zusätzlich habe ich jetzt ein Jahr lang an einer Studie der Uniklinik Tübingen gegen Alterszucker (Diabetes II) teilgenommen, die einerseits auf gesunde Ernährung (1.600 kcal tägl.) achtete, andererseits in meiner Intensivgruppe nach Möglichkeit zwei Stunden Sport täglich verlangte. In dieser Zeit habe ich 7 kg abgenommen. Mein zu hoher Leberfettgehalt, welcher von zu hohem Kohlehydratkonsum herrührte, hat sich halbiert und liegt wieder im Normbereich. Es war nahe liegend, diesen Prozess durch eine sportliche Dauerbelastung, z. B. einer längeren Radtour, zu unterstützen.

Radtouren

Bereits 2010 hatte ich mit acht Prostatakrebskranken an der vom BPS und der Deutschen Sporthochschule Köln initiierten Radtour von Köln nach Marseille (ca. 1.400 km) teilgenommen. Seither fahren mehrere „Marseillaner“ einmal im Jahr gemeinsam eine ähnlich große Radtour. 2012 habe ich kurz über die Radtour von Ulm nach Stralsund (knapp 1.600 km) berichtet.

Den Vorschlag, dieses Jahr eine neue Deutschlandradtour durchzuführen, dieses Mal von West nach Ost, fand ich daher sehr verlockend.

Pedelec

Nun bin ich nicht der konditionsstärkste, sondern war schon – wohl toleriert – bei den anderen Fahrten meistens das Schlusslicht, vor allem bei Anstiegen. Inzwischen weiß ich, dass zu wenige rote Blutkörperchen meinen Sauerstofftransport einschränken. Zusätzlich litt das diesjährige Training unter einer 14-tägigen Sportpause wegen einer Gürtelrose: keine guten Anzeichen für eine große Radtour!

Kurz entschlossen habe ich mir ein Pedelec (Elektrofahrrad) mit nur 20 kg Gesamtgewicht zugelegt. Es hat fünf Stufen, wobei man meistens nur die 1. Stufe braucht. Auf den ersten drei Etappen habe ich es nur am Berg benutzt und so die Reichweite der Batterie auf 200 km ohne Laden ausgedehnt. Angenehm ist der Schiebegang mit 6 km/h auf steilen, holprigen Wegen. Für die Gruppe bin ich jetzt kein Bremsklotz mehr.

Verlauf der Radtour

Meine vier Radfreunde waren bereits am 9. Juli 2014 in Köln gestartet, den ersten Tag von Köln bis Duisburg im Dauerregen, aber dann gab es meist sonniges Wetter, oft bilderbuchhaft schön. Ihr Weg führte sie weiter von Wesel entlang der Lippe bis nach Detmold zum Hermanns-Denkmal, dann über Bad Pyrmont nach Hameln an die Weser. Über den Weser-Radweg von der Rattenfängerstadt nach Hannoversch Münden äußerten sie

sich begeistert. Ich habe mich der Gruppe am 18. Juli in Eschwege an der Werra anschließen können.

Von Eschwege aus ging es nach Eisenach mit einem Besuch auf der Wartburg, wo Martin Luther sich wegen seiner Ächtung und Verbannung mehrere Monate versteckt gehalten hatte. Eine imposante Burg!

Beeindruckt waren wir am nächsten Tag von Thüringens Hauptstadt Erfurt: pulsierendes Leben mit Sommertheater am Dom und schön restaurierten alten Bauwerken. In Jena kannten wir uns dank der guten Führung von Bernd Knye-Neczas, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Jena bei der Tour vor zwei Jahren schon gut aus und statteten dem schiefen, altdeutschen Gasthaus „Roter Hirsch“ (seit 1509) gerne wieder einen Besuch ab. Über Ronneburg, entlang der Zwickauer und Freiburger Mulde, näherten wir uns der Elbe.

Im Triebischtal vor Meißen gerieten wir in einen kräftigen Regenguss und verpassten den Anruf vom Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Dresden, Wolfgang Prager. Man wollte uns in die Stadt hinein eskortieren. Schade! Wolfgang haben wir dann am nächsten Tag in Dresden an der Frauenkirche getroffen. Herzlichen Dank an ihn für die vielen guten Erklärungen zur Frauenkirche und zur sächsischen Geschichte!

Am folgenden Tag beschlossen wir auf der Spreebrücke in Bautzen in dem für seine vielen Türme, aber leider auch für sein Gefängnis bekannten Städtchen zu übernachten. Uns gefiel der Ort sehr; das Gefängnis, jetzt Museum, das wir am nächsten Morgen vor der Weiterfahrt besuchten, war bedrückend.

Tags darauf erreichten wir die östlichste Stadt Deutschlands: Görlitz in der Oberlausitz. Es blieb im Zweiten Weltkrieg von Zerstörungen fast völlig verschont. Das Stadtbild ist geprägt von vielen spätgotischen Bauten und Häusern aus der Renaissance-, Barock- und Gründerzeit. Es wird gern als Filmkulisse benutzt. Am Unteren Markt konnten wir Filmaufnahmen beobachten. Herrlich auch der Blick von der polnischen Seite auf die Pfarrkirche St. Peter und Paul.

Der Neiße entlang ging es nach Bad Muskau mit Fürst Pücklers großartigem Park und an der gigantischen Grube des Braunkohletagebaus in Grieben/Niederlausitz vorbei nach Steinsdorf.

Der nächste Tag wurde unser „Pannentag“. In Eisenhüttenstadt ließ Klaus-Dieter sein knirschendes Tretlager wechseln, andere pumpten die Reifen auf. Nach 15 km in Briskow-Finkenheerd riss mit lautem Knall eine Felge eines Teilnehmers. Vermutliche Ursache: altes Fahrrad und zu viel Druck auf der Felge. Weiterfahrt unmöglich! Also, musste er zurück mit dem Taxi in den Fahrradladen und ein neues Rad montieren lassen. Auch am folgenden Tag gab es wieder eine und letzte Reifenpanne während unserer Tour.

Danach hat uns die Natur endgültig in ihren Bann gezogen: wir fuhren auf dem Oderdeich durch das Oderbruch und sahen viele Wasservögel und Störche. Hier an der letzten Verteidigungslinie vor Ber-



(von links nach rechts): Rainer Uhlendorf, Gerd Studer, Klaus-Dieter Kuritz, Egbert Effertz, hockend Günter Mück, © G. Studer

lin hatten im Zweiten Weltkrieg 16.000 Soldaten sinnlos ihr Leben verloren.

Weiter ging es durch den Naturpark „Untere Oder“ inklusive Sicht auf einen Seeadler. In Blankensee wurden wir von der Herbergs-Wirtin mit einem super polnischen Abendessen verwöhnt. Tags darauf kamen wir am Stettiner Haff in der Jugendherberge in Uckermünde an, unserem Ausgangspunkt für ein Übersetzen mit dem Schiff nach Usedom.

Bei der Überfahrt am nächsten Morgen landeten wir nach anderthalb Stunden in Kaminke und nahmen entsprechend den Empfehlungen des Kapitäns den flachen Radweg ins polnische Swinemünde. Dort drängten sich die deutschen Besucher, um billig einzukaufen.

Wir fuhren die komplette Nordküste von Usedom entlang durch die überfüllten Seebäder: ein totaler Kontrast zur Einsamkeit an der Oder! Nach der Hälfte der Strecke führte der Usedom-Radweg über holprige Strecken mit bis zu 16% Steigung durch den Buchenwald ohne Seesicht. Darin eingebettet liegen kilometerlange Campingplätze.

Über die gigantische Hängebrücke in Wolgast verließen wir die Insel und erreichten unseren Endpunkt der Tour. Tags darauf machten wir noch einen Ausflug ins Technikmuseum nach Peenemünde, wo im 2. Weltkrieg Raketen entwickelt und produziert wurden. Mit einem gemütlichen Abend im „Speicher“ in Wolgast beendeten wir die diesjährige Radtour. Per Zug ging es am nächsten Tag zurück in die Heimatorte.

Blutwerte (s. Tabelle 1)

Vor und direkt nach der Reise habe ich verschiedene Blutwerte kontrollieren lassen. Wie schon bei

der Marseille-Fahrt sind auch diesmal wieder Testosteron und vor allem Dihydrotestosteron deutlich abgefallen. Da verwundert es kaum, dass auch der PSA-Wert gefallen ist. Während die neurone-spezifische Enolase (NSE) gefallen ist, hat sich leider Chromogranin A (CGA) erhöht, ist aber immer noch weit unten im Normbereich und im Rahmen bei mir bekannter Schwankungen.

Mein Immunsystem ist nicht das Beste, aber es hat sich mit Ausnahme der natürlichen Killerzellen innerhalb der gut zwei Wochen doch um etwa 10% verbessert.

Schöner Nebeneffekt ist die Senkung des Cholesterinspiegels. Und auf meinen Fahrten nach der Tour merke ich außerdem, wie sich die Leistungsfähigkeit deutlich verbessert hat, auch wenn sie nach wie vor nicht optimal ist. Nebenbei habe ich nochmals 1 kg abgenommen, so dass ich es vielleicht schaffe, insgesamt 10 kg abzunehmen und dabei das hormon-produzierende Bauchfett deutlich zu reduzieren.

Schlussfolgerungen

Meine Vorbereitung war wieder einmal nicht so intensiv, wie ursprünglich geplant, aber dank meines neuen Pedelec bin ich nicht mehr ein Hindernis für die Gruppe. Trotz dieser Hilfe habe ich mich kräftig sportlich betätigen können.

Klar ist, dass man auch nach Prostatakrebs wieder intensiv Sport treiben kann, wie ich es seit der Marseille-Fahrt praktiziere: im Sommer Radsport und im Winter Nordic Walking.

Mein Ratschlag: Sport ist ein mächtiges „Arzneimittel“. Jeder kann und sollte es nutzen. Außerdem fühlt man sich einfach besser, wenn man aktiv zu seiner Gesundheit beiträgt!

Blutwerte					
Marker	Eigenschaft	Einheit	10.07.2014	14.08.2014	Sollbereich
PSA	Kontrollmarker	µg/l	0,80	0,61	<2,0
NSE	aggressiver Krebs	µg/l	10,9	9,3	<13,0
CGA	aggressiver Krebs	µg/l	23	33	20-100
Testosteron	männl. Hormon	µg/l	7,27	4,86	3,0-9,0
Dihydrotestosteron (DHT)		ng/l	102	57	250-1000
– „eigentlicher Treibstoff für Prostatakrebs“					

Tabelle 1.
Übersicht der
Blutwerte

SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. – Baumpflanzaktion auf der Wildenburg

Von Wolfgang Fuchs, Selbsthilfegruppe Idar-Oberstein-Kirn e. V.

Es gehört zur guten Tradition der Selbsthilfegemeinschaft im Landkreis Birkenfeld zu Beginn des Frühjahres einen Laubbaum in der Allee der Selbsthilfegruppen, auf der Wildenburg bei Kempfeld/Landkreis Birkenfeld, zu pflanzen.

Im Jahr 2014 übernahm die im Juni 2011 gegründete Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. die Verantwortung für die Baumpflanzung. Der 16. Baum, der am 26. April 2014 in der Allee gepflanzt wurde, ist eine Traubeneiche, „Baum des Jahres 2014“ und Repräsentant für eine besonders hohe Lebenserwartung.

Keine andere Baumart ist so vielfältig mit Mythologie und Volksglauben verbunden wie die Eiche. Sie ist Inbegriff von Standfestigkeit, Kraft und Stärke – Eigenschaften, die für Mitglieder der Gruppe eine große Bedeutung haben.

Der 1. Vorsitzende der Selbsthilfegruppe, Wolfgang Fuchs begrüßte ca. 170 anwesende Gäste und bedankte sich bei den Unterstützern der Aktion. Er berichtete über die Motive, die zur Gründung der Selbsthilfegruppe geführt haben und über die regelmäßigen Treffen, die an jedem 2. Donnerstag im Monat im „Martin-Luther-Haus“ in Idar-Oberstein-Nahbollenbach stattfinden. In der Regel werden zu den Treffen fachkundige Referenten eingeladen.

In seiner Ansprache wies Schirmherr, Dr. Matthias Schneider, Landrat des Kreises Birkenfeld, auch auf die Bedeutung der regelmäßigen Früherkennungsuntersuchung für Männer hin.

Frau Prof. Dr. Ulrike Zwergel, ärztliche Direktorin und Chefärztin für Urologie im Klinikum Idar-Oberstein, die maßgeblich zur Gründung der Selbsthilfegruppe beigetragen hat und die Gruppe

weiterhin fachlich begleitet, sieht die Baumpflanzung als ein Zeichen für Wachsen und Gedeihen und als eine Zuversicht für das Kommende.

Der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Herrstein, der „Hausherr des Wildenburg-Geländes“ hob das Alleinstellungsmerkmal der Allee hervor, die über das Gelände des Hunsrückvereins, mitten durch den Saar-Hunsrück-Steig führt. Die Wildenburg empfahl er als einen Einstieg in den künftigen Nationalpark Saar-Hunsrück.

Der Oberbürgermeister der Stadt Idar-Oberstein, Herr Bruno Zimmer, sieht in der Selbsthilfe-



Pflanzung einer Traubeneiche, © W. Fuchs

gemeinschaft eine wesentliche Säule des Gesundheitswesens. Das ehrenamtliche Engagement, der Austausch und Halt unter den Betroffenen und die fachlichen Informationen machen die Selbsthilfegruppen so wertvoll für das Gemeinwesen.

Nach der Baumpflanzung hatten die Mitglieder der Selbsthilfegruppe noch zu einem Imbiss eingeladen, so dass sich die Besucher ausführlich austauschen und unterhalten konnten.

Weitere Informationen über die Aktivitäten der Selbsthilfegruppe kann man auch unter www.prostatakrebs-idar-oberstein-kirn.de erhalten.

Fortbildung in Hannoversch Münden – Prostatakrebserkrankte bilden sich kulturell und fachlich weiter

Von Jürgen Mindermann, Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf

„Lasst uns Manager der eigenen Krankheit werden!“ – das sagt Jürgen Mindermann, Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf. Unter diesem Motto haben 50 Prostatakrebserkrankte gemeinsam mit ihren Partnerinnen eine Fahrt nach Hannoversch Münden unternommen.

Bei gutem Wetter begab man sich mit dem bis auf den letzten Platz gefüllten Bus auf eine zweistündige Fahrt. Auf dem Tanzwerder, an dessen Ende sich Werra und Fulda zur Weser vereinen, begann nach der langen Busfahrt eine höchst informati-

re Kaffee und Kuchen zu sich nehmen können.

Nach Mittagessen und Zeit zur freien Verfügung begann der fachliche Abschnitt des Tages. Im Klinikum der Stadt hatte Dr. Küster, Chefarzt der Urologie, zu zwei von der Gruppe zuvor gewünschten Vorträgen, eingeladen. Einer dieser Vorträge widmete sich einer Spezialform der Bestrahlung, der Brachytherapie. Diese Therapieform war etwas in Vergessenheit geraten, hat aber durch die PRE-FERE-Studie neues Interesse geweckt. Dr. Küster, ein Fachmann dieser Behandlungsart, hat hierzu

Die Teilnehmer der Fortbildung,
© J. Mindermann



ve Stadtbesichtigung. Nicht nur den Stadtnamen, auch die historisch interessante und wechselvolle Geschichte einer Stadt, die am Zusammenfluss zweier Flüsse liegt, erklärten die beiden Stadtführer. Natürlich fanden die sagemuwobenen Taten des Dr. Eisenbarth, mit humorvollen Beiträgen untermalt das besondere Interesse der Zuhörer. Ein Höhepunkt war auch der Besuch des Cafés Aegidius – eine ehemalige Kirche, in deren außergewöhnlichem Ambiente Gäste im Kirchenschiff, am ehemaligen Altar, der Sakristei und auf der Empo-

umfassend informiert. Gleiches gilt auch für die Hormontherapie, die durch mehrere neue Medikamente wesentlich zur besseren Behandlung des Prostatakrebses im fortgeschrittenen Stadium beigetragen hat. Eine lange und lebhaft Diskussion hatte zur Folge, dass die bevorstehende Heimfahrt um eine Stunde verschoben werden musste.

Die Fahrt hat gezeigt, dass eine schwere Krankheit, fachliche und kulturelle Wissensvermehrung und Geselligkeit kein Widerspruch sondern, im Gegenteil, eine positive Ergänzung darstellen.

Neue „SHG Prostatakrebs und Angehörige“ im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. aufgenommen

Von Gerhard Oehmichen, Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e.V.

Am 9. Oktober 2014 war Gerhard Oehmichen im Auftrag von Rüdiger Bolze, Vorsitzender des Regionalverbandes Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e. V. in Tangerhütte, um die Gründungsveranstaltung zu unterstützen.

Herrmann Glaser hat diese Selbsthilfegruppe viele Jahre geleitet und die Gruppentreffen mit den Lebenspartnern durchgeführt.

Der neue Vorsitzende Christian Böttger hat nun die Aufnahme der Gruppe in den Bundesverband beantragt, die mittlerweile auch erfolgt ist. Gerhard Oehmichen wird als „Pate“ dieser Gruppe jede erdenkliche Unterstützung geben. Umfang-

reiches Informationsmaterial des BPS wurde bereits bei der Gründungsveranstaltung übergeben.



(von links). Herrmann Glaser; Christian Böttger; Gerhard Oehmichen, © G. Oehmichen

Selbsthilfegruppe Schönebeck auf Exkursion

Von Manfred von Mackroth, Selbsthilfegruppe Schönebeck

Die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Schönebeck und Umgebung unternahm am 21. Oktober 2014 eine Exkursion zur Paracelsus Klinik, Harzklinik Bad Suderode. Frau Fiedler, die Hausdame, stellte die Klinik, ihre Geschichte und ihre Behandlungsmög-

lichkeiten der verschiedenen medizinischen Bereiche vor. Bei einem Rundgang konnte die Gruppe das moderne Haus, ausgestattet mit neuester Therapietechnik kennenlernen.

Die Ernährungsberaterin des Hauses, Frau Meie, stellte neue Wege der gesundheitlichen Ernährung vor, die sich in der regen Diskussion bestätigten. Dipl. med. Härtling referierte über „Prostatakarzinom und seine Behandlungsmöglichkeiten“ in verständlicher Form. Viele neue Erkenntnisse wurden gewonnen.

Diese Exkursion trug bei den Teilnehmern zur Erweiterung ihres Wissens um ihre Krankheit und ihrer Rehabilitation bei. Der Harzklinik Bad Suderode ein Danke für die freundliche Aufnahme und die perfekte Organisation.



Die Exkursionsteilnehmer der SHG Schönebeck, © M. v. Mackroth

6. Tagung der Niedersächsischen Krebsselfhilfegruppenleiter

Von Bettina Hallmann und Annette Schmidt, Niedersächsische Krebsgesellschaft

Auf Einladung der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V., des Regionalverbandes NordWest Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. und der Prostatakrebs Koordinierungsgruppe Süd-Niedersachsen fand am 13. September 2014 in Bad Gandersheim in der Paracelsus Klinik am See die jährliche Tagung der niedersächsischen Krebsselfhilfegruppenleiter statt. Zu diesem schon sechsten Treffen waren gut 50 Vertreter aus Selbsthilfegruppen in Niedersachsen angereist.

- Andreas Balster, GF Gesundheitsdienste Prävention- und Reha-Gesellschaft mbH und stellv. Präsident der Rheuma-Liga Niedersachsen e.V.
- Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Beinert, Chefarzt der Paracelsus Klinik am See.

Prof. Trojan stimmte kompetent und kurzweilig auf das Thema „Krebs und Sport“ ein. Anschließend berichtete Helmut Kurtz über die „zertifizierte Selbsthilfegruppe“ – Reha-Sport im Wandel



Die Teilnehmer der 6. Tagung im Foyer der Klinik, © Niedersächsische Krebsgesellschaft

Nach Begrüßung durch die Organisatoren überreichte der Klinikleiter, Herr Holger Kammann, der Geschäftsstellenleiterin der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V., Frau Dr. Bärbel Burmester, einen Spendenscheck in Höhe von 600 Euro.

Die diesjährige Tagung stand unter dem Motto: „Krebs und Sport – Auswirkungen auf Psyche und Physis“. Referenten waren:

- Prof. Lutz Trojan, Direktor der Klinik für Urologie aus Göttingen,
- Helmut A. Kurtz und Werner Deppe als Vertreter der Selbsthilfe,
- Thomas Hehlmann, Sportpädagoge und Dipl. Gesundheitswissenschaftler der Universität Bremen

der Zeit. Er stellte ein Reha-Sport Angebot aus drei Städten aus dem Heidekreis vor, für das die Gruppe u.a. mit dem Förderpreis der Niedersächsischen Krebsgesellschaft ausgezeichnet wurde. Begleitend wurde auch ein Studienprojekt begonnen zur Ermittlung psychischer und physischer Veränderungen von Krebspatienten im Heidekreis. Der Vortrag von Werner Deppe über die Selbsthilfe in Gegenwart und Zukunft rundete den ersten Teil des Vormittags ab bevor Thomas Hehlmann aus Bremen sehr eindrucksvoll und lebendig über „Krebs und Sport aus Sicht der Human- und Gesundheitswissenschaften“ referierte. Sein Appell an die Gruppe: Es gibt keinen Grund, nicht mit der Bewegung anzufangen.

In der Mittagspause gab es im Speisesaal der Reha-Klinik Gelegenheit zum Austausch bevor am Nachmittag der zweite Vortragsblock begann. Andreas Balster referierte zum Thema „Selbsthilfegruppe als Anbieter für den Gesundheitssport“.

Im Abschlussreferat stellte Priv. Doz. Dr. med. Beinert das innovative Reha-Konzept sowie die Therapie- und Rehabilitationsziele abgestimmt auf die Bedürfnisse der Patienten in seinem Haus vor.

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V. veranstaltet diese Tagung einmal jährlich in Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe aus Niedersachsen. Das nächste Treffen wird voraussichtlich im September 2015 in Stapelfeld in der katholischen Akademie stattfinden.

Bettina Hallmann & Annette Schmidt
Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.

15jähriges Jubiläum der Selbsthilfegruppe Diepholz

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

„Wir sind froh, dass wir Dich haben!“ lobte der Vorsitzende des Regionalverbandes NW Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Helmut A. Kurtz, das engagierte Wirken von Erwin Riebe, der die Diepholzer Selbsthilfegruppe vor 15 Jahren mit tatkräftiger Unterstützung der AOK Diepholz gegründet hat. Helmut A. Kurtz übermittelte Grüße und Glückwünsche von mehreren hundert Mitgliedern in 26 Selbsthilfegruppen aus Bremen und Niedersachsen, die sich unter dem Dach des RegVerbNW zusammengeschlossen haben.

Erwin Riebe und sein Stellvertreter Rudi Gogolin begrüßten zum 15jährigen Geburtstag in der „Münste“ etwa 50 Gäste, darunter die Vertreter des Regionalverbandes ebenso wie die Leiter der Selbsthilfegruppen Neustadt, Verden, Rotenburg/Wümme und Weye.

Von der Krebsberatungsstelle Igel waren Angelika Wilkening-Scheck und Brigitte Meyer gekommen.

Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfekontaktstelle Kibis, der Selbsthilfegruppe Frauen nach Krebs sowie der ehemalige Leiter Herr Gritzas gehörten ebenfalls zu den Gästen.

1. Vorsitzender des Regionalverbandes NW, Helmut A. Kurtz (Mitte), ehrt Rudi Gogolin (links), 2. Vorsitzender SHG Diepholz, und Erwin Riebe (rechts) 1. Vorsitzender der SHG Diepholz, © Helmut A. Kurtz



Die Kreissparkasse dankte der Diepholzer Gruppe mit einem Scheck für die weiteren wichtigen Aktivitäten.

SHG Prostatakrebs Mariendorf auf der Berliner Seniorenwoche

Von Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V.

Mit viel Überzeugung war es Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V., gelungen, abermals einen

Stand anlässlich der 40. Berliner Seniorenwoche an der Gedächtniskirche im Zentrum von Berlin zu bekommen – obwohl der Veranstalter keine Selbst-

hilfegruppen vor Ort geplant hatte. Die Veranstaltung stand unter dem Motto: „Mehr Mitbestimmung für Seniorinnen und Senioren!“ Wie in den letzten beiden Jahren besuchten ungefähr 30.000 bis 50.000 Besucher die 160 Stände.

So konnte die SHG Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V. auch dieses Mal wieder vielen Betroffenen mit Prostatakrebs und anderen Krebserkrankungen mit Ratschlägen und Informationsmaterial zur Seite stehen.

Auch mit dem scheidenden Berliner Bürgermeister, Klaus Wowereit, wurden ein paar Worte gewechselt.



Die SHG Mariendorf auf der 40. Seniorenwoche in Berlin, © W. Slania

Herzlich Willkommen im BPS

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

SHG Prostatakrebs Stendal

Christian Böttcher, Heinestr. 9, 39524 Schönhausen, Tel. 039323-38253

SHG Prostatakrebs Griese Gegend

Christel Prüßner, Bergstr. 6, 19260 Derselow, Tel. 038848-139007,
E-Mail: prostata-krebs-shg@schaaletreff.de

BPS und FHbP ab sofort auf Facebook und Twitter



Seit wenigen Wochen ist der BPS und der im Sommer 2014 gegründete Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V. (FHbP) auf Facebook und Twitter vertreten. Mitglieder und Interessierte können über beide soziale Netzwerke den direkten Kontakt aufnehmen. Redaktionell betreuen die Seiten Nicola Horndasch und Brigitte Papa-yannakis. Sie stellen dort wichtige Informationen beider Vereine sowie Pressemitteilungen und Meldungen zum Prostatakrebs bereit.



Wir wünschen den Nutzern interessante Dialoge und freuen uns, Ihnen dieses zusätzliche Angebot hier machen zu können:

www.facebook.com/bps
www.facebook.com/fhbp.de
www.twitter.com/FHbP2014

„Ketogene Ernährung bei Krebs“

Eine Buchbesprechung von Hanns-Jörg Fiebrandt, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Täglich überfrachten uns Nahrungsexperten mit Ernährungsrichtlinien und ersinnen ständig neue Theorien dazu, welche Nahrungsmittel zu bevorzugen und welche zu ignorieren sind, um noch gesünder zu leben. Die Lage ist extrem unübersichtlich: Wem kann man glauben? Wo stecken die Wahrheiten?

Das Buch: „Ketogene Ernährung bei Krebs“ rät dazu, die leckersten „Sättigungsbeilagen“ (S. 94) wie Kartoffelpuffer, Bratkartoffeln und Reisgerichte, wegzulassen, und stattdessen auf Kokosnüsse, Palmöl, Mangold und Brennesseln umzusteigen. Nicht das Fett mache fett und krank heißt es, sondern die Kohlehydrate.

Das Konzept einer Diät mit reduzierten Kohlehydraten ist schon etwas älter. Als „Atkins-Diät“ hatte es in den 70-er Jahren zahlreiche Anhänger. Die Schlussfolgerung erscheint logisch: der Organismus baut Kohlehydrate in Zucker um, und von Zucker lebt der Krebs. Also her mit den Fetten und Eiweißen.

Nur unsere Mediziner sollen es noch nicht gemerkt haben und verschreiben weiter Pillen und Spritzen gegen Diabetes und Fettleibigkeit. So behaupten es die Autoren: „Es dauert durchschnittlich 18 Jahre, bis eine neue Erkenntnis aus der med. Wissenschaft in den Arztpraxen ankommt!“ Sollte dies wirklich so sein, wäre es eine Katastrophe. Ob das, was für sie daraus folgt als wissenschaftlich angesehen werden kann, wird sich zeigen.

Dass Ernährung bzw. falsche Ernährung Krebs fördert, ist unbestritten. Aber die reduzierte Menge an Brot, Reis und Kartoffeln durch Fett ersetzen? Oder durch Wurst?: „Bleiben wir noch kurz bei der Billig-Wurst: „Wer es sich nicht leisten kann, beim Bio-Metzger einzukaufen, der kann und sollte auf die günstigsten Produkte zurückgreifen. So lange sie reichlich Fett, ausreichend Eiweiß und kaum Kohlehydrate enthalten, eignen sie sich für eine ketogene Diät.“ (Seite 48).

Dies widerspricht allerdings einer Schweizer Untersuchung mit 448.568 Teilnehmern, die im Fachmagazin BMC Medicine zum Thema „Verarbeitete Fleischprodukte“ veröffentlicht wurde. Fazit: Die Teilnehmer, die pro Tag mehr als 160 g verarbeitetes Fleisch aßen, hatten während der Studie ein um 44% erhöhtes Sterberisiko. Die Beobachtungszeit betrug 12,7 Jahre. Die Teilnehmer waren zwischen 35 und 69 Jahre alt. In dem Zeitraum starben 26.344 Teilnehmer.

Das amerikanische Lebensmittel- und Ernährungskomitee empfiehlt, 35% der Energie aus Eiweißen zu sich zu nehmen. Die Autoren auf S. 50: „Das wäre in der ketogenen Ernährung bereits zu viel (...)“. Also noch mehr Fette? Empfehlungen, wie: „man könne die Teewurst als Zwischenmalzeit auch gleich aus der Pelle essen“, widerstreben den meisten Menschen wohl rein geschmacklich. Doch Geschmäcker sind unterschiedlich. Suchen wir nach wissenschaftlichen Nachweisen.

Nun wird es dünn im Text. Angezeigte Tierversuche und in-Vitro-Experimente sind bekanntlich schwer oder gar nicht auf den menschlichen Organismus übertragbar. Auch das Vorbild der Eskimos, bei denen Krebs angeblich kaum vorkommt, hinkt. Es gibt einen hohen Anteil an Lungenkrebs. Hinzu kommt die geringe Lebenserwartung, die ca. 10 Jahre unter der Bevölkerung Dänemarks liegt.

Auf S. 44 wird die erste Studie zur ketogenen Ernährung erwähnt. Mit 16 Teilnehmern. Jeder der mit Studien umgehen kann, weiß, was 16 Teilnehmer zur Evidenz beitragen.



Am Ende des Buches fehlen Studienverzeichnis und Literaturhinweise. Es bleibt bei einem einzelnen Hinweis auf eine Internetseite der amerikanischen Gesundheitsbehörde – Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig. Dahinter finden sich zum Thema „ketogenic diet“ genau 60 Studien. Wer hier Unterstützung zum Titel des Buches, bzw. Krebs sucht, wird enttäuscht. Von den 60 aufgelisteten Studien befassen sich gerade einmal 11 Studien mit Krebs. In den anderen geht es um Epilepsie, Diabetes, Parkinson und Multiple Sklerose. Keine der Studien befasst sich mit Prostatakrebs.

Mit 6 bis 40 Probanden weist auch keine der Studien eine wissenschaftlich auswertbare Anzahl von Teilnehmern auf. Für eine Studie zu Brustkrebs plant man, bis 2016 250 Teilnehmerinnen zu rekrutieren.

Dass die Industrie wenig Interesse an Ernährungsstudien hat, ist bekannt. Dennoch sagen diese Zahlen nicht viel mehr aus als Einzelschicksale.

Positiv, wenn auch nichts Neues, sind die Hinweise auf Bewegung und Sport. Ernährungsexperten und Mediziner sind sich darüber seit Langem einig.

Der umfangreichere Teil des Buches befasst sich mit einzelnen Lebensmitteln und Rezepten. Mir sind die Verfechter einer ausgewogenen Ernährung, wie der Kretischen Küche, sympathischer.

Autoren:

Professor Dr. Ulrike Kämmerer, Dr. Christina Schlatterer, Dr. Gerd Knoll: Ketogene Ernährung bei Krebs“, systemed-Verlag, ISBN 978-3-942772-43-3, Preis: 14,99 €

„Zurück ins Leben – Reiseführer eines Chirurgen“

Eine Buchbesprechung von Wolfhard D. Frost

Zu der Unmenge an Büchern zum Thema „Krebs“ gesellt sich nun ein weiteres, jedoch wohlthuend anderes. Das Buch von Prof. Martin Teschner will, so der Autor, die drängendsten Fragen beantworten, die sich fast jeder Krebspatient und die Angehörigen vor und nach Operation, Bestrahlung und Chemotherapie stellen und zusätzlich lebensnah informieren über den Weg des Patienten in die Normalität.

Der Autor geht auf viele Themen ein: „Warum gerade ich?“, das Grübeln oder die Erlebnisse im Zusammenhang mit der Krankheit, beleuchtet im „Der Rhythmus des Lebens“ die Abläufe im Krankenhaus, die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, spricht von

den Problemen, die das Helfen und Unterstützen zu Hause durch den Lebenspartner mit sich bringen können, von der Ernährung und Ernährungsumstellung, gibt Empfehlungen zu Reisen als Auszeit während der Krankheit, geht in die Tiefe bei Freundschaften und sieht den positiven Einfluss auf den Kranken, wieder mit Freunden zusammen sein zu können. Ausführlich angesprochen wird „Wenn Sie alleine sind“ – das Problem der Einsamkeit oder „Wenn nichts mehr Spaß macht“, die Hindernisse auf dem Weg zurück ins Leben, die Angst vor der Rückkehr der Krankheit und das weitere Leben aktiv, selbstbestimmend regeln.

Der Reiseführer von Prof. Teschner soll Krebskranken mit lebensnahen Tipps Mut machen, will ganz bewusst die Menschen „nicht mit einem Riesenwust wissenschaftlicher Informationen“ erschlagen. Prof. Teschner: „Es sind Themen, die die Krebspatienten und deren Angehörige beschäftigen“. Insbesondere für Angehörige erläutert er auch das sich verändernde Verhalten von Krebspa-



den Problemen, die das Helfen und Unterstützen zu Hause durch den Lebenspartner mit sich bringen können, von der Ernährung und Ernährungsumstellung, gibt Empfehlungen zu Reisen als Auszeit während der Krankheit, geht in die Tiefe bei Freundschaften und sieht den positiven Einfluss auf den Kranken, wieder mit Freunden zusammen sein zu können. Ausführlich angesprochen wird „Wenn Sie alleine sind“ – das Problem der Einsamkeit oder „Wenn nichts mehr Spaß macht“, die Hindernisse auf dem Weg zurück ins Leben, die Angst vor der Rückkehr der Krankheit und das weitere Leben aktiv, selbstbestimmend regeln.

tienten. „Ein Reiseführer aus der Angst“ titelte eine Zeitung in Delmenhorst, wo der Autor am Klinikum Delmenhorst als Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie tätig ist.

Meine Meinung

Unter dem Strich ist es keine Lektüre für nebenher oder für den Nachttisch. Jedoch, sie machte mich neugierig. Einmal angefangen zu lesen, habe ich das Buch nicht weggelegt, ist es doch auf den 70 Seiten abseits wissenschaftlicher Ausschweifungen, in einfacher Sprache emotional gut gewürzt mit italienischem Flair, mit Urlaubsbildern des Autors aus Oberitalien. Mit den mediterranen Ein- und Ausblicken zeigt der Autor dem Leser, wie schön und lohnenswert doch das Leben sein kann.

Wer erwartet, dass in diesem Buch das Thema Prostatakrebs mit seinen vielen Facetten im Vordergrund steht, wird enttäuscht sein, aber auch wieder nicht, denn es will tatsächlich auch Mut machen für die Zeit danach. Nicht nur für Betroffene sondern auch für Partner, für Angehörige für das Zuhause. Und genau das empfinde ich als wohltuend aus-

föhrlich beschrieben, ist das Thema doch in vielen anderen Veröffentlichungen oftmals hoffnungslos unterbelichtet. Dennoch, dieser Reiseführer kommt meiner Meinung nach nicht an die bisherigen schon einige Jahre erhältlichen Fachbroschüren z.B. aus Heidelberg heran, weil der mich vorrangig interessierende differenzierte prostataspezifische Bezug fehlt. Die Aufklärungsabsicht des Autors erschließt sich mir als Leser mit einem Prostatakrebs nicht unbedingt. Aber das ist auch nicht seine Absicht.

Was will uns dann das Buch mitteilen? Halt das, was drin steht: Antworten auf viele stets wiederkehrende Fragen sowie zusätzliche wertvolle Informationen und praktische Tipps für das „Zurück ins Leben“. Alles in allem: Ein Mutmacher für die Zeit danach und ein wertvolles Geschenk nicht nur für Angehörige und Freunde.

Das Buch ist im Klinikum Delmenhorst per E-Mail (teschner.martin@klinikum-delmehorst.de), telefonisch (04221/994263) oder über die ISBN-Nummer (978-3-00-045865-1) in jedem Buchhandel zu bestellen, Kosten: 14,80 Euro.

S3-Leitlinien „Psychoonkologie“ und „Prostatakarzinom“ erschienen bzw. aktualisiert

Gut vier Jahre hat der Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ gedauert – jetzt ist sie online und damit für alle zugänglich: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-051OL.html>.

Mit der Leitlinie sollen künftig allen Krebspatienten in allen Phasen der Erkrankung bei Bedarf psychoonkologische Therapien angeboten werden. Hierzu zählen unter anderem Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation und psychosoziale Angebote, aber auch künstlerische Therapien. Die psychoonkologische Unterstützung soll dabei nicht an den Sektorengrenzen halt machen, sondern sowohl im stationären, teilstationären als auch ambulanten Umfeld angeboten werden.

S3-Leitlinie zur Behandlung des Prostatakarzinoms in der dritten Fassung erschienen

Seit Oktober 2014 ist die nunmehr dritte, erneut aktualisierte Fassung der „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ freigegeben:

- a) Langfassung: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2014-12.pdf
- b) Kurzfassung: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Prostata_Kurzversion_3.1.pdf

Die jeweiligen Patientenfassungen für beide Leitlinien werden Mitte 2015 erwartet.

Register BPS-Magazin 2014

Ausgabe 1

Editorial

Aktuell

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

Gesundheitspolitik

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

Diagnose und Therapie

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

Verbandsnachrichten

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

Für Sie notiert

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

Ausgabe 2

Editorial

Aktuell

Die europäische ERSPC-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 Wachstames Abwarten beim frühen Prostatakrebs	17
Prostatakrebs – kein Vorteil für Hormonentzug	18

Diagnose und Therapie

Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten PCa20

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

Ausgabe 3

Editorial

Aktuell

DGU-Kongress 2014: BPS ausgezeichnet	2
DGU-Präsident Dr. Stephan Roth im Interview	4
Aktueller Stand der PREFERE Studie	7
„Erlanger Erklärung“ zur Umsetzung der PREFERE-Studie	8
Aufruf zur Teilnahme an der SHILD-Studie	10
Tag der Krebs-Selbsthilfe in Bonn	11

Diagnose und Therapie

Bedeutung der Kernspintomographie in der Darstellung des Prostatakarzinoms	12
Prostatakarzinom nicht verharmlosen	16
Dokumentationsqualität histopathologischer Befundberichte von Prostatastanziopsien	17

Verbandsnachrichten

Der Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e.V. – FHbP	18
Deutschland-Radtour 2014 – 1.800 km von Köln nach Usedom	20
SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. – Baumpflanzaktion	23
SHG Burgdorf: Fortbildung in Hannoversch Münden	24
Neue „SHG Prostatakrebs und Angehörige“ in BPS aufgenommen	25
Selbsthilfegruppe Schönebeck auf Exkursion	25
6. Tagung der Niedersächsischen Krebs-Selbsthilfgruppenleiter	26
15jähriges Jubiläum der Selbsthilfegruppe Diepholz	27
SHG Prostatakrebs Mariendorf auf der Berliner Seniorenwoche	27
Herzlich Willkommen im BPS	28
BPS und FHbP ab sofort auf Facebook und Twitter	28

Für Sie notiert

„Ketogene Ernährung bei Krebs“	29
„Zurück ins Leben – Reiseführer eines Chirurgen“	30
S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ und „Prostatakarzinom“ erschienen bzw. aktualisiert	31
Register BPS-Magazin 2014	32
Nachruf	33



© Bernd Kasper/pixelio.de

Im Jahr 2014
verstarben die Selbsthilfegruppenleiter

Albrecht Saar
Kurt Schubert
Heinz-Otto Rohrßen
Wolf-Rüdiger Tegt
Roland Teichert
Manfred Prickel

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

Ein Bestellformular – mit weiteren Broschüren, die Sie über das Internet abrufen oder bestellen können – finden Sie auch auf unserer Homepage:
www.prostatakrebs-bps.de/medizinisches/broschueren



Informationsmaterial Heft 3/2014

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I
- ☐ Patienteninformation: Prostatakrebs – Krankheitsstadien, Therapie-möglichkeiten, HIFU-Behandlung

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

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

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- ☐ Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 40: Wegweiser zu Sozialleistungen
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 42: Hilfen für Angehörige
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 46: Ernährung bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 48 : Bewegung und Sport bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 50: Schmerzen bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 51: Fatigue
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 53: Strahlentherapie
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 57: Palliativmedizin
- ☐ Sonderausgabe des BPS-Magazins 1/2013 „Palliative Versorgung“
- ☐ Prostatakrebs – Beratungs-Hotline:
 - ☐ Postkarten
 - ☐ Visitenkarten



BPS-Jahrestagung 2015

Die Jahrestagung des BPS mit der 15. Ordentlichen Mitgliederversammlung findet statt von

Mittwoch, 10. bis Freitag, 12. Juni 2015

Tagungsort:

RAMADA Hotel Kassel City Centre, Baumbachstraße 2/Stadthalle, 34119 Kassel



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.