

Therapieoptionen

Das gutartige Prostatasyndrom

„Beunruhigende Gedanken sind nicht angebracht. Schließlich stehen heute jederzeit viele Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die auch bei fortschreitender Entwicklung mit kurativer Zielstellung zum Einsatz kommen können.“

(Dr. Manfred Fischer, BPS-Patientenvertreter im G-BA)

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 1, 2016

Editorial

Aktuell

Der Präsident der DGU 2016 Prof. Dr. Kurt Miller im Interview	2
BPS auf dem Deutschen Krebskongress 2016 vertreten	3
Stand der Aktiven Überwachung im Jahr 2016	4
Gut informierte Patienten erholen sich besser	7
Patientenbeteiligung am Beispiel Prostatakarzinom	8
Verleihung Deutscher Krebshilfe Preis 2015	9

Diagnose und Therapie

Welche Therapien bei benigner Prostataerkrankung?	10
Aktuelle Gleason-Score-Befunde kennen und verstehen	13
Krebs und Ernährung	17

Verbandsnachrichten

Herzlich Willkommen im BPS	20
Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Niedersachsen/Bremen gegründet	20
Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (RNBPS) ..	20
Landesverband Hessen tagte an der Bergstraße	21
Die Aktivitäten der SHG Oschatz und Umgebung	22
Hohe Auszeichnung für Prof. Dr. Wolf F. Wieland	24
Fünf Jahre Selbsthilfegruppe Adelsheim und Umgebung	25
Selbsthilfegruppe Fürstenwalde kooperiert mit Kliniken	26
Seminar Hormontherapie und Zweitmeinung in Bielefeld	27
Selbsthilfegruppe diskutierte über Medikamente und ihre Wechselwirkungen ...	28
15 Jahre Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar	28
Hansjörg Burger ist verstorben	29
10jähriges Bestehen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Norden	30
BPS-Seminar: „Kreative Gruppenarbeit“	30
20jähriges Bestehen der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis-Rastatt	31
Politische Bildungsreise der SHG Hagen nach Berlin	33
Radtour über 1.300 km von Koblenz an den Chiemsee	34

Für Sie notiert

Patienten-Information.de mit neuem Design und neuen Inhalten	37
--	----

Impressum:

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

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

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

Unter der Schirmherrschaft der
Stiftung Deutsche Krebshilfe

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

zur Befragung des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Umsetzung des Artikelgesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BGB § 630; SGB V § 13a, § 66, SGB X § 116) aus dem Jahr 2013 hat sich der Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband (HKSH-BV), in dem der BPS Mitglied ist, unter anderem wie folgt zu Wort gemeldet:

Grundsätzlich hilft das Gesetz bei besserer Durchsetzung der Patientenrechte, und es kann noch besser werden. Im Bereich Information/Aufklärung unterstützt das Gesetz den Patienten nicht ausreichend, was aber notwendig wäre für eine gemeinsame Therapieentscheidung. Das ist beispielhaft ablesbar bei der Behandlung des Niedrigrisiko Prostatakarzinoms. Oft genug erfahren Patienten nicht, dass zur Behandlung des Niedrigrisiko Prostatakarzinoms vier Therapieformen von der Leitlinie als gleichwertig erkannt werden. Denn in der Praxis werden einzelne der vier Therapien als die Richtigen empfohlen ohne dabei auf die Empfehlungen der Evidenz basierten Leitlinie und Patientenleitlinie hinzuweisen.

Die rechtliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Entscheidung von Leistungsanträgen innerhalb von drei bis fünf Wochen bei akut notwendigen Therapien ist wichtig und richtig. Bei Nichteinhaltung von Fristen bzw. Nichtbearbeitung oder ungenügender Bearbeitung von Leistungsanträgen sollte das Gesetz aber auch vertragsrechtliche Konsequenzen vorsehen.

Alle Kommentierungen und Änderungsvorschläge zum Patientenrechtegesetz sind in der Antwort des HKSH-BV zur Befragung des BMG einsehbar unter <http://www.prostatakrebs-bps.de/recht-und-soziales/patientenrechte/663-stellungnahme-des-haus-der-krebs-selbsthilfe-bundesverbandes-zum-patientenrechtegesetz>.

Vor einer Bewertung des Patientenrechtegesetzes ist es auch gut zu wissen, dass ärztliche Leistungen dem Dienstvertragsrecht unterliegen. Nach Werkvertragsrecht würde der Arzt den Heilerfolg schulden. Das jedoch sieht das Dienstvertragsrecht nicht vor, weil der tatsächliche, zukünftige Verlauf einer Krankheit und deren Folgen, auch bei ansonsten als heilbar geltenden Erkrankungen, grundsätzlich nicht vorhersehbar sind. Diese Kommentierungen des Gesetzes wurden während des Richter- und Staatsanwaltstages 2014 geäußert – „das Gesetz sei politisch motiviert und publikumswirksam; neu eingeführte Pflicht zur Fehleroffenbarung leiste einer „Misstrauenskultur Vorschub.“ Andererseits wurde eine stärkere Nutzung evidenzbasierter Instrumente gefordert: „Wie jeder andere Bereich habe sich auch die Medizin einer Außenkontrolle zu unterwerfen.“

Ich denke, dass eine ausreichende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bisher ist noch nicht erkennbar ist. Deshalb ist die Befragung des BMG zur Anwendung des Patientenrechtegesetzes in der Praxis jetzt sinnvoll. Hierzu sollte auch eine Prüfung ausreichender Informationen über das Patientenrechtegesetz für Patienten und Behandler gehören. Denn existierende Wissenslücken und Umsetzungsdefizite können auch Ausdruck unzureichender Information sein. Das soll für den BPS nicht gelten. Deshalb wird Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter der Bundesregierung in diesem Jahr zum Patientenrechtegesetz einen interaktiven BPS-Online-Vortrag halten.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) 2016 Prof. Dr. Kurt Miller im Interview



© privat

Was hat Sie bewogen, das Fach Urologie zu wählen?

Grundsätzlich wollte ich in einem operativen und nicht in einem konservativen Fach tätig werden. Nach zwei Jahren Allgemein Chirurgie schien mir eine Spezialisierung sinnvoll, und Urologie bot ein interessantes operatives Spektrum. Eine zusätzliche Rolle mag gespielt haben, dass mein Vater Urologe war.

Raten Sie Männern zur Prostatakrebs-Früherkennung und gehört der PSA-Test unbedingt zur Prostatakrebs-Früherkennung?

Ja, ich rate Männern zur PCa-Früherkennung, und der PSA-Wert gehört unbedingt dazu.

Wie oft lassen Sie Ihren PSA-Wert bestimmen?

Alle 2-3 Jahre.

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

Die multiparametrische Magnetresonanztomographie zusammen mit dem PSA-Wert erlaubt eine bessere Risikoabschätzung als der PSA-Wert alleine.

Wie unterstützt die DGU die Prostatakrebsforschung?

Durch systematische Auswertung urologischer Forschung und Wissensaustausch zwischen Forschung und Praxis, mit Hilfe des DGU-Wissenschaftszentrums UroEvidence und durch die Eisenberger-Stipendien, wenn das Forschungsgebiet Prostatakrebs ist.

Informationen zu Prof. Dr. Kurt Miller

1971 – 1977	Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg
1977	Promotion
1977	Approbation
1989	Ltd. Oberarzt Urologische Universitätsklinik Ulm
1994	Hochschulprofessor C4 Direktor Urologie CBF Freie Universität Berlin
2007	Klinikdirektor Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charité Centrum Chirurgische Medizin CC 8, Klinik für Urologie

Gremienarbeit

2000 – 2004	Gutachter Urologie, Deutsche Forschungsgemeinschaft
2004 – 2008	Vorstandsmitglied Deutsche Krebsgesellschaft
seit 2011	Sprecher Arbeitskreis Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie
seit 2013	Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Urologie
seit 2015	Präsident Deutsche Gesellschaft für Urologie

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Operative Uro-Onkologie; Medikamentöse Tumorthherapie Prostatakarzinom; Klinische Studien

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

Den Patienten hilft der BPS am meisten mit einer seriösen, unabhängigen Patientenberatung. Durch sein öffentliches Engagement und Unterstützung der zertifizierten Zentren in den Gremien des Gesundheitssystems kann der BPS einen Beitrag zur Organisation der besten Tumormedizin für Patienten leisten.

Welche Schwerpunkte setzen Sie während Ihrer Präsidentschaft?

Mit der Gründung des Instituts für Qualität und

Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Jahr 2015 hat die Gesundheitspolitik ein klares Signal gegeben für die zukünftige Bedeutung objektiv messbarer Qualität und ihrer Dokumentation in der medizinischen Versorgung. Wir Urologen müssen Qualität und damit unsere Kompetenz, z. B. in der Versorgungsforschung, Fort- und Weiterbildung, in der Nachwuchsförderung und bei Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden evaluieren. Unsere Aufgabe ist es, die Qualität wieder mehr in den Fokus zu rücken und das nicht nur unter dem Aspekt, wie man sie in der Zukunft besser mess- und damit bezahlbar macht.

BPS auf dem Deutschen Krebskongress 2016 vertreten

(Red. ug) Vom 24. bis 27. Februar 2016 fand in Berlin der 32. Deutsche Krebskongress unter dem Motto „Krebsmedizin heute: präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ“ statt. Mehr als 11.000 Experten aus Medizin, Politik, Industrie und Gesundheitswesen informierten sich über die Fortschritte in der Krebsmedizin. Der BPS war ebenfalls mit einem Informationsstand vertreten und hat im wissenschaftlichen Programm des Kongresses folgende Symposien gestaltet:

„Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms“:

- Schlomm, T. (Hamburg): „Biomarker und Gendiagnostik für Prostatakrebsdiagnose und Prognose“,
- Albers, P. (Düsseldorf): „Prostatakrebs-Früherkennung – Nutzen und Risiken“,
- Heidenreich, A. (Köln): „Experimentelle und Standard-Therapien bei metastasiertem kastrationssensiblen und kastrationsresistentem Prostatakrebs“.

Nationaler Krebsplan – Anspruch und Wirklichkeit“:

- Stöckle, M. (Homburg/S.): „Früherkennung – Ergebnisse existierender Programme und Etablierung neuer Programme“,
- Kowalski, C. (Berlin): „Behandlung in zertifi-

zierten Zentren – Ergebnisse und Ergebnisvergleich mit nicht-zertifizierten Kliniken“,

- Böckmann, J. (BPS, Bad Zwischenahn): „Stärkung der Patientenorientierung“.

Die Vortragsfolien – soweit vorliegend – finden Sie auf unserer Internetseite nach Eingabe des Suchwortes „Krebskongress 2016“.

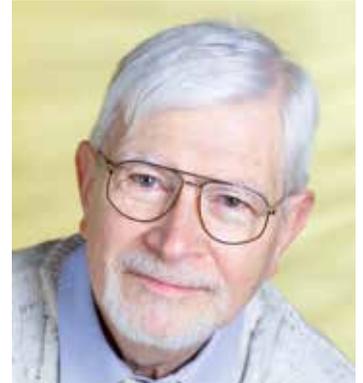
Beim sogenannten Krebsaktionstag steht der Informationsaustausch zwischen Patienten und onkologischen Experten im Fokus. In dieser BPS-Patientenveranstaltung informierten folgende Referenten über Prostatakrebs in seinen verschiedenen Stadien, ihre Behandlungsformen und über die für Männer bedeutsame PREFERE Studie:

- Priv. Doz. Dr. Jonas Busch, Charité: „Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms“,
- Prof. Dr. Heinz Schmidberger, Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Mainz: „PREFERE Studie“,
- Prof. Dr. Oliver Rick, Klinik Reinhardshöhe, Bad Wildungen: „Anschlussheilbehandlung nach Prostatakrebstherapie“,
- Priv. Doz. Dr. Jonas Busch, Charité: „Therapie des metastasierten Prostatakarzinoms“.

Der BPS bedankt sich bei allen Referenten und Standbetreuern, die sich engagiert den Fragen der Interessierten gestellt haben.

Stand der Aktiven Überwachung im Jahr 2016

Von Ralf-Rainer Damm, Web-Redakteur und Hotline-Berater des BPS e. V.



© privat

Im Februar wurde die dritte „Internationale Konferenz zur Active Surveillance für das Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom“ in Mailand abgehalten, an der ich als Vertreter des BPS mit Beobachterstatus teilnahm. Mit diesen Konferenzinformationen werden auch von mir berichtete Ergebnisse der Konferenz im Jahr 2014 aktualisiert, die im BPS-Magazin 1/2014, S. 17 „Wo stehen die Patienten und ihre Ärzte im Jahr 2014 mit der Strategie der Aktiven Überwachung (Active Surveillance)?“ bzw. in der Langfassung (http://www.prostatakrebs-bps.de/images/pdf/medizinisches/aufsaeetze/AS-Konferenz_Amsterdam_2014.pdf) nachlesbar sind.

1. Der Movember Global Action Plan 3 (GAP3)

Bisher lagen nicht sehr viele Daten zum Langzeitverlauf der Active-Surveillance- (AS-) Strategie bei Patienten vor. Die Movember Foundation hat darum vor einiger Zeit einen „Global Action Plan 3“ ins Leben gerufen, um hier eine breitere Datenbasis zu gewinnen. Dazu wurde eine Zwei-Phasen-Studie entworfen:

Phase 1 besteht darin, eine globale Datenbasis überhaupt erst einmal zu erstellen, in der zurzeit verfügbare klinische, biologische (Stanzproben), bildgebende und Biomarker-Daten zusammengetragen werden. Derzeit sind darin die Daten von 10.833 Patienten erfasst.

In Phase 2 soll eine abgestimmte Leitlinie zur AS auf der Grundlage der weltweit bereits vorliegenden Leitlinien erstellt werden. In einem weiteren Schritt sollen dann die aus der Datenbasis gewonnenen Ergebnisse statistischer Analysen in die Leit-

linie einfließen. Dies soll individualisierte dynamische risikobasierte Modelle mit einschließen.

Alsdann soll eine Online-Plattform eingerichtet werden, auf der (wohl nur) Kliniken und Ärzte freien Zugang zu der konsolidierten Leitlinie und den dazugehörigen Informationen haben. Es wird erwartet, dass die Phasen 1 und 2 zusammen etwa 30 Monate benötigen werden. Im Dezember 2015 war mit dem Zusammenlegen der Datenbestände der 19 „Core Centers“ ein erster wichtiger Meilenstein erreicht.

Das Projekt wird in den Niederlanden (Erasmus Medical Center, Rotterdam) koordiniert. In der Startphase nehmen weltweit 19 Institutionen teil (dies sind die genannten „Core Centers“), weitere können sich anschließen. Das UK Münster (Prof. Semjonow) ist beteiligt.

Auf der Basis dieses Projekts sollen Kliniker in den Stand versetzt werden, zuverlässig Männer zu identifizieren, die für eine AS-Strategie in Frage kommen, aber auch zu erkennen, wenn die Erkrankung fortschreitet und behandlungsbedürftig wird. In einem Rückkopplungsprozess wird durch die Teilnahme von mehr Männern und durch längere Verlaufskontrollen wiederum die Datenbasis größer und es können vielleicht neue Biomarker erprobt werden, die wiederum zuverlässigere Einschätzungen möglich machen.

Es wird erwartet, dass die abgestimmte Leitlinie im Februar 2017 vorliegen wird.

Schlussfolgerung: Die Kriterien für die Aufnahme/Nichtaufnahme von Patienten in eine AS-Strategie werden mittelfristig immer weiter verfeinert werden.

2. Erweitern der Aufnahmekriterien für die Active Surveillance

Prof. Laurence Klotz von der University of Toronto berichtete von den Ergebnissen einer versuchsweisen Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko in die AS-Strategie. Mittleres Risiko ist definiert als ein Tumorstadium T2b (der Tumor hat mehr als die Hälfte eines Prostatalappens befallen) oder ein Gleason Score (GS) 7 oder ein PSA-Wert zwischen 10 und 20 ng/ml. 980 Patienten wurden in die Studie aufgenommen, davon entwickelten trotz engen Monitorings 30 Patienten Metastasen. Von diesen 980 hatten 211 bereits bei der Aufnahme ein mittleres Risiko aufgewiesen. Von diesen 211 Patienten entwickelten 14 (6,6 %) Metastasen, d. h., dass beinahe die Hälfte der metastasierten Fälle auf diese kleinere (21,5 %) Gruppe entfiel. Die mediane Zeit bis zur Metastasierung betrug 8,9 Jahre. Eine PSA-Verdoppelungszeit von unter drei Jahren, ein Gleason Score 7 und drei und mehr positive Stanzeln bei der Biopsie waren unabhängige Prädiktoren für eine Metastasierung. Von den Patienten mit einem GS 6 entwickelten nur zwei Metastasen. Ein PSA > 10 ng/ml war nicht mit einem höheren Risiko zu Metastasierung behaftet – ein solcher PSA-Wert wird derzeit in den meisten Leitlinien als Ausschlusskriterium für AS betrachtet.

Prof. Klotz zog die folgende Schlussfolgerung: Eine Vorgehensweise, bei der alle Niedrig-Risiko- und ausgewählte Fälle mit mittlerem Risiko eingeschlossen werden, führt zu einer Mortalitätsrate von 5 % nach 15 Jahren, eine restriktive Vorgehensweise (nur Niedrig-Risiko-Fälle) dagegen zu einer Mortalitätsrate von nur 0,5 % nach 15 Jahren. Jeder bei initialer Biopsie erkannte Gleason-Grad-4-Anteil erhöht das Risiko auf eine Metastasierung. Eine Beschränkung auf Gleason-Score-6-Fälle allein hätte – unabhängig vom Umfang des Befalls – eine Mortalitätsrate von 2 % nach 15 Jahren zur Folge gehabt.

Ein höheres Krebsvolumen (mehr als zwei positive Stanzeln bei der Biopsie) erhöht das Risiko, dass auch noch unerkannte Gleason-Grad-4-Anteile vorhanden sein könnten.

Schlussfolgerung: Gleason-Grad-4-Anteile und ein Tumorstadium >T2a erhöhen zwar das Risiko,

an der Erkrankung zu versterben, aber nicht drastisch (5 % nach 15 Jahren). Ein PSA-Wert zwischen 10 und 20 ng/ml erhöht dagegen das Risiko nicht.

3. Können Folgebiopsien durch MRT-Untersuchungen ersetzt werden?

Es ist zu beobachten, dass seit der ersten Internationalen Konferenz zur Active Surveillance für das Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom im Jahr 2012 in Rotterdam die Rolle der MRT beim Management von Active-Surveillance-Patienten immer stärkeres Interesse gefunden hat. Der Grund dürfte sein, dass die Aussicht auf Folgebiopsien – die erste etwa ein halbes Jahr nach der Diagnose, weitere dann nach jeweils etwa eineinhalb Jahren – viele Männer davon abhält, sich auf das Konzept der AS einzulassen.

Prof. Lawrence Klotz, der „Vater der Active Surveillance“, zeigt sich überzeugt, dass viele der AS-Fälle mit Progress hätten vermieden werden können, wenn die (mp)MRT früher verfügbar gewesen wäre.

Die Diskussion dreht sich jetzt um die Frage, ob die Spezifität (= statistischer Begriff für die Fähigkeit eines Untersuchungsverfahrens, tatsächlich gesunde Patienten auch als gesund zu identifizieren) des multiparametrischen (mp)MRT hoch genug ist, um solche Veränderungen in den Krebsherden zu erkennen, die eine Re-Biopsie mit erneuter Gleason-Score-Bestimmung angeraten erscheinen lassen. So wurden jetzt diese noch nicht beantworteten Fragen aufgeworfen:

- Woran ist im MRT ein klinisch signifikantes PCa zu erkennen?
- Wie stellt sich der natürliche (unbeeinflusste) Krankheitsverlauf im MRT dar?
- Wie stellt sich bei einem PCa im Frühstadium eine klinisch signifikante radiologische Progression dar?

4. Kann der Umfang der Überdiagnostik beim Prostatakrebs verringert werden?

Als „überdiagnostiziert“ betrachtet man die Erkrankung, die für den Patienten zeitlebens keine klinischen Konsequenzen gehabt hätte, wäre sie nicht durch eine PSA-Messung diagnostiziert worden.

Schätzungen, wie häufig so etwas passiert, reichen von 1,7 % bis 67 %. Aus diesen Zahlen für einen individuellen Patienten irgendetwas abzuleiten, ist schwierig.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein individueller Patient von der PSA-Messung und einer anschließenden Behandlung profitiert, hängt nicht nur von den Eigenschaften des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose ab, sondern auch von den Lebensumständen des Patienten, z. B. seinem Alter und etwa bestehenden Komorbiditäten, die ohnehin die restliche Lebenserwartung einschränken können.

Allgemein glaubt man aber sagen zu können, dass die meisten Fälle einer Überdiagnose bei Männern im Alter ab 60 Jahren geschehen. Um die Überdiagnostik zu verringern, sollte vor einer Biopsie zwingend eine Risikoabschätzung vorgenommen werden, und es sollten nur Männer biopsiert werden, bei denen ein hohes Risiko auf das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung besteht. Nun ist die Charakterisierung für einen „lebensbedrohlichen“ (oder „signifikanten“) Krebs, dass ein Gleason-Grad-4-Anteil vorliegt. Dies zu wissen, setzt aber bisher eine Biopsie voraus, die man ja – wenn möglich – vermeiden will.

Hier richtet sich nun das Interesse auf die (mp)MRT, genetische Risikofaktoren und das Einbeziehen von Isoformen des PSA, wie dem freien PSA und dem -2pro-PSA. In einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse wurde gezeigt, dass mit mpMRT, verbunden mit einer MRT-kontrollierten Biopsie, verglichen mit den Ergebnissen transrektaler Ultraschalluntersuchungen (TRUS) und ultraschallkontrollierten Biopsien, eine höhere Rate signifikanter Tumoren und eine niedrigere Rate insignifikanter Tumoren detektiert wurden. Dies bedeutet, dass die mpMRT insbesondere signifikante (höhergradig aggressive) Karzinome anzeigt – eine wichtige Erkenntnis.

Man kann zwar Überdiagnostiken vermindern, beispielsweise durch die einfache Regel, niemanden überhaupt noch zu diagnostizieren (z. B. durch eine Biopsie), der aufgrund fortgeschrittenen Alters von einer etwaigen Behandlung keinerlei Nutzen, nämlich eine Verlängerung der Lebenserwartung, mehr hätte. Hierzu gehörten Männer im Alter von 75 und mehr Jahren und einem PSA-Wert von

nicht höher als 1 ng/ml. Da es aber sehr schwierig ist, ein potenziell lebensbedrohliches Prostatakarzinom sicher zu erkennen, würde es trotzdem immer ein bestimmtes Maß an Überdiagnostik geben. Der daraus eventuell entstehende Schaden lässt sich aber durch Anwenden der Behandlungsstrategie der AS verringern.

5. Anzahl und Häufigkeit von Nachbiopsien

Die Verlaufskontrolle bei Männern unter AS zielt darauf ab, die Anzeichen einer aggressiver werdenden Erkrankung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, in der Regel in Form einer „definitiven Therapie“. Wenn allerdings die Maßnahmen der Verlaufskontrolle (z. B. Wiederholungsbiopsien) die Lebensqualität des Patienten genauso verringern würden wie eine definitive Therapie, wäre für den Patienten durch die AS nichts gewonnen. Es gilt also, hier ein angemessenes Maß zu finden.

Dies betrifft insbesondere die Anzahl, Frequenz, Form der Durchführung und mit ihnen verbundenen Risiken der Re-Biopsien, die von bloßen Schmerzen bis zu lebensbedrohlichen Sepsen reichen können. Dazu sollte man vergleichen, bei wie vielen Männern eine Re-Biopsie keine Konsequenz nach sich zog und die also potenziell überflüssig war, und bei wie vielen Männern ein aggressiveres Karzinom erkannt wurde. In der Praxis zeigt sich, dass im Laufe der Zeit die Bereitschaft von Männern abnimmt, sich weiteren Re-Biopsien zu unterziehen. Auch hier richtet sich jetzt verstärktes Interesse der beteiligten Ärzte darauf, Re-Biopsien zumindest teilweise durch (mp)MRT-Untersuchungen zu ersetzen.

Bei den meisten Männern unter AS, bei denen es zu einem raschen PSA-Anstieg kommt, geschieht dies in den ersten beiden Jahren. Das Beschränken auf eine jährliche Biopsie nach dem vierten Jahr sei daher sicher.

Anmerkung des Verfassers:

In der ersten Fassung der neuen „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ von 2009 hieß es noch:

„Der Tumor soll in den ersten beiden Jahren durch PSA-Bestimmung und DRU (=digitale rektale Untersuchung) alle drei Monate kontrolliert werden. Bleibt der PSA-Wert stabil, ist 6-monatlich zu untersuchen. Biopsien sollen alle 12- bis 18 Monate vorgenommen werden.“

In der aktuellen Fassung der Leitlinie von 2014 wurde der Zeitpunkt der ersten Kontrollbiopsie auf 6 Monate verlegt. Angesichts der internationalen Diskussion bleibt abzuwarten, ob andere, weniger invasive, Diagnostiken hinzukommen werden.

6. Auslöser für eine Re-Klassifizierung des Karzinoms

Die Notwendigkeit zur Re-Klassifizierung rührt häufig von unpräziser Erstdiagnose. Zum Beispiel wird in etwa 30 % der Fälle der Gleason-Score zu niedrig angesetzt oder höhergradige Krebsherde werden bei der Biopsie verfehlt. Es kann aber auch geschehen, dass Krebszellen hin zu einem höheren Gleason-Grad mutieren (biologische Progression). Kriterien für Re-Klassifizierungen sind häufig Ergebnis einer Nachbiopsie (z. B. höhere Anzahl positiver

Stanzen, höherer prozentualer Anteil des Befalls der positiven Stanze(n), höherer Gleason-Grad als bei Erstbiopsie) oder veränderte PSA-Ableitungen (höherer PSA-Wert, niedrigerer PSA-Quotient, kürzere PSA-Verdoppelungszeit, höhere PSA-Dichte, höhere PSA-Anstiegsgeschwindigkeit). Allgemein wird dem Patienten eine „definitive“ Therapie empfohlen, wenn die Befunde nicht mehr die Einschlusskriterien für eine AS-Strategie erfüllen. Auch die (mp) MRT und erhoffte neue biologische Marker könnten künftig verstärkt für Re-Klassifizierungen herangezogen werden.

Eine Studie in Toronto zeigte, dass Patienten, bei denen es zu einer Metastasierung gekommen war, eine PSA-Verdoppelungszeit (PSAVZ) von <2 Jahren gehabt hatten. Der momentane Stand ist aber, dass es international noch keine einheitlichen Kriterien für Re-Klassifizierung und Progression gibt.

Schlussfolgerung: AS abbrechen, wenn PSAVZ unter drei Jahre fällt! Wenn PSA-Werte von vor der Diagnose bekannt sind, PSAVZ ermitteln und bei <4 Jahre besser eine AS gar nicht erst angefangen. Die Leitlinie macht hierzu keine Aussage!

Gut informierte Patienten erholen sich besser

Interessante Ergebnisse aus der Forschung: Wer mehr über seine Krebserkrankung weiß, erholt sich nach einem operativen Eingriff leichter. Komplikationen und längere Krankenhausaufenthalte können vermieden werden, wenn Patienten gut über Verhaltensweisen vor und nach einer Operation informiert sind. Das gilt besonders für ältere Patienten, wie eine Studie der Charité (gefördert von der Deutschen Krebshilfe) zum sogenannten „Patienten-Empowerment“ nun gezeigt hat.

Patienten-Empowerment unterstützt und befähigt Patienten, sich aktiv an ihrer Genesung und Rehabilitation zu beteiligen. Dies erhöht nicht nur ihre Autonomie und Mündigkeit nach einer Operation, sondern führt auch zu deutlich besseren Behandlungsergebnissen. In der Studie wurde deutlich, dass ältere Krebspatienten nach schweren Eingriffen von zusätzlicher genesungsfördernder Informa-

tion profitieren. Somit konnten die Wissenschaftler belegen, dass Patienten-Empowerment zu besseren Rehabilitationsergebnissen und damit zu mehr Lebensqualität führen kann.

Im Rahmen der Studie sind Patienten in einem Alter von über 65 Jahren, die sich einer großen Krebsoperation unterziehen mussten, in zwei Gruppen aufgeteilt worden: Die Interventionsgruppe erhielt eine Broschüre mit Informationen rund um das Verhalten an den Tagen vor und nach der Operation sowie Tipps zur aktiven Beteiligung an der Genesung. Weiterhin wurden die Patienten angehalten, über den Behandlungszeitraum ein Tagebuch zu führen. Die Kontrollgruppe bekam keine zusätzlichen Informationen. Das Ergebnis: Insbesondere hinsichtlich postoperativer Schmerzen konnten die Forscher eine verbesserte Behandlungsqualität nachweisen.

Quelle: Pressemitteilung der Charité Berlin

Gemeinsam informiert entscheiden – Patientenbeteiligung am Beispiel Prostatakarzinom

Udo Ehrmann, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., Vorstandsmitglied



© privat

Aktualisierte Zusammenfassung des Vortrags in der Deutsche Netzwerk Evidenz basierte Medizin (DNEbM Akademie 2015 - LEUCOREA Wittenberg):

Das Patientenrechtegesetz fordert auf der Ebene der individuellen Patienten und Patientinnen eine ausreichende und ausgewogene Aufklärung über Nutzen- und Risiken von medizinischen Maßnahmen, um das Recht auf die informierte Entscheidung wahrnehmen zu können.

Besonders relevant ist dies z.B. bei der Prostatakrebsfrüherkennung mit dem PSA-Test als IGeL-Leistung. Die S3-Leitlinie Prostatakarzinom empfiehlt, dass die Ärzte über die Vor- und Nachteile des Tests aufklären. Es besteht jedoch ein sog. „Vollzugsdefizit“.

Eine Stichprobe der Stiftung Warentest von 2015 bei Urologen und Allgemeinmedizinern ergab: „Kein Arzt beriet umfassend und ausgewogen. Viele boten überflüssige Tests an oder machten fachliche Fehler. Den Nutzen stellten dagegen fast alle Ärzte als zu positiv dar, die Krankheit selbst als übertrieben bedrohlich.“ Auf die Folgerisiken, wie häufig unnötige Behandlungen mit Impotenz und Inkontinenz, wiesen sie selten hin.

Etwa 40 % aller Männer im Alter ab etwa 50 Jahren sind Träger eines (meist harmlosen) Prostatumors und im hohen Alter fast alle Männer, aber nur 3% sterben daran. Solange nicht ausreichend und ausgewogen aufgeklärt wird, und der Patient nicht genügend Zeit zur Entscheidung bekommt, lassen sich Überdiagnosen bis 50% bzw.

die daraus folgenden Übertherapien nicht vermindern. Daher habe ich vor einigen Jahren www.PSA-Entscheidungshilfe.de initiiert und war an ihrer Entwicklung beteiligt. Außerdem habe ich mich als Patientenvertreter an der Erstellung der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ des DNEbM beteiligt.

Bessere Aufklärung und Patientenbeteiligung ist auch bei Behandlungsentscheidungen nötig. Obwohl die Leitlinie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom auch Aktive Überwachung (Active Surveillance) als abwartende Strategie empfiehlt, wird sie zu wenig als Alternative angeboten. Zwar ist die Zahl der Prostatektomien zurückgegangen und die Aktive Überwachung nahm etwas zu, aber es erhalten immer noch zu viele Männer eine radikale Prostatektomie, die meist erhebliche dauerhafte Nebenwirkungen zur Folge hat. Um z. B. einen Mann vor dem Prostatakrebstod zu bewahren, müssen bei mittlerem Risiko acht Männer operiert werden.

Auch auf der Ebene der kollektiven Beteiligungsrechte bedarf es einer Weiterentwicklung, wie z.B. bei den über 100 Patientenvertretern in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Als Patientenvertreter habe ich nur Beratungsrechte, aber gleichwohl war es mir möglich, Beschlüsse von G-BA-Gremien, im Interesse der Patienten zu beeinflussen. Damit mehr Patientenvertreter ihre Mitwirkungsrechte effektiv nutzen können, sollten die bisherigen Weiterbildungsangebote des G-BA vertieft werden. Nur so können Patientenvertreter

ausreichend qualifiziert werden, um annähernd in Augenhöhe mit den Experten im G-BA zu kommen. Erforderlich ist z.B. ein erweitertes Angebot an evidenzbasierten gesundheitswissenschaftlichen Kursen zur kontinuierlichen Fortbildung der Patientenvertreter. Optimal wäre z.B. die Gründung einer Patientenakademie getragen von Universitäten, G-BA, gesetzlichen Krankenkassen usw.. Durch unabhängige evidenzbasierte Patientenfortbildung könnte nicht nur die institutionelle Patientenbetei-

ligung gestärkt werden, sondern auch sonstige ehrenamtliche und angestellte Funktionsträger der Patientenverbände noch besser qualifiziert werden.

Zur Wahrnehmung ihrer Rechte brauchen die Patientenvertreter jedoch auch mehr Ressourcen. D.h. mittelfristig sollten Patientenbüros im G-BA und langfristig ein Haus der Patientenvertretung in Berlin für die Patientenvertreter und ihre Initiativen bzw. Verbände auf Bundesebene eingerichtet werden.

Verleihung Deutscher Krebshilfe Preis 2015

Von Bernd Troche, Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe NRW e.V.

Professor Dr. Fritz Schröder wurde für seine Verdienste der 20. Deutsche Krebshilfe Preis von Dr. h.c. Fritz Pleitgen feierlich verliehen. Die Teilnehmer der Feier am 19. April 2016 im Alten Rathaus von Bonn wurden vom Bürgermeister Bonns, Reinhard Limbach, sowie vom Vorsitzenden des DKH-Stiftungsrates, H.-P. Krämer, begrüßt. Die Laudatio hielt Professor Axel Semjonow, Münster.

Prof. Dr. Fritz Schröder erhielt den Preis der Deutschen Krebshilfe Stiftung für das Vorantreiben und die internationale Koordination der European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).

Als der PSA-Pionier William Catalona 1990 den PSA-Test als Screening-Test einsetzbar gemacht hatte und bereits über einen großen Fundus von Daten verfügte, traf er auf Fritz Schröder an der Erasmus-Universität in Rotterdam. Fritz Schröder war vom Nutzen des Einsatzes des PSA-Tests überzeugt, und er engagierte sich für das Zustandekommen der ERSPC-Studie, die bis heute vom Umfang, Zeitraum und Bedeutung ihresgleichen sucht. Im Jahr 2014 kam die ERSPC-Studie (162.000 teilnehmende Männer in 7 Ländern und in 13 Studienjahren) zur Schlussfolgerung, PSA-Screening senkt die Prostatakrebs-Sterblichkeit um ca. 20 %. Die Studie liefert noch keine schlüssigen Beweise

für die Einführung eines Screenings der Gesamtpopulation, die Vor- oder Nachteile eines derartigen Screenings sind noch nicht quantifiziert und eindeutige Strategien zur Vermeidung von Über- bzw. Untertherapie sind noch nicht verfügbar.

Prof. Dr. Fritz Schröder, in Kassel geboren, studierte Medizin in Hamburg und Homburg/Saar und an der University of California. Er habilitierte 1972 an der Universität Homburg/Saar, arbeitete in der Urologischen Klinik Würzburg und zuletzt von 1977 bis 2002 als Direktor der Urologischen Klinik der Erasmus Universität Rotterdam.



Prof. Dr. Fritz Schröder (rechts) und Dr. Fritz Pleitgen, © Ulrich Wienke/Deutsche Krebshilfe

Welche Therapien bei benigner Prostataerkrankung?

Von Dr. Manfred Fischer, Patientenvertreter des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. in der Arbeitsgruppe „Benignes Prostatasyndrom“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)



© privat

Während sich das Prostatakarzinom über lange Zeit ohne wesentliche Symptome entwickelt, macht sich eine gutartige Prostataveränderung sehr bald bemerkbar. Die damit verbundenen Symptome werden mit zunehmender Entwicklung deutlicher. Da die bemerkbaren Veränderungen von den betroffenen Männern oft als normale altersbedingte Erscheinung zur Kenntnis genommen werden, sind anfangs nur selten die erforderlichen Untersuchungen zur Abklärung der Ursachen üblich. Dabei sind die eigentlichen Ursachen nicht immer so einheitlich. So können Größenveränderungen der Prostata, Obstruktionen (=Verengungen oder Verstopfungen) am Harnleiter und der Blase oder nur symptomatische Veränderungen sich bemerkbar machen. Diese drei Gebiete stehen oft in einem engen Zusammenhang, so dass der neuerdings genutzte Erkrankungsbegriff „Benignes Prostatasyndrom (BPS)“ die tatsächlichen Verhältnisse besser charakterisiert als es der früher meist genutzte Begriff „Hyperplasie“ (BPH) konnte. Sowohl Hyperplasie als auch Symptome des Unteren Harntraktes (LUTS) decken nur ein Teilgebiet der Veränderungen ab.

Im frühen Stadium wird zunächst auffallen, dass nächtliches Wasserlassen immer häufiger erforderlich wird. Während man einen zweimaligen Toilettengang noch als normal ansehen kann, sind darüber hinausgehende Häufigkeiten erste Indizien für eine solche Entwicklung.

Beunruhigende Gedanken sind aber trotzdem nicht angebracht. Schließlich stehen heute jeder-

zeit viele Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die auch bei fortschreitender Entwicklung mit kurativer Zielstellung zum Einsatz kommen können. Es ist wichtig zu wissen, dass bisher keine Zusammenhänge zwischen der Entwicklung von BPS und eines Prostatakarzinoms nachgewiesen werden konnten. Beide Erkrankungen entwickeln sich offensichtlich unabhängig voneinander. Zunächst wird der Betroffene sich aber auf die neue Situation einzustellen versuchen, nicht nur nachts, sondern auch tagsüber. Es wird zunehmend zur Routine, den Tagesablauf unter Berücksichtigung der Möglichkeiten zu planen, jederzeit oder rechtzeitig in der Nähe eine Toilette zu finden. Auswirkungen auf die Ausübung von Hobbies und sogar die Partnerschaft sind nicht selten. Mitunter wird von Betroffenen versucht, die Probleme vor der Familie möglichst zu verbergen.

Überall angebotene frei verkäufliche pflanzliche Nahrungsergänzungsmittel und phytotherapeutische Präparate können hier auch längere Zeit eine gewisse Verbesserung bewirken. Sie vermindern allerdings nur die Symptome, beeinflussen oder beseitigen aber nicht die Ursachen. Wegen des nicht nachgewiesenen Nutzens werden die Kosten nicht durch die Kassen übernommen. Von stärkerer Wirkung sind dann aber die verschreibungspflichtigen Medikamente, die nach entsprechender fachärztlicher Untersuchung zur Anwendung kommen können. Sie basieren auf alpha-Blockern, 5-alpha-Reduktasehemmern bzw. deren Kombination auch mit anderen Komponenten. Über die

damit erzielten Untersuchungen liegen umfangreiche Studien mit differenzierten Ergebnissen vor. Im Allgemeinen wird der Progressionsfortschritt verlangsamt und die Lebensqualität damit verbessert. Es muss aber auch mit negativen Nebenwirkungen gerechnet werden. Deshalb bedarf es einer ausreichenden ärztlichen Belehrung, dass sich einerseits Harndrang und andererseits auch steigendes Restharnvolumen entwickeln kann. Letzteres tritt insbesondere bei obstruktiven Veränderungen am Blasenaustritt auf. Restharn bewirkt bekanntlich stets ein erhöhtes Risiko für weitere Komplikationen, z.B. auch Prostatitis oder andere Harnwegsinfekte. Schließlich kann es bei unzureichender Behandlung zu totalem Harnverhalt mit der Notwendigkeit des Einsatzes eines Katheters oder eines operativen Eingriffs kommen.

Unter Berücksichtigung des bisherigen Erkrankungsverlaufs, des Alters des Betroffenen und seiner weiteren Erkrankungen ist nun eine Entscheidung über die Therapiefortführung zu treffen, die dann den instrumentellen und operativen Bereich einschließen muss. Hierfür stehen inzwischen viele Behandlungsmöglichkeiten in den Kliniken und Praxen zur Verfügung. Jedoch ist nicht in jedem Fall und bei jeder Behandlungsmethode der gewünschte Erfolg zu erwarten. Außer der Therapieauswahl kommt der Qualität der Ausführung, dem Grad der Beherrschung des Verfahrens durch den Facharzt eine hohe Bedeutung zu. Für die weitere Therapie stellt in Deutschland die S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie die wichtigste Grundlage dar. Sie berücksichtigt die aktuellen Erkenntnisse und Erfahrungen der Wissenschaftler und Fachärzte Deutschlands sowie auch der internationalen Fachwelt und sollte Richtlinie für die Therapie des BPS sein. Die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) wird darin als bewährte Standardtherapie herausgestellt. Die Langzeiteffektivität und recht universelle Anwendbarkeit sind bewiesen. Alle tätigen Operateure der Urologie müssen zur Anwendung dieses Verfahrens qualifiziert sein.

In den vergangenen Jahren wurden immer wieder aufgrund wissenschaftlich-technischer Entwick-

lungen neue Verfahren und Methoden bekannt. Damit wird das Ziel verfolgt, einige Nachteile der TUR-P zu vermeiden und dabei mindestens gleichwertige Behandlungsergebnisse zu erzielen. Diese Nachteile sind für die Patienten wichtig und beziehen sich insbesondere auf die Krankenhaus-Aufenthaltsdauer, Nachblutungen, Katheter-Tragedauer und das Risiko des TUR-P-Syndroms. Demgegenüber liegen für fast alle neuen Methoden nur unzureichende Erkenntnisse über die Langzeiteffektivität vor. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat deshalb alle nationalen und internationalen Studien und sonstigen Informationen erfasst und hinsichtlich der Relevanz für eine Entscheidungsfindung analysiert. Damit konnte bereits 2010 nach umfangreichen Beratungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem Beschluss zu „Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms“ über die Kostenübernahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen entschieden werden. Bei folgenden Verfahren konnte bisher keine ausreichende Effektivität nachgewiesen werden:

- interstitielle Laserkoagulation (ILK),
- Holmium Laser Ablation der Prostata (HoLAP),
- Holmium Laser Blasenhalssinzision (HoBNI),
- transurethrale Nadelablation (TUNA),
- Hybrid-Laser-Therapie,
- hoch-intensivierte fokussierte Ultraschalltherapie des BPS (HIFU),
- wasserinduzierte Thermotherapie (WIT),
- Thulium Laser Ablation sowie
- transurethrale Äthanolablation der Prostata (TEAP).

Dadurch können diese Verfahren nicht zu Lasten der gesetzlichen Kassen angewendet werden. Das liegt auch im Interesse der Patienten, denn das Nutzendefizit stellt einen erheblichen Mangel und ein Behandlungsrisiko für die Patienten dar.

Für die folgenden Verfahren wurde die Evidenz nachgewiesen und damit die Aufnahme in den Leistungskatalog der Kassen bestätigt:

- TUR-P,
- offene Adenomenukleation,
- transurethrale Elektrovaporisation (TUEVRP),
- transurethrale Inzision der Prostata (TUIP),
- Holmium Laserresektion der Prostata (HoLRP) und
- Holmium Laser Eukleation der Prostata (HoLEP).

Einige neue Verfahren werden bereits erfolgreich angewendet, ihre Effektivität ist jedoch nur unzureichend durch qualifizierte Studienergebnisse bewiesen. Da die bisherigen Erfahrungen positiv sind und dazu in absehbarer Zeit solche Erkenntnisse erwartet werden, konnte zunächst die Aussetzung der Entscheidung bis zum Jahresende 2016 beschlossen werden. Das betrifft:

- Kontaktlaserablation der Prostata (CLAP),
- visuelle Laserablation der Prostata (VLAP),
- Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP, Greenlightlaser),
- Thulium Laser Resektion (TmLRP),
- Thulium Laser Eukleation sowie
- transurethrale Mikrowellen-Thermotherapie der Prostata (TUMT).

Diese Verfahren können trotzdem weiterhin als Kassenleistung in Verbindung mit speziellen Maßnahmen zur Qualitätssicherung erbracht werden.

Inzwischen wurde erkannt, dass sich die Studiensituation speziell zur PVP- und Thuliumlaser-Behandlung erfreulich geändert hat, so dass die vorzeitige Wiederaufnahme des Bewertungsverfahrens beim G-BA gerechtfertigt ist und auch beschlossen wurde. Die Effektivität dieser beiden Laserverfahren entspricht etwa derjenigen der TUR-P oder der Holmium-Laser. Im Vergleich zur TUR-P sind insbesondere folgende Merkmale für die Patienten relevant: ein kürzerer Krankenhaus-Aufenthalt, eine kürzere Katheter-Tragedauer, keine Unterbrechung der Antikoagulation bei betreffenden Patienten, geringerer Blutverlust, Anwendung auch bei Hoch-

risikopatienten, kürzere Anlernzeit des Operateurs.

Diese Entscheidung wird auch von der Patientenvertretung sehr begrüßt, denn damit wird unserer Auffassung entsprochen, dass diese Verfahren für Patienten tatsächlich einen wesentlichen Nutzen gewährleisten und zum Leistungsumfang der Kassen zählen sollen. Eine weitere Verzögerung bei der Entscheidungsfindung hätte auch Nachteile für Kliniken, die vor Investitionsentscheidungen stehen und entsprechende Sicherheiten benötigen.

Dabei zeichnen sich drei Lasertypen jeweils noch durch spezifische Merkmale aus, die in der Hand des geschulten Operateurs spezielle Vorteile ermöglichen. Während die Holmiumlaser noch eine gepulste Operation ausführen, wird mit dem PVP-Laser eine kontinuierliche Vaporisation des Gewebes erzielt. Gewebeteile stehen dadurch für eine nachträgliche Untersuchung allerdings nicht zur Verfügung. Mit dem Thulium-Laser wird ein kontinuierliches Schneiden möglich, wobei entsprechend den Erfordernissen sowohl reseziert, teilweise vaporisiert als auch insgesamt die Prostata enukleiert werden kann. Studien zur Wirtschaftlichkeit im Vergleich zum Standardverfahren TUR-P sind noch nicht bekannt geworden. Obwohl die Operationszeit bei Einsatz der Laser etwas länger ausfällt, kann jedoch wegen der Verkürzung der anderen genannten Behandlungszeiten ein Kostenvorteil erwartet werden. Das wird umso mehr für den Thulium-Laser gelten, da hierbei die Laserfaser mehrfach genutzt werden kann.

Obwohl es sich abzeichnet, dass die langfristigen Effekte der Laserbehandlungen sich wahrscheinlich nicht wesentlich von denen der Standardbehandlung unterscheiden werden, sind für die betroffenen Patienten die oben genannten Vorteile bei den Behandlungszeiten von besonderer Bedeutung. Die Patientenvertretung des BPS beim G-BA wird sich daher für die baldige Aufnahme der neuen Verfahren in den Leistungskatalog der Krankenkassen und damit für eine breitere Anwendung einsetzen.

Aktuelle Gleason-Score-Befunde kennen und verstehen

Von Thore Thiesler, Prof. Dr. med. Glen Kristiansen, Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Bonn und Josef Dietz, BPS e. V.

Die Aggressivität eines Tumors nach seiner Diagnose richtig einzuschätzen ist eine wichtige Aufgabe der Pathologen, um die weitere Therapieplanung zu ermöglichen. Die Abschätzung der Aggressivität durch Bewertung von mikroskopisch sichtbaren Kriterien der Architektur von Geweben und Zellen durch den Pathologen wird als Tumordegradierung bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für die meisten Tumoren eine Aufteilung zur Bewertung der Aggressivität (u.a. der Wachstumsgeschwindigkeit) eingeführt, welches gut differenzierte (sogenannte G1) mit niedriger, mittelgradig differenzierte (sogenannte G2) mit mittlerer und wenig differenzierte (sogenannte

G3) mit hoher Malignität (Bösartigkeit) unterscheidet.

Geschichte und Beschreibung des Gleason-Gradings

Gegen Mitte der sechziger Jahre wurde durch Donald Gleason ein relativ einfaches Gradierungssystem geschaffen, welches bewusst die Vielgestaltigkeit dieses Tumors berücksichtigt. In einer Handskizze beschrieb er die Übergänge der Tumorentdifferenzierung, von hochdifferenzierten, reifen und daher biologisch vermutlich harmloseren Tumordrüsen bis hin zu sehr aggressiven, entdifferenzierten Tumorteilen. Er teilte die Strukturänderungen in fünf Stufen ein, die er als Gleasonmuster bezeichnete. Seine Idee

war, dass sich jeder Tumor durch Kombination des häufigsten und des zweithäufigsten Musters bewerten lasse, diese Summe wird als Gleason-Score bezeichnet. Die arithmetische Darstellung Gleason-Muster 1 + 2 bedeutet, dass in diesem Tumor das Gleason-Muster 1 am häufigsten ist



Thore Thiesler, © privat



Prof. Dr. Glen Kristiansen, © Uniklinik Bonn



Josef Dietz, © privat

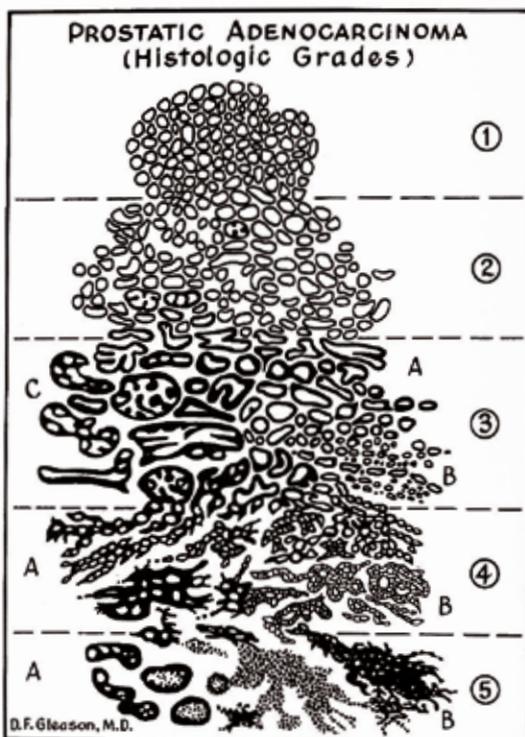
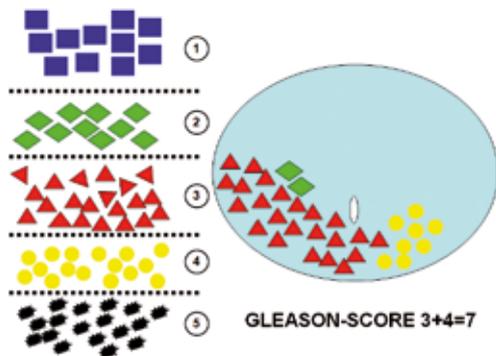


Figure 11-1. Histologic patterns of prostatic adenocarcinoma. Standardized drawing for Gleason grading system. (From Gleason DF: Classification of prostatic carcinoma. Cancer Chemother Rev 50:125-128, 1966.)

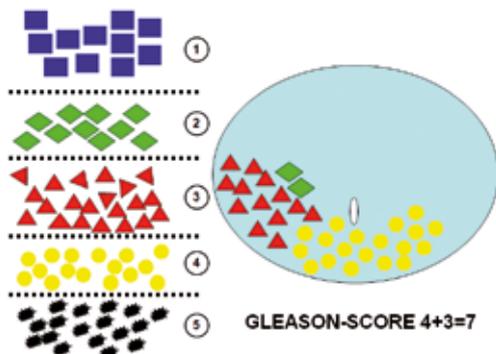
und das Muster 2 am zweithäufigsten. Es zeigte sich schnell, dass dieses sogenannte Gleason-Grading eine starke prognostische Kraft hat und es setzte sich dann ab den achtziger Jahren zunächst in den USA, später auch in Europa immer weiter durch, bis die Weltgesundheitsorganisation (WHO) es im Jahre 2004 zum globalen Standard erklärte. Die weltweit einheitliche Anwendung eines Gradierungssystems ist für die Durchführung und Bewertung von Studien zur Therapie und somit für den medizinischen Fortschritt eine Grundvoraussetzung.

Beispiele der Anwendung des Gleason-Gradings

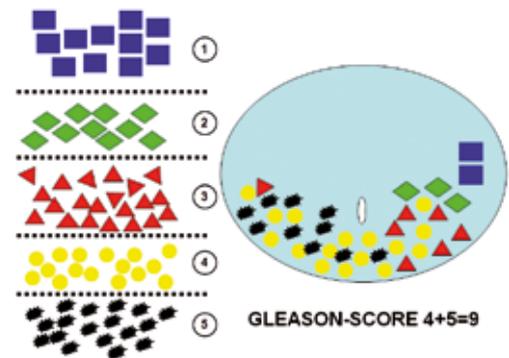
In dieser schematischen Skizze eines Prostataquerschnittes sehen wir, dass der Tumor überwiegend aus roten Dreiecken besteht und am zweithäufigsten aus gelben Kreisen (siehe Legende links), daraus resultiert ein Gleason-Score von 3+4=7.



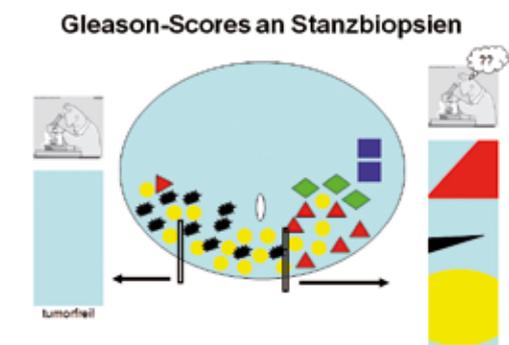
Überwiegt hingegen die aggressive Tumorkomponente des Gleason-Musters 4, wird diese in der Formel vorangestellt, auch wenn die Summe gleich bleibt. In Deutschland wird der Gleason-Score 3+4 gerne als 7a vom Gleason-Score 4+3=7b abgegrenzt.



Dieses Beispiel illustriert die häufige Vielgestaltigkeit (auch Heterogenität genannt), bei der die Tumormuster keinesfalls räumlich geordnet voneinander getrennt sind, sondern recht bunt durcheinander gemischt vorliegen können. Auch zeigen sich kleinere Anteile besser differenzierter Muster, die aber dennoch bisher nicht in die Gradierung eingingen.

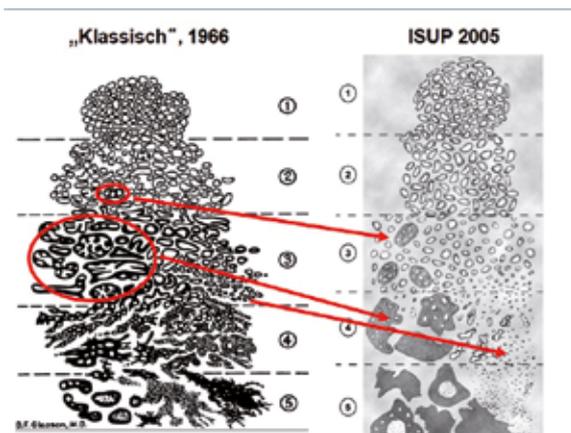


Diese Tumorerheterogenität erklärt auch die Probleme, einen Tumor anhand von Stanzbiopsien repräsentativ zu bewerten (sogenannter „sampling bias“). Dabei kann es beispielsweise zu fälschlich Tumor-negativen Biopsien (links im Bild) kommen. Auch erlauben sehr kleine Anteile der erfassten Tumoren möglicherweise nicht, nach dem klassischen Schema von Donald Gleason eingeordnet zu werden, da dieses an größeren Resektaten und nicht an Stanzbiopsien etabliert wurden. Auch sehr kleinherdig erfasste entdifferenzierte Tumorteile können im gesamten Organ einen deutlich größeren Raum annehmen, als die Biopsie andeutet. Daher ist es möglich, dass nach einer Entnahme der Prostata durch Operation (Prostatektomie) es zu höheren Gleason-Scores kommen kann, als in der Biopsie angenommen.



Aktualisierung des Gleason-Gradings nach ISUP 2005

Seit der Einführung des Gleason-Scores 1966 hat sich in der Versorgung von Prostatakarzinompatienten sehr viel entwickelt. Mit der Verbreitung der diagnostischen Stanzbiopsie musste der Gleason-Score auf diese kleinen Gewebeproben adaptiert werden.



Dazu hielt die Internationale Gesellschaft für Urothologie (ISUP) im Jahr 2005 eine Konsensuskonferenz ab, in der die gängige Praxis als zusammenfassende Empfehlung formuliert wurde. Die wesentlichen Veränderungen sind in obiger Skizze erläutert. Das Grundprinzip einer Gradierung der Tumorentdifferenzierung in fünf Muster wurde beibehalten. Allerdings gibt es einige Verschiebungen innerhalb dieser Gruppen, die dem mittlerweile erfolgten Erkenntnisgewinn Rechnung tragen. So werden jetzt kleinere kribriiforme (lateinisch = siebförmige) Tumoranteile in das Gleason-Muster 3 eingeordnet, während hingegen grössere (und dies sind die allermeisten) kribriiforme Tumoranteile dem Gleason-Muster 4 zugeordnet wurden. Auch sogenannte schlecht geformte, aber noch als drüsig erkennbare Tumoranteile, die bislang im Gleason-Muster 3 dargestellt waren, wurden in das Gleason-Muster 4 verschoben. Es wurde auch festgelegt, dass in Stanzbiopsien die erforderlichen Kriterien für die Diagnose eines Gleason-Musters 1 oder 2 nicht beurteilbar sind und daher dafür ein Gleason-Muster 3 diagnostiziert werden soll. Dies bedeutet, dass nach ISUP 2005 der am bes-

ten differenzierte diagnostizierbare Tumor in der Stanzbiopsie mit einem Gleason-Score von $3+3=6$ bezeichnet wird. Auch bei der Bewertung kleiner, aber aggressiver Tumoranteile in der Stanzbiopsie gibt es Unterschiede. Das traditionelle Gleason-Grading beschränkte sich auf das Erst- und das Zweitmuster. Später wurden auch kleine, aber hochgradige Anteile als sogenanntes Drittmuster in die Diagnose eingeführt. So heißt zum Beispiel ein Gleason-Score von $3+4=7$ (5), dass hier ein drittes Gleason-Muster 5 als untergeordnete Komponente vorliegt. Bei der ISUP-Konsensuskonferenz 2005 wurde festgelegt, dass bei Vorliegen dreier unterschiedlicher Muster das führende und das aggressivste Muster kombiniert werden soll und somit hier ein Gleason-Score von $3+5=8$ resultiert. Ein anderes Beispiel: Es liegen vor: 50% Gleasonmuster 4, 40% Gleasonmuster 3 und 10% Gleasonmuster 5. Daraus resultiert ein klassischer Gleason-Score von $4+3=7$ (5), oder aber nach ISUP 2005 ein Gleason-Score von $4+5=9$.

Aktualisierung des Gleason-Gradings nach ISUP 2014

In den letzten zehn Jahren wurde offenbar, dass es einer weiteren Spezifizierung und Modifikation des Gradings bedarf. Diese Punkte wurden in der zweiten Konsensuskonferenz zur Modifikation des Gleason-Gradings von der ISUP am 1. November 2014 in Chicago erörtert. Dazu gehört u.a. die Etablierung eines neuen, fünfstufigen prognostischen Gruppensystems für das Adenokarzinom der Prostata (s. Tabelle S. 16).

Die ISUP Empfehlung 2014 geht auch in die neue WHO-Empfehlung ein, die Anfang 2016 veröffentlicht werden wird.

Was muss ich als Patient bei der Beurteilung meines Gleason-Scores beachten?

Wie bereits angesprochen gibt es einen unvermeidbaren Biopsiefehler (sampling-bias). Nach bisheriger Datenlage aufgrund konventioneller Biopsieserien wird die reale Tumoraggressivität in circa 20-30% der Fälle unterschätzt, weil die aggressiveren Tumoranteile nicht in der Stanze erfasst wurden.

Prognosegruppe	Gleason-Score	Bemerkungen
Prognosegruppe 1	Gleason-Score 2-6	exzellente Prognose, praktisch nie Metastasen
Prognosegruppe 2	Gleason-Score 3+4=7a	sehr gute Prognose, selten Metastasen
Prognosegruppe 3	Gleason-Score 4+3=7b	mäßig gute Prognose, bessere Abgrenzung von Gruppe 2
Prognosegruppe 4	Gleason-Score 8	bessere Prognose als die alte Gruppierung 8-10
Prognosegruppe 5	Gleason-Score 9-10	ernste Prognose

Da der Gleason-Score kein automatisierter Laborwert ist, sondern letztlich das Produkt menschlicher Bilderkennung darstellt, gibt es auch hier notwendigerweise kleinere Unterschiede in der Bewertung durch unterschiedliche Untersucher (sogenannte Interobserver-Variabilität). Dies kann therapierelevante Konsequenzen haben. Sofern eine besondere Diagnosesicherheit gewünscht ist, beispielsweise vor einer Entscheidung für eine abwartende Therapiestrategie (sogenannte „active surveillance“) kann eine Zweitbegutachtung erwogen werden.

Autoren:

Thore Thiesler, Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Bonn; Prof. Dr. med. Glen Kristiansen, Direktor des Institutes für Pathologie, Universitätsklinikum Bonn; Josef Dietz, stellv. Vorstand im Landesverband Baden-Württemberg, Arbeitskreis: Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe

Literatur

- S1 – Leitlinie Prostatakarzinom
- Anleitung Prostatakarzinom zur pathologisch-anatomischen Diagnostik von Prostatatumoren - aktualisierte Version 3.0, Stand: Mai 2014 - Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. und Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V.
- S3-Leitlinie Prostatakarzinom zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms – aktualisierte Version 3.1, Stand: Oktober 2014 – Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU).
- Epstein JI, Allsbrook WC, Amin MB, Egevad L and the ISUP grading committee (2005) The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on Gleason Grading of prostatic carcinoma. Am J Surg Pathol 29: 1228–1249.
- Epstein JI, Egevad L, Amin MB, Delahunt B, Srigley JR, Humphrey PA And the Grading Committee. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System, submitted.

Krebs und Ernährung

Von Dr. Verena A. Katzke & Prof. Dr. Rudolf Kaaks,
Deutsches Krebsforschungszentrum, Epidemiologie von Krebserkrankungen

Können wir unser persönliches Krebsrisiko durch eine „richtige“ oder „falsche“ Ernährung beeinflussen? Nicht nur der normale Mensch stellt sich diese und ähnliche Fragen. Wissenschaftler haben sich die letzten Jahrzehnte intensiv mit dieser Fragestellung beschäftigt, eine große Zahl von Studien ins Leben gerufen und unzählige wissenschaftliche Fachartikel darüber verfasst. Dabei wurde klar, dass die Erhebung von Ernährungsdaten eine herausfordernde, mitunter schwierige Aufgabe war und ist, wie auch vor einiger Zeit in der Ärzte Zeitung online dargestellt (28.01.2014). So zeigten zum Beispiel retrospektive Fall-Kontroll-Studien der früheren Jahre, dass ein Verzehr von mindestens 600 g Obst und Gemüse am Tag das Risiko für eine Vielzahl von Krebsentitäten senkt. Bei dieser Art von Studie werden Krebspatienten und gesunde Kontrollpersonen zu ihrem zumeist ein Jahr zurückliegenden Ernährungsverhalten befragt. Die Herausforderung bei Fall-Kontroll-Studien liegt darin, dass sich Erkrankte anders an vergangenes Verhalten erinnern als Gesunde, wodurch eine Verzerrung der wahren Umstände stattfindet. In neueren prospektiven Kohortenstudien werden gesunde Teilnehmer zu ihrem Verhalten befragt und Krebserkrankungen treten erst im Studienverlauf auf. Hier zeigt sich ein differenziertes Bild davon, wie das Ernährungsverhalten das Krebsrisiko beeinflussen kann, vor allem in Bezug auf den protektiven Effekt von hohem Obst- und Gemüseverzehr.

Eine der größten Kohortenstudien weltweit und die größte in Europa ist die EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), an der mehr als 500.000 ursprünglich gesunde Personen aus zehn europäischen Ländern teilnehmen. Zu Beginn wurden diese nach ihrem Lebensstil und ihrem Gesundheitszustand befragt,

ihre Körpermaße erhoben sowie Blut entnommen. Nach heute etwa 20 Jahren Nachbeobachtung sind eine große Zahl von Krebs und anderen chronischen Erkrankungen aufgetreten. Daraufhin konnte wissenschaftlich untersucht werden, inwieweit diese Erkrankungen mit Risiko- und Schutzfaktoren verknüpft sind.

Eine Übersicht der wichtigsten Ergebnisse und Hintergründe der Studie gibt die folgende Homepage: <http://epic.iarc.fr/index.php>. Die beiden deutschen EPIC-Zentren befinden sich in Potsdam am Deutschen Institut für Ernährungsforschung – DIfE (<http://www.dife.de/de/forschung/projekte/epic.php>) sowie in Heidelberg am Deutschen Krebsforschungszentrum – DKFZ (<http://www.epic-heidelberg.de>). In der EPIC-Studie wurde, wie in vergleichbaren Studien, ein eher schwacher protektiver Effekt von hohem Obst- und Gemüseverzehr (200 g mehr als die Vergleichsgruppe) auf Krebs allgemein festgestellt, wohingegen einzelne Stoffklassen wie Vitamine oder Ballaststoffe deutliche Effekte auf ausgewählte Krebsentitäten haben.

Im Jahre 2007 publizierte der World Cancer Research Fund (WCRF) zusammen mit dem American Institute for Cancer Research (AICR) einen anerkannten Bericht zum Thema „Ernährung, körperliche Aktivität und Krebsprävention: Eine globale Perspektive“. Zusätzlich wird jährlich eine Krebsentität herausgegriffen und eine aktualisierte Zusam-



Dr. Verena A. Katzke, © privat



Prof. Dr. Rudolf Kaaks, © dkfz

menstellung der dazu gehörigen Datenlage veröffentlicht (sogenanntes Continuous Update Project, CUP). Dies war 2014 Prostatakrebs. In den WCRF-Bericht flossen auch die Ergebnisse der EPIC-Studie ein. Das Kernstück dieses Meisterwerkes beschreibt Ziele für die Gesundheit der Bevölkerung und spricht Empfehlungen zur Krebsprävention auf persönlicher Ebene aus. Im Folgenden werden einzelne Lebensmittelgruppen und der mögliche Einfluss auf das Risiko einer Krebserkrankung in Anlehnung an dieses Standardwerk vorgestellt. Eine Übersichtstabelle dazu befindet sich im Anschluss (Tabelle 1).

Obst und Gemüse

Die aktuellen Erkenntnisse zeigen, dass ein hoher Obst- und Gemüseverzehr das Risiko für Mund-, Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Magenkrebs senkt. Zudem vermindert ein hoher Obstkonsum zusätzlich das Risiko für Lungenkrebs. Neben dem Gesamtverzehr von Obst oder Gemüse, gibt es eine Vielzahl an Untersuchungen zu einzelnen Inhaltsstoffen von Lebensmitteln. Vor allem natürlich enthaltenes Folat, Carotinoide, Lycopin,

Vitamin C und Selen senken das Risiko für einzelne Krebsentitäten. Selen- oder lycopinreichen Lebensmitteln wurde lange eine schützende Wirkung in Bezug auf das Prostatakrebsrisiko zugesprochen. Diese wurde allerdings kürzlich vom WCRF revidiert, ein Zusammenhang ist weniger wahrscheinlich. Eine weitere Stoffklasse, der schon länger protektive Wirkungen in Bezug auf Kardiovaskuläre Erkrankungen als auch Krebs zugesprochen wurde, sind die Ballaststoffe. Auch in der EPIC-Studie senkt ein hoher Verzehr von ballaststoffreichen Lebensmitteln das Risiko an Darmkrebs zu erkranken.

Milch- und Milchprodukte

Was Darmkrebs betrifft, so ist es auch wahrscheinlich, dass ein hoher Milchkonsum das Risiko absenkt. Für andere Krebsentitäten gibt es keine gesicherten Zusammenhänge zwischen diesen und Milch- und Milchprodukten oder auch Kalzium. Der ursprüngliche Verdacht, dass eine Ernährungsweise mit viel natürlichem oder angereichertem Kalzium – über 1,5 g pro Tag – das Prostatakrebsrisiko vermutlich ansteigen lässt, wurde erst kürzlich als begrenzt eingestuft.

	Alkohol	rotes Fleisch	verarbeitetes Fleisch	Ballaststoffe	Gemüse	Obst
Mund, Rachen, Kehlkopf	↑↑				↓↓↓	↓↓↓
Nasen-Rachen-Raum					↓	↓
Speiseröhre	↑↑↑	↑	↑	↓	↓↓↓	↓↓↓
Lunge		↑	↑		↓	↓↓↓
Magen			↑		↓↓↓	↓↓↓
Pankreas	↑	↑	↑			
Leber	↑↑↑					
Kolorektum	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↓↓↓	↓	↓
Brust	↑↑↑					
Gebärmutter						
Prostata						

↑/↓ = begrenzt, vermutlich erhöhtes/verringertes Risiko
 ↑↑/↓↓ = wahrscheinlich erhöhtes/verringertes Risiko
 ↑↑↑/↓↓↓ = überzeugend erhöhtes/verringertes Risiko

Tabelle 1. Übersicht des Zusammenhangs von Ernährung und Krebsrisiko, modifiziert nach dem WCRF/AICR Bericht [3]

Fleisch, verarbeitetes Fleisch, Fisch

Rotes und verarbeitetes Fleisch stehen schon länger im Verdacht in hohen Verzehrsmengen das Risiko für Krebs zu erhöhen. Dies hat für Darmkrebs eine Vielzahl von Studien einschließlich der EPIC-Studie gezeigt, während ein hoher Fischverzehr das Gegenteil bewirkt und das Risiko an Darmkrebs zu erkranken senkt. Für andere Krebsentitäten wie Speiseröhre, Lunge, oder Bauchspeicheldrüse ist die Datenlage weniger klar, Studien deuten aber ebenfalls auf einen risikoerhöhenden Einfluss hin. Erst kürzlich ordnete ein Expertengremium der Internationalen Behörde für Krebsforschung (IARC) verarbeitetes Fleisch als karzinogen (Gruppe 1) und Fleisch als wahrscheinlich karzinogen (Gruppe 2A) ein. IARC bezog sich dabei auf eine unendliche Vielzahl von Humanstudien, die eindeutige Beweise für Ihre neue Klassifizierung lieferten.

Alkohol

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts war der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Krebsrisiko bekannt und eine große Zahl von Studien hat dazu geführt, dass Alkohol schon 1988 von IARC als karzinogene Substanz eingestuft wurde. Der Zusammenhang zwischen hohem Alkoholkonsum und Mund-, Hals-, Rachen-, Speiseröhren-, Leber-, Darm- und Brustkrebs ist ausreichend belegt und wurde vom WCRF als überzeugend eingeschätzt.

Prostatakrebs

Die Ernährung scheint keine überragende Rolle auf das Prostatakrebsrisiko zu haben. Nur eine kalziumreiche Ernährung sowie Milch und Milchprodukte erhöhen vermutlich das Prostatakrebsrisiko. Vermutlich, da es bis dato entweder nicht ausreichend Studien dazu gibt oder die Aussagen der einzelnen Studien inkonsistent sind. Im Gegensatz zur Ernährung haben Körpermaße einen überzeugenden Einfluss auf das Risiko an Prostatakrebs zu erkranken. So erhöht sich das Risiko mit der Kör-

pergröße und bei fortgeschrittenem Prostatakrebs auch mit dem zunehmenden Umfang an Körperfett.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Im WCRF/AICR Bericht aus dem Jahre 2007 werden folgende Empfehlungen zur Krebsprävention ausgesprochen: Reduzierung der Körperfettmasse, tägliche körperliche Aktivität, begrenzter Konsum von energiedichten Lebensmitteln, von rotem und verarbeitetem Fleisch, von alkoholischen Getränken und von Salz, überwiegender Verzehr von pflanzlichen Lebensmitteln, Vermeidung von Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Empfehlung zu stillen.

Hierbei wird deutlich, dass jeder täglich dazu beitragen kann, sein persönliches Krebsrisiko zu senken. Wobei aber auch klar ist, dass nicht jede Form von Krebs vermeidbar ist, da manche Krebsarten auch genetische Ursachen haben. Heute weiß man allerdings, dass die Zahl erblich bedingter Krebsfälle bei etwa 5% liegt. Zudem zeigen Migrationsstudien, dass Menschen nach Migration innerhalb weniger Generationen gleich häufig eine Krebserkrankung bekommen wie die Menschen, die in dieser Umgebung schon Generationen leben. Diese Veränderung ist nicht durch Vererbung, sprich die Genetik, erklärbar, sondern durch Veränderungen im Lebensstil. Letztendlich spielt also die Lebensführung eine entscheidende Rolle in der Krebsentstehung. Hier ist jeder Einzelne gefragt, die vom WCRF und dem AICR ausgesprochenen Empfehlungen zu beherzigen und langfristig umzusetzen.

Autoren

Dr. Verena Katzke & Prof. Dr. Rudolf Kaaks
Deutsches Krebsforschungszentrum
Epidemiologie von Krebserkrankungen
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Herzlich Willkommen im BPS

Wir begrüßen herzlich die neu aufgenommenen Gruppen, Regional- und Landesverbände (seit Januar 2016):

Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e.V.

Helmut A. Kurtz, An de Schöppstee 2, 29614 Soltau, Tel. 05191-12076, E-Mail: h.a.kurtz@t-online.de

SHG Prostatakrebs Limburg-Weiburg

Paul Heimerl, Mittelstr. 30, 65589 Hadamar-Oberzeuzheim, Tel. 06433-3777, E-Mail: info@pca-shg-lm.de

Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Niedersachsen/Bremen gegründet

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen & Bremen

Am 11. November 2015 wurde in Niedersachsen der neue Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Niedersachsen/Bremen gegründet. Die Gründungsversammlung bestand aus Mitgliedern des Regionalverbands NordWest und der Überregionalen Koordinierungsgruppe Süd Niedersachsen. Als 1. Vorsitzender wurde Helmut A. Kurtz und als Stellvertreter wurden Wolfgang Fink und Werner Deppe gewählt. Der neue Vorstand traf sich am 4. Februar 2016 in Wildeshausen zu seinem ersten Treffen, um die weiteren Aktivitäten des Verbands zu besprechen. Als Gast war Nicola Horn-dasch eingeladen, die für ihr Engagement bei der Gründung und Übernahme vieler administrativer Aufgaben mit einer Urkunde ausgezeichnet wurde.



Neuer Vorstand (von links): Werner Deppe, Helmut A. Kurtz, Klaus Schindler, Heinz-Wolfgang Jürgensen, Wolfgang Fink, Peter Otto, Ulf Lümekemann, in der Mitte: Nicola Horn-dasch, © H. A. Kurtz

Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (RNBPS)

Von Christel Prüßner, Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Der Vorstand des RNBPS trat im Februar 2016 in Oschatz zusammen. Der Vorsitzende Rüdiger Bolze hatte für die knapp bemessene Zeit eine stramme Tagesordnung vorbereitet. Allein das vorausgehende Treffen aller Gruppenleiter (im Oktober 2015, in Luckenwalde) hatte viele Aufgaben mit

sich gebracht. Eine Besonderheit dieses Regionalverbandes ist das Zusammenfinden von Selbsthilfegruppen aus sechs Bundesländern unter einem Dach. Das heißt nicht selten für den Vorstand, mit sechs verschiedenen Adressaten im Gesundheits- und Sozialsystem zu verhandeln. Die Verbands-



Der RNBPS-Vorstand (von links): Rüdiger Bolze, Gerhard Oehmichen, Dr. Klaus Wand, Günter Model, Christel Prüßner, Klaus Höhne, © C. Prüßner

Homepage wurde neu und schlichter gestaltet, ein neues Logo vorbereitet, das dem besonderen Charakter des RNBPS gerecht wird. Als Herausforderung stellt sich der geplante Patiententag am 8. Oktober 2016 in Rheinsberg dar. Dabei wurde

deutlich, welche Besonderheiten in den eher dünn besiedelten Gebieten der nordöstlichen Bundesländer zu berücksichtigen sind. Neu in die Arbeit des Vorstandes wurde Christel Prüßner eingebunden, um die Öffentlichkeitsarbeit besser abzudecken.

Landesverband Hessen tagte an der Bergstraße

Von Dieter Schäfer, Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

Zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes (LV) Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen hatte der Vorstand vom 19. bis 21.04.2016 nach Lautertal an der Hessischen Bergstraße eingeladen. Der Vorsitzende des Landesverbandes, Axel Schneider, begrüßte die Vorsitzenden, Leiter und Vertreter der Selbsthilfegruppen herzlich. Sein besonderer Willkommensgruß galt dem Leiter der neu gegründeten Gruppe Limburg-Weilburg, Paul Heimerl, der erstmals an einer solchen Veranstaltung teilnahm.

Der als Tischvorlage verteilten umfangreichen Tagesordnung konnte die Versammlung einstimmig zustimmen.

Dem Tätigkeitsbericht des Landesvorstandes war zu entnehmen, dass doch ein erheblicher Arbeitsaufwand der Vorstandsmitglieder im Berichtsjahr zu bewältigen war, um die Aufgaben und Ziele des Verbandes sachgerecht zu erledigen. Besonders hervorgehoben wurde das Gespräch mit dem Landesvorsitzenden des Berufsverbandes der Urologen (BDU) in Hessen, Dr. Kollenbach. An dem Gespräch haben neben dem Landesvorsitzenden Axel Schneider, der Schatzmeister des LV, Hartmut Hommel auch der Bundesvorsitzende, Günter Feick, teilgenommen. Es wurden verschiedene Themen besprochen. So auch die Forderung des

Landesverbandes, die Hessischen Urologen sollen ihren Patienten die Patientenleitlinien zum Prostatakrebs aushändigen. Sowohl die PREFERE-Studie wie auch die Notwendigkeit der Einrichtung und die Zuweisung von Patienten in zertifizierte Prostatakrebszentren waren ebenfalls Gegenstand des Gespräches. Dr. Kollenbach stellte die Positionen der Hessischen Urologen dar und lud den Landesvorstand zur Teilnahme am nächsten Verbandstag der Hessischen Urologen ein.

Der Bericht des Schatzmeisters und der Kassensprüfer zeigte, dass man mit der finanziellen Förderung des BPS und der Gesetzlichen Krankenversicherung sorgsam und sachgerecht umgegangen ist. Dies wurde durch die Prüfung der Kassenunterlagen durch einen Steuerberater nochmals attestiert. Aus diesem Grunde konnten antragsgemäß dem Schatzmeister und dem Vorstand für das Jahr 2015 Entlastung erteilt werden.

Aus den Berichten der örtlichen Gruppenleiter wurde deutlich, dass den Hessischen Selbsthilfegruppen immerhin ca. 1.000 Mitglieder angehören, wobei sich ca. 300 Personen aktiv an der Arbeit der Gruppen beteiligen. Im weiteren Verlauf der Veranstaltung zeigte sich zum Thema „Nachfolgeregelung“ erneut, wie schwierig es in



© W. Rüth

den Gruppen ist, Nachfolger und/oder Stellvertreter für die Leitung der Gruppen zu finden. Die zu diesem Zweck vom Landesvorstand eingesetzte Arbeitsgruppe „Zukunft der Selbsthilfegruppen“ hat hierzu richtungsweisende Punkte erarbeitet, über die der Landesvorsitzende informierte. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse wird der Vorstand ein modifiziertes Arbeitspapier „Kurskorrektur“ erarbeiten und der Versammlung zur Beschlussfassung vorlegen.

Kontrovers wurde das durch die Landesverbände im BPS angestoßene Thema „Delegiertenprinzip“ bei Mitgliederversammlungen des BPS diskutiert.

Nach Abfrage entschieden sich die Teilnehmer überwiegend gegen das Delegiertenprinzip.

Traditionsgemäß stand auch wieder die Vermittlung neuer Erkenntnisse zu Therapieoptionen beim Prostatakarzinom und insoweit die Fortbildung der SHG-Leiter im Mittelpunkt der Veranstaltung. So war Prof. Dr. med. Hubert Bardenheuer, Leiter der Palliativmedizin des Universitätsklinikum Heidelberg eingeladen, der sich dem aktuellen Thema „Palliativmedizin – Medizinische Alternative zur Sterbehilfe“ widmete, während Prof. Dr. med. Elke Jäger, Klinik für Hämatologie und Onkologie am Krankenhaus Nordwest Frankfurt a.M. über „Behandlungsoptionen beim Prostatakarzinom aus Sicht des Onkologen“ informierte. Wie interessant und wichtig beide Themen waren, zeigten die anschließenden Diskussionen und Fragestellungen aus dem Plenum.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde der ehemalige Vorsitzende der Selbsthilfegruppe Hochtaunus, Dr. Felix Henschke, mit einem Präsent und Dank für seinen Einsatz beim Aufbau der 2014 gegründeten Gruppe verabschiedet.

Die nächste Mitgliederversammlung 2017 soll auf Vorschlag des Landesvorstandes in Nordhessen stattfinden.

Die Aktivitäten der SHG Oschatz und Umgebung

Von Werner Breitenborn, Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung

Oschatzer Weihnachtsfeier mit Leipziger Dialekt

Im Rahmen der Weihnachtsfeier erinnerte der Vorsitzende Gerhard Oehmichen auf die umfangreichen Aktivitäten des Vereins in 2015, zu denen auch das feierliche Begehen des fünfjährigen Bestehens der SHG gehörte. Die Vorhaben im Jahr 2016 wurden ebenfalls vorgestellt und von den Teilnehmern begrüßt.

Höhepunkt des Abends war der bekannte Leipziger Mundart-Sprecher Klaus Petermann. Der Künstler testete zunächst das Wissen seiner Gäste im Leipziger Dialekt – nein, nicht des sächsischen Dialekts,

da in Sachsen bekanntlich mehrere Dialekte gesprochen werden. Darüber hinaus zitierte er aus den zahlreichen Werken der Leipziger Schriftstellerin Lene Voigt (1891 - 1961), die im reinsten Leipziger Dialekt zahlreiche Gedichte, meist Parodien und andere Texte verfasst hat.

Fünf Jahre Rehasport

Am 1. Februar 2011 trafen sich zum ersten Mal die Mitglieder der noch jungen Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung im Oschatzer Therapiezentrum, um als Reha-Sportgruppe

regelmäßig Gymnastik zu treiben. Die Leiterin des Oschatzer Therapiezentrum Jeannette Weiß erstellte schnell ein Programm mit Schwerpunkt „Beckenboden-Gymnastik“. Und so ist das nun schon seit fünf Jahren, dass unter Anleitung der Therapeutin Nicole Wagenknecht mit Ringen, Hanteln, Schwingstäben, Bällen und anderen Sportgeräten geübt wird. Angefangen haben wir mit sechs, gegenwärtig sind wir zwölf, von denen noch fünf „Männer der ersten Stunde“ sind.



alle Fotos: © G. Oehmichen

„Kostbarkeiten aus der Welt des fettarmen Kochens“

Gesund leben – das ist für die Mitglieder der Prostate-Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung ein lohnenswertes Ziel. Und so trafen sich die Gruppen-Mitglieder – mit ihren Ehefrauen oder Partnerinnen – in der Lehrküche der Rehaklinik in Schmannewitz. Unter fachkundiger Anleitung von Frau Halti, Diätassistentin der Klinik, zauberten dann einige Mitglieder der Gruppe – alle 20 Teilnehmer der Exkursion hätten in der Küche gar keinen Platz gehabt – einige tolle Gerichte, die anschließend von allen verkostet wurden.



Erste Hilfe für Senioren, 3. Teil: „Ein Verkehrsunfall: was tun?“

Bereits zum dritten Mal traf sich Dirk Friese vom Deutschen Roten Kreuz des Kreises Nordsachsen mit ungefähr 30 interessierten Besuchern zur „1. Hilfe für Senioren“, dieses Mal zum Thema „Was tun nach einem Verkehrsunfall?“ Die ausführliche Behandlung dieses Themas und die Antwort auf viele Fragen bewiesen das große Interesse der Vereinsmitglieder, von denen mehrere mit ihren Ehe- oder Lebenspartnern gekommen waren. Für nächstes Jahr ist eine Fortsetzung mit Dirk Friese vorgesehen.

Inkontinenz – kein Tabu-Thema mehr

Zum dritten Mal hielt Prof. Dr. med. habil. Steinbach, Chefarzt der Urologischen Klinik der Städtischen Kliniken Dresden-Friedrichstadt in der SHG Oschatz einen Vortrag zum Thema „Inkontinenz“. Ausführlich erläuterte er die verschiedenen Formen der Inkontinenz und deren Behandlungsmethoden. Dabei betonte er, dass gezielter Sport, vor allem die Beckenboden-Gymnastik, Inkontinenz erheblich entgegenwirken kann.

Das große Interesse der Teilnehmer am Vortrag – immerhin waren mehr als 30 Männer und Frauen gekommen – zeigte, dass ein solches Thema nicht nur Betroffene anspricht, sondern auch von allgemeinem Interesse ist.

Besuch im Nudelcenter

Eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist ein wichtiges Thema in unserer Selbsthilfegruppe. Nach dem Besuch einer Molkerei, einer „Kräuterfee“, der Lehrküche der Reha-Klinik Schmannewitz war aktuell eine Exkursion in das Riesaer Nudelcenter das Ziel. Von der langen Geschichte der Nudeln als Nahrungsmittel bis zum fertigem Gericht auf dem heutigen Teller war da ebenso viel zu erfahren wie von der Herstellung und dem gesundheitlichen Wert dieses Erzeugnisses. Nach zahlreichen Bildern, einem Vortrag und einem Rundgang durch die Gläserne Produktion durfte ein Mittag-Essen im Restaurant „Makkaroni“ und ein Gang durchs Nudelkontor, dem Shop des Unternehmens, nicht fehlen.

Hohe Auszeichnung für Prof. Dr. Wolf F. Wieland

Von Alfons Swaczyna, 1. Vorsitzender PROCAS Selbsthilfegruppe Regensburg/Oberpfalz

Seit 1949 zeichnet die Stadt Regensburg Persönlichkeiten mit der Albertus-Magnus-Medaille aus, die sich um die Wissenschaft oder die Förderung des Kulturlebens verdient gemacht haben. Seit dem 26. November 2015 gehört auch Prof. Dr. Wolf F. Wieland, Emeritus des Lehrstuhls für Urologie der Universität Regensburg, zu den Preisträgern.

Bei der Medaillenübergabe lobte Oberbürgermeister Joachim Wolbergs dessen herausragende Leistung bei der Gründung und dem Aufbau der urologischen Klinik am Caritas-Krankenhaus St. Josef ab 1984, bei der Einrichtung des Lehrstuhls für Urologie ab 2003 bis zu seiner Emeritierung im Oktober 2013. Bei der Preisverleihung im Kurfürstenzimmer des historischen Alten Rathauses waren neben den Spitzen der Stadtratsfraktionen auch zahlreiche Wegbegleiter aus dem Berufsleben Prof. Wielands anwesend, darunter sein Nachfolger Prof. Dr. Maximilian Burger. Auch wir vom dreiköpfigen Vorstand der PROCAS Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Regensburg/Oberpfalz (Alfons Swaczyna; Witloff Grünwald und Dr. Hans-Hellmuth Cuno) waren zusammen mit der Ehefrau unseres Gründungsvorsitzenden Franz Stadlbauer bei der Ehrung vertreten.



Die Vertreter von PROCAS Regensburg/Oberpfalz (von rechts): Prof. em. Wieland, Regensburg, Alfons Swaczyna, Dr. Hans-Hellmuth Cuno, Frau Stadlbauer, Witloff Grünwald, © A. Swaczyna

Die Idee, Herrn Prof. Wieland als weltweit anerkannten Wissenschaftler und Urologen für die städtische Ehrung vorzuschlagen, wurde von PROCAS an den Oberbürgermeister der Stadt Regensburg herangetragen. Ihr wurde schließlich vom Stadtrat zugestimmt.

Die Verdienste von Herrn Prof. Wieland können aus der Sicht von PROCAS wie folgt würdigend zusammengefasst werden:

„Wir vom Prostatakrebs Betroffene sind Herrn Prof. Wieland dankbar, dass er stets offen für das Neue in der Medizin und für seine Patienten einer der ersten führenden Mediziner in Deutschland war, der den Gedanken der Selbsthilfe der Patienten nicht nur gefördert hat, sondern auch aktiv mit umgesetzt hat. 1996 hat er zusammen mit dem früheren langjährigen 1. Vorsitzenden Franz Stadlbauer unsere Selbsthilfegruppe als eine der ersten in Deutschland aus der Taufe gehoben. Vorbild war die amerikanischen Prostatakrebsorganisation US TOO.

Als Mediziner hat er früher als andere Kollegen erkannt, dass den Männern, die sich mit der Diagnose Prostatakrebs auseinandersetzen müssen, am besten geholfen ist, wenn sich die Männer zur gegenseitigen Information und Unterstützung in einem gemeinschaftlichen Gesprächsforum zusammenfinden und ihre Erfahrungen austauschen. Denn die Gemeinschaft kann Hoffnung und Kraft gegen die Krankheit vermitteln, aus der neuer Lebensmut geschöpft werden kann.

Prof. Wieland war es dabei ein besonderes Anliegen, der Selbsthilfegruppe bei den Gruppentreffen in St. Josef die neuesten Forschungsergebnisse in vielen Fachvorträgen und Diskussionsrunden zu vermitteln und sich auch kritischen Fragen der betroffenen Männer zu stellen. Nahe am Patienten war ihm dabei stets der offene vertrauensvolle Dialog mit der Selbsthilfegruppe wichtig: Seine stete Bereitschaft entsprechend seinem medizinischen Ethos hilfreich, unterstützend und auch tröstend für

uns Betroffene da zu sein, zeichnete ihn aus. Aus dieser direkten Kommunikation mit uns als Selbsthilfegruppe hat er viel in die Alltagspraxis und auch in die Forschung übernehmen können.“

Wir als PROCAS Selbsthilfegruppe Regensburg/Oberpfalz wie auch die Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, mit der uns eine vorbildliche Zusammenarbeit verbindet, teilen die Freude über die hohe städtische Auszeichnung an Herrn Prof. em. Wieland und haben herzlich gratuliert. Sie drückt das Ansehen und die hohe Wertschätzung des Urologen und Menschen Prof. Wieland in der Stadt Regensburg und der Region aus.

Die durch PROCAS initiierte Ehrung ist letztlich als Ausdruck des Dankes und Wertschätzung zu sehen für die stets unterstützende Offenheit und Nähe von Prof. Wieland zu den Betroffenen der Selbsthilfegruppe.

Informationstag Prostatakarzinom

Zum wiederholten Male fand im November 2015 der „Informationstag Prostatakarzinom“ statt. Die Bedeutung dieses mit der Selbsthilfegruppe PROCAS organisierten Informationstags im medizinischen Veranstaltungskalender der Region wurde schon durch die Übernahme der Schirmherrschaft durch die obersten Repräsentanten von Stadt und Landkreis Regensburg deutlich, die im vollbesetzten Hörsaal die Veranstaltung auch eröffneten. Die medizinisch interessierten Mitbürger hatten auch die Möglichkeit, die neuesten technischen Errungenschaften in Augenschein nehmen können und einmal selbst den DaVinci Operationsroboter in

Augenschein zu nehmen. Die Ergebnisse der radikalen Prostatektomie mit dem Regensburger DaVinci System erläuterte Prof. Dr. Stefan Denzinger, während Dr. Johannes Bründl über die neuen fokalen Therapieansätze mit hochfokussiertem Ultraschall referierte.

Die Standarduntersuchungen der Vorsorge, aber auch klinische Neuerungen wie die MRT-Fusionsbiopsie der Prostata, standen im Mittelpunkt des Vortrags von Dr. Dieter Popp von der Urologischen Gemeinschaftspraxis im Donau Einkaufszentrum. Dr. Fabian Pohl vom Universitätsklinikum und Dr. Michael Allgäuer vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, berichteten über die Möglichkeiten der Strahlentherapie beim lokalen und fortgeschrittenen Prostatakarzinom.

Aber auch der Blick auf die Erkrankung aus Patientensicht kam nicht zu kurz. Dr. Ing. Klaus Panzer gab einen interessanten und bewegenden Einblick in das subjektive Erleben dieser Erkrankung aus erster Hand. Alfons Swaczyna, der Vorsitzende der Regensburger Selbsthilfegruppe PROCAS, unterstrich die Bedeutung der Selbsthilfegruppen mit seinem Vortrag über die laufenden Studien beim Prostatakarzinom, die für die stete Besserung der Therapiequalität unerlässlich sind. Dass sich auch für das fortgeschrittene Stadium der Erkrankung immer wieder neue Therapieansätze etablieren, betonte Priv.-Doz. Dr. Christian Eichelberg in seinem Beitrag zur medikamentösen Behandlung des Prostatakarzinoms.

Quelle: Regensburger Uroblick, Informationsblatt der Klinik für Urologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef.

Fünf Jahre Selbsthilfegruppe Adelsheim und Umgebung

Zur Weihnachtsfeier im Gasthaus „Löwen“ in Großeicholzheim begrüßte der Vorsitzende Bernd Zettler zahlreiche Mitglieder und deren Ehefrauen. Die Selbsthilfegruppe Adelsheim besteht seit fünf

Jahren. Die Aktivitäten der Selbsthilfe sind eine wichtige Kraftquelle im Gesundheitswesen. Sie vervollständigen die professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung, indem sie wertvolle

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und beim Überwinden von Schnittstellenproblemen leisten.

Bernd Zettler überreichte den anwesenden Gründungsmitgliedern ein Präsent, sowie Blumen für die Partnerinnen. Als Überraschung wurde Bernd Zettler für die Gründung der Selbsthilfegruppe und deren fünfjährigen erfolgreichen Führung geehrt.

In seinem Jahresrückblick erwähnte der Vorsitzende die zahlreichen Aktivitäten der Gruppe, unter anderem: Vorträge über Hormonblockade, Immuntherapie, Chemotherapie, Besuch der Fortbildungsveranstaltungen des Landesverbandes und Bundesverbandes in Karlsruhe und Kassel. Die Gruppe betreute einen Stand beim Selbsthilfetag der Selbsthilfegruppen im Neckar-Odenwald-Kreis in der Stadthalle Buchen.

Neben den Beratungen und dem Erfahrungsaustausch ist auch die Geselligkeit nicht zu kurz ge-



Bernd Zettler überreichte den anwesenden Gründungsmitgliedern ein Präsent sowie Blumen, © privat

kommen: Es gab Wanderungen, Grillabende und Kegelveranstaltungen. Die Mitglieder freuen sich auf ein weiteres gemeinsames Jahr in der SHG.

Quelle: Fränkische Nachrichten, 8. Januar 2016

Selbsthilfegruppe Fürstenwalde kooperiert mit Kliniken

Von Hans-Jörg Schatz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Fürstenwalde

Im Juni 2014 gegründet hat die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Fürstenwalde – aktiv unterstützt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., dem Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e.V. und der Berliner sowie der Brandenburger Krebsgesellschaft – in der Zwischenzeit 15 Mitglieder. Die Gründung einer Selbsthilfegruppe Prostatakrebs für den Raum Fürstenwalde wurde maßgeblich durch den damaligen Chefarzt Dr. Ruttloff von der Urologischen Klinik des Helios Klinikums Bad Saarow befürwortet und unterstützt. In der Folgezeit waren es immer wieder Ärzte und Physiotherapeuten aus dieser Klinik, die das Gruppenleben mit Fachvorträgen oder praktischen Empfehlungen für gezieltes Eigentaining bereichern.

Nachdem sich die Selbsthilfegruppe 2014 und 2015 weiter konsolidiert hatte, strebten wir eine noch intensivere und verbindlichere Zusammenarbeit mit dieser Klinik an und diskutieren mit deren

Vertretern mögliche Inhalte einer Kooperationsvereinbarung, so dass im Dezember 2015 mit dem Prostatazentrum des Helios Klinikums Bad Saarow die unbefristete Kooperationsvereinbarung durch Priv.-Doz. Dr. med. T. Ecke als Leiter des o.g. Zentrums und H.-J. Schatz als SHG-Leiter feierlich unterzeichnet werden konnte.

Wir werden bewährte Formen der Zusammenarbeit beibehalten, aber uns auch gegenseitig noch enger informieren und einbeziehen. So wird uns das Prostatazentrum noch stärker in seine Öffentlichkeitsarbeit einbeziehen (Internetauftritt, Flyer und Patienteninformationen) und auf die Existenz sowie die Aktivitäten der Selbsthilfegruppe hinweisen. Die SHG wiederum erhält die Möglichkeit, Klinikabläufe zur Diagnostik, Therapieentscheidung und -durchführung kennenzulernen, die erreichten Ergebnisse sowie deren Qualität aus Patientensicht mit den Ärzten zu besprechen. Die regelmäßige Teilnahme eines SHG-Vertreters an

prä- und posttherapeutischen Tumorkonferenzen ist geplant. Weiterhin soll die SHG zu Patienteninformationsveranstaltungen und Qualitätszirkeln hinzugezogen werden. Das Prostatazentrum des Helios Klinikums Bad Saarow ist bereits zertifiziert und strebt weitere krebspezifische Zertifizierungen an, zu deren Audits und Auswertungen unsere SHG ebenfalls einbezogen wird.

Die SHG stellt das Kalenderjahr 2016 unter das spezielle Motto „Ernährung und Krebs“. Dazu können wir ebenfalls auf die Unterstützung aus der Klinik bauen. Ernährungswissenschaftlerinnen haben sich bereit erklärt, in unserer Gruppe in drei Monatstreffen über diese Problematik allgemein, aber auch mit speziellem Blick auf den Prostatakrebs zu sprechen.

Nachdem wir unsere Kontakte zu niedergelassenen Urologen und der o.g. Klinik schrittweise ausbauen konnten, ist es uns auch ein besonderes Anliegen, Prostatakrebspatienten nach ihrer Primärtherapie und einer Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation mit den heutigen Möglichkeiten der Selbsthilfearbeit bekannt zu machen. Zu diesem Zweck stellten wir 2015 einen Kontakt zur nahegelegenen Immanuel Klinik Märkische Schweiz in Buckow her. In einer Pilotveranstaltung stellten sich zwei Vertreter der SHG mit ihren persönlichen und

Gruppenerfahrungen vor. Nur 10% der 30 Anwesenden hatten bis dato etwas von Selbsthilfe bei Prostatakrebs gehört und die Mehrzahl wünschte sich dazu regelmäßige Informationen auch während der Reha. Mit der Geschäftsführerin Frau Mummert und der Ärztlichen Leiterin CÄ Dr. med. Bartels-Reinisch wurde für jedes Quartal 2016 ein Patientengespräch zwischen SHG-Vertretern und der Klinik festgelegt, in dem wir unsere Erfahrungen bei der Bewältigung des Prostatakrebses darstellen können. Ende des Jahres sollen die Aktivitäten resümiert und über weitere Schritte in Umsetzung der 2015 veröffentlichten Leitlinie zur Reha von Patienten mit Prostatakrebs beraten werden.

Wir als Selbsthilfegruppe glauben, dass mit beiden Kliniken eine anspruchsvolle Zusammenarbeit stattfinden und sich unser Engagement im Interesse der Prostatakrebspatienten deutlich erhöhen wird. Umso mehr freuen wir uns, dass unsere ehrenamtlichen Aktivitäten durch die Krankenkassen unterstützt werden. Die AOK Nordost befürwortete unseren Projektantrag zu den o.g. Klinik-Kooperationen in 2016 und trägt somit maßgeblich zur Verbesserung der Zusammenarbeit Klinik-Patient-Selbsthilfe in der Region Oder-Spree/Märkisch-Oderland bei.

Seminar Hormontherapie und Zweitmeinung in Bielefeld

Von Wolfhard D. Frost, PSA-Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld e.V.

Zu einem überregionalen Seminar begrüßte Gastgeber Wolfhard D. Frost im Januar 2016 etwa 40 Mitglieder aus den Selbsthilfegruppen Arnberg, Bielefeld, Gütersloh und Lippe im Kaminzimmer des Bielefelder Hofes. Chefarzt Dr. med. Stefan Machtens, Bergisch Gladbach, informierte über Aktuelles und Zukünftiges bei der Hormontherapie. Im zweiten Seminarteil erhielten Teilnehmer, die ihre Krankengeschichte vorab Dr. Machtens übermittelt hatten, wertvolle Ratschläge und Tipps für ein Gespräch mit dem Urologen oder Onkologen ihres Vertrauens zur Weiterführung oder möglichen Änderung ihrer Therapie.



Von links: Hubert Glienke (mit Zweitmeinungsergebnis), Gastgeber Wolfhard D. Frost, Referent Chefarzt Dr. med. Stefan Machtens, Uwe Stubben Ltr. SHG Lippe, Klaus Halgmann stellv. Vors. PSA SHG Bielefeld, Bernd Troche Vors. Landesverband NRW, © W. D. Frost

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker – Selbsthilfegruppe diskutierte über Medikamente und ihre Wechselwirkungen

Von Hans-Dieter Schaaf, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Königs Wusterhausen

Was ist zu beachten, wenn ich meine Medikamente nicht rechtzeitig eingenommen habe? Kann ich sie auch mit Kaffee oder Fruchtsaft schlucken? Was kann ich tun, wenn mir meine Krankenkasse ein anderes Medikament erstattet, als der Arzt verordnet hat? Diese und viele weitere Fragen beantwortete der in Königs Wusterhausen ansässige Apotheker Knut Sabelus, den die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs im März eingeladen hatte. Er betreibt mit seiner Familie mehrere Apotheken in der Region und beschäftigt 70 Mitarbeiter. Seine Ausführungen stießen auf großes Interesse, denn gerade ältere und von Krankheit betroffene Menschen sind auf Medikamente angewiesen und lesen auch oft besorgt auf den Beipackzetteln viel über mögliche Nebenwirkungen. Da möchte man dann manchmal gar nicht erst die vom Arzt verordneten Tabletten schlucken.

Doch Knut Sabelus versuchte, die Angst zu nehmen und alle Fragen zu beantworten. Seine grundsätzliche Empfehlung lautete: Behandeln Sie Arzneimittel respektvoll, denn sie sind ein Gift, helfen aber, richtig angewendet, Ihrer Gesundheit! Die Frage, wie man sie richtig einnimmt, vor allem auch wenn eine Krankheit mit mehreren Me-

dikamenten therapiert wird oder auch aufgrund mehrerer Krankheiten Medikamente kombiniert werden müssen, stand im Mittelpunkt der Diskussion. Dankbar nahmen die Mitglieder der Selbsthilfegruppe auch das Angebot von Knut Sabelus an, jederzeit mit ihrer Medikamentenliste in die Apotheke kommen zu können und sich dort beraten zu lassen. Den häufig gehörten Hinweis „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ haben die Mitglieder der Selbsthilfegruppe an diesem Tag wörtlich genommen und es nicht bereut.



Selbsthilfgruppenleiter Hans-Dieter Schaaf (links) bedankt sich bei Apotheker Knut Sabelus mit einem Obstkorb;
© M. Schaaf-Noack

15 Jahre Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar

Von Günter Kupke, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V. feierte am 5. April ihr 15-jähriges Bestehen mit einem Festvortrag von Prof. Michel, dem Chef der urologischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim (UMM). Prof. Maurice Stephan Michel, der international renommierte Leiter der Urologie der UMM, referierte vor nahezu 200 Zuhörern informativ und spannend über die Fortschritte, die in den letzten 15 Jahren in der Erkennung und Be-

handlung des Prostatakrebses erzielt wurden. „Wir als junge Oberärzte standen Ihnen damals nicht nur skeptisch, ja sogar etwas feindselig gegenüber“, bekannte Michel freimütig und lobte seinen Vorgänger Prof. Alken, der schon damals die Bedeutung der Patienten-Selbsthilfe erkannt hatte. „Ihre Gruppe hat das Eis gebrochen, Sie waren uns ein notwendiger Sparringspartner und zunehmend unverzichtbar. Die heutige Behandlung des Prosta-

takrebses lässt so viele unterschiedliche Wege zu, dass wir auch auf den wissenden und bewussten Patienten angewiesen sind. Und nicht den, der sich nur im Internet bei oft anonymen Quacksalbern schlau macht, sondern den, der mit anderen Mitbetroffenen seine Erkrankung, seine psychische Belastung und das Wissen um die Behandlung teilt.“ Und so begann Prof. Michel den folgenden Fachvortrag mit „Liebe Kolleginnen und Kollegen“.

In der Tat: 15 Jahre bedeuten einen Riesenfortschritt in der Medizin des Prostatakrebses, dem mit Abstand häufigsten Krebs des Mannes. Bereits die von Jahr zu Jahr verfeinerte Erkennung, die heute von den bildgebenden Verfahren bis zur damit gekoppelten Biopsie reicht, lässt mehr individualisierte Behandlungsoptionen denn je zu. Die Operationen können häufiger nervenerhaltend und somit mit weniger einschneidenden Nebenwirkungen durchgeführt werden. Man weiß auch inzwischen, dass sich die Tumorzellen im Laufe der Behandlung verändern und somit andere Medikamente erfordern – bis hin zum gezielten Aufspüren und Andocken der Bestrahlungsteilchen an die Tumorzellen, wie es im Heidelberger NCT schon gemacht wird.

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V. umfasst heute ca. 390 Mitglieder. Zu den regelmäßigen Veranstaltungen jeden 1. Dienstag im Monat im Mutterhaussaal des Diakoniekrankenhauses in Mannheim kommen zwischen 50 und



Günter Kupke (rechts) ehrt Paul Enders, © G. Kupke

150 Zuhörer. Wir haben Kooperationsverträge mit dem Prostatakarzinomzentrum Rhein-Pfalz in Ludwigshafen, der urologischen Klinik an der Universitätsmedizin Mannheim und dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen NCT in Heidelberg. Wir sind Mitglied im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. BPS und im Landesverband Baden-Württemberg e.V. LPS. und im Patientenbeirat des NCT.

Abschließend dankte der Vorsitzende Günter Kupke Prof. Michel für seinen begeisternden Vortrag und ehrte den Mitbegründer Paul Enders mit der Ehren-Mitgliedschaft.

Hansjörg Burger ist verstorben

Am 28. Januar 2016 verstarb im 75. Lebensjahr Hansjörg Burger, Gründer und Leiter der SHG Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V. von 2001 bis 2011 und Mitglied im BPS Vorstand von 2003 bis 2006.

Hansjörg Burger engagierte sich bei der Gründung der Prostatakrebs-Beratungshotline im Jahr 2008 und koordinierte diese zwei Jahre lang. Er betreute das erste Prostatakrebs-Studienregister des BPS mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Im Jahr 2009 wurde ihm die Silberne Verbandsnadel des BPS verliehen. Unvergessen ist sein unermüdlicher Einsatz in der Beratung von Männern mit Prostatakrebs. Unser Mitgefühl gilt seiner Ehefrau und seinen Angehörigen. Wir werden Hansjörg Burger ein ehrendes Andenken bewahren.



© R.-R. Damm

10jähriges Bestehen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Norden

Von Helmut A. Kurtz, Regionalverband Niedersachsen/Bremen e. V.

Die SHG Norden feierte ihr 10jähriges Jubiläum in einem feierlichen Rahmen in den Räumen der Kreisvolkshochschule Norden. Der 1. Vorsitzende Siegfried Coordes begrüßte die Gäste, verbunden mit dem Dank für die langjährige sehr gute Zusammenarbeit:

- Joachim Böckmann, Stv. Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.;
- Helmut A. Kurtz, 1. Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen e.V.;
- Dr. Cherri, Geschäftsführender Oberarzt der Ammerland Klinik;
- H. P. Peters, AOK Norden;
- Wilma Saathof, Therapeutin für REHA-Sport;
- Imke Pfeiffer, Organisatorische Planung und Steuerung der Beckenbodengymnastik;
- Bernd Eilers, 1. Stadtrat der Stadt Norden.

Bereits im Jahr 2001 hatten sich an Krebs erkrankte Männer in Norden zusammengeschlossen. Am 1. Januar 2006 wurde die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Norden mit Gemeinnützigkeitsstatus dann gegründet, und sie besteht heute aus 40 Mitgliedern.

Die SHG trifft sich einmal im Monat mit dem Ziel, die Männer in der Früherkennungsphase des Prostatakrebses, bei Diagnose und Therapieentscheidung sowie in der Rehabilitation und Nachsorge zu unterstützen. Die SHG nimmt regelmäßig an Seminaren und Vorträgen teil, ebenfalls werden Besuche bei den Kliniken in Oldenburg, Bad Zwischenahn und Aurich durchgeführt.

Siegfried Coordes wird durch Achim Matthies, Hinrich Uphoff und Eppe Bontjes im Vorstand tatkräftig unterstützt.

Joachim Böckmann bedankte sich im Namen des Vorstandes des BPS. Er verlas die Grußworte des Vorsitzenden Günter Feick und bedankte sich insbesondere bei allen anwesenden Damen, deren Unterstützung und Hilfe für die erkrankten Männer von großer Bedeutung ist. Helmut A. Kurtz überreichte Siegfried Coordes im Namen des Regionalverbandes eine Ehrenurkunde für sein ehrenamtliches Wirken. Die anderen Ehrengäste lobten die nachhaltige Wirkung dieser Gruppe.

Dieser Ehrentag klang aus mit einem gemütlichen Beisammensein mit Kaffee und Kuchen. Alle waren sich einig, dass es ein sehr schöner und auch wichtiger Tag war.



(von links) Joachim Böckmann, Siegfried Coordes, Helmut A. Kurtz, © H. A. Kurtz

BPS-Seminar: „Kreative Gruppenarbeit“

Von Christel Prüßner, Selbsthilfegruppe Griese Gegend

„Ich bin nicht kreativ!“ sagte einer in der Runde und er wünschte sich, mit Hilfe des nun starten-

den Seminars über diese Hürde hinweg kommen zu können. Zugegeben, er hatte als Teilnehmer mit



Herbert Hoppe mittendrin – im Vordergrund eines der simplen, aber sehr praktischen Beispiele für kreatives Denken und Handeln: ein Blumentopf, © C. Prüßner

diese Anmerkung gleich zu Beginn im angenehmen Sinne provoziert. Doch damit stellte sich auch die Frage an alle, welche Art der Kreativität hilfreich oder gar erforderlich sein könnten.

Herbert Hoppe ist es in seiner Lebendigkeit (eine Frage an ihn gerichtet: „Wie schaffst Du es, bei so viel Beweglichkeit so lange frei zu sprechen?“) ganz schnell gelungen, die verschiedenen Temperamente in der Runde der Anwesenden aufzunehmen. So ließen sich die unterschiedlichen Lebenserfahrungen aus der Berufswelt genauso gegenüber stellen, wie die längst gemachten Erfahrungen innerhalb der Selbsthilfegruppen. Kreativität hat viele Facetten. Sie alle zu beherrschen und zu bedienen, mit ihnen spielerisch umzugehen und aus den Ergebnissen nicht nur die richtigen Schlüsse zu ziehen, sondern sie auch zum Nutzen der Gruppe einzusetzen.

Im Vordergrund stand jedoch, die eigene Kreativität für die Leitung einer Gruppe zu entdecken, zu wecken; Handwerkszeuge in der eigenen Umgebung auszugraben. Auf diese Weise stand da auf einmal das Hauslexikon aus den Zeiten vor Wikipedia & Co. im Mittelpunkt. Welch ein Schatz für eigene Kreativität. Aber auch die modernen Techniken spielten ihre Rolle. Dazu sei nur das Vorgehen bei einer gut durchdachten und vertieften Planung genannt. Die Endlichkeit des Papierbogens in Höhe und Tiefe beim Mindmapping lässt sich per EDV nahezu ins Unendliche vergrößern. Nun bedarf es lediglich der mutigen Kreativität dessen, der sich an ein größeres Projekt für seine SHG traut.

So wurden Theorie und Praxis immer wieder anschaulich und leicht nachvollziehbar vorgestellt und ausprobiert. Bei der Abschlussrunde bekannte einer der Teilnehmenden: „Mit fehlt eigentlich noch ein Tag zusätzlich!“ Er wusste, dass da noch viel mehr für ihn in dem Thema stecken könnte.

Eine Anregung des Berichterstatters sei noch gestattet: Zu diesem Seminar passt so etwas wie ein „Markt der (Un-)Möglichkeiten“, der vielleicht alle zwei Jahre auf Ebene der Landesverbände ins Programm genommen werden könnte. Dabei ließe sich ganz leicht die weitergehende Kreativität in den einzelnen Gruppen praktisch vorstellen – mit der fröhlichen(!) Gefahr der Spionage!

Festakt zum 20jährigen Bestehen der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis-Rastatt

Von Anton Kreiss, Vorsitzender der SHG- Prostatakrebs Landkreis-Rastatt

Die Prostata-Krebs-Selbsthilfegruppe Landkreis-Rastatt feierte am 26. Februar 2016 ihr 20-jähriges Bestehen, in Anwesenheit von über 100 Gästen.

Der Vorsitzende Anton Kreiss begrüßte die Besucher der Feier recht herzlich, darunter nicht nur Mitglieder mit Partnern, sondern auch mehrere Ärzte, mit denen die Gruppe zusammenarbeitet

sowie einige Vertreter aus der Politik und dem sozialen Bereich.

Grußworte sprachen Verwaltungsdirektor Hubert Schmidutz vom Landratsamt Rastatt, Bürgermeister Wolfgang Hartweg und der Bundestagsabgeordnete Peter Götz. Alle spendeten der Selbsthilfegruppe großes Lob und dankten für ihren Einsatz

als eine feste Größe unter allen vergleichbaren Angeboten im Landkreis. Selbsthilfegruppen sind zu einer wichtigen Säule in der gesundheitlichen Versorgung geworden und bieten Ratsuchende und kranken Menschen sowie deren Angehörigen Informationen aus erster Hand.

Großes Interesse fand der Vortrag von Paul Enders zu dem Thema „Die Bedeutung der Selbsthilfe für die Betroffenen und deren Angehörigen“. Karl-Heinz Bauer, Leiter der SHG Karlsruhe und Vorsitzender des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg lobte die gute Zusammenarbeit der Prostatakrebs Selbsthilfegruppen Karlsruhe und Rastatt und dankte Anton Kreiss für die Mitarbeit als Schatzmeister im Vorstand des Landesverbandes.

Dr. Anke Ernst vom Krebsinformationsdienst (KID) und Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg berichtete über die Arbeit des Zentrums und die Leistungen für Betroffene. Der KID informiert über Behandlungsmöglichkeiten und gibt Aufschluss über sozialrechtliche Fragen.

Chefarzt Dr. Jens Leindecker vom Reha-Zentrum Durbach stellte das Programm sowie neue Erkenntnisse und Therapieansätze der Klinik vor.

Dr. Michael Beitzinger (Urologe und Gründungsmitglied der SHG) wünschte der SHG weiterhin alles Gute und eine erfolgreiche Zeit.

Nachdem sich Anton Kreiss bei den Rednern und seinen Vorstandskollegen bedankt hatte, stellte er seinen Bericht vor über die „Entwicklung der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rastatt in 20 Jahren – eine (Erfolgs-Geschichte)????“.

Es begann 1995 im Wartezimmer eines Urologen. Drei Betroffene in der Prostatakrebs-Nachsorge-Behandlung beschlossen, ein Info-Telefon zum Thema „Prostatabehandlung-Nachsorge“ einzurichten. Walter Klook war der Initiator und somit Gründer der Selbsthilfegruppe, er stellte seine private Telefonnummer zu Verfügung. Bereits ein Jahr später wurden die Treffen in den Sozialräumen des Krankenhauses durchgeführt. Anfangs war es nur Männern mit dem Befund „Prostata-OP-Nachsorge“ gestattet, an den Treffen teilzunehmen. Frauen waren nicht erwünscht. Im Jahr 2000 war Walter Klook einer der Gründungsmitglieder des Bun-



Anton Kreiss bei der Begrüßung, © A. Kreiss

desverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe, die SHG Landkreis Rastatt wurde von ihm beim BPS angemeldet.

2001 übernahm Anton Kreiss die Leitung der Gruppe. Walter Klook verantwortete das „Referat Nachsorge“. Die Anfänge waren nicht leicht für Anton Kreiss. Über Krankheiten unterhalb der Gürtellinie spricht man nicht in der Öffentlichkeit, war das Credo. Erst nach zwei Jahren war die Gruppe – mit Unterstützung des BPS – bereit, die Partner der Betroffenen einzuladen. Über die Presse wurde die Öffentlichkeit informiert und ein Monatsprogramm mit abwechslungsreichem Programm aufgestellt. Hierzu zählten Referate von Fachärzten, Gesprächsrunden mit Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie Thementische. Größere Räume für die Veranstaltungen wurden erforderlich, die mit Unterstützung des Landratsamtes und der Kirche gefunden wurden.

2006 wurde aus der SHG mit dem Status „Hilfsperson des BPS“, der gemeinnützige Verein „SHG-Prostatakrebs Landkreis Rastatt-Stadtkreis Baden-Baden“. Zusätzlich wurde das Angebot erweitert, durch eine wöchentliche Reha-Sportgruppe, Wanderungen im Sommer und ein jährlicher Ausflug in eine Fachklinik.

2009 wurde in Baden-Baden ein Raum zusätzlich angemietet, um die Platznot und den Anfahrtsweg der Besucher zu den Veranstaltungen zu erleich-

tern. 2010 wurde daraus die eigenständige SHG-Prostatakrebs Baden-Baden. Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs-Landkreis Rastatt hat derzeit 196 eingetragene Mitglieder, 10 aktive Vorstandsmitglieder und 10 Beisitzer mit Sonderaufgaben. Jährlich besuchen über 900 Personen unsere Treffen. Zur Beratung stehen Anton Kreiss und drei weitere

Kollegen zur Seite. Näheres über die Gruppe und das Programm kann man auf der Webseite: www.prostata-shg-lkr-rastatt.de erfahren.

Abschließend wurde Anton Kreiss von seinem Stellvertreter Thomas Klehr für seine 15jährige Tätigkeit als Vorsitzender der SHG-Prostatakrebs Landkreis Rastatt mit einem wertvollem Geschenk gedankt.

Politische Bildungsreise der SHG Hagen nach Berlin

Von Gerhard Eisenmenger, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Hagen

Im Rahmen einer Informationsfahrt für politisch Interessierte besuchten Mitglieder der SHG Hagen mit ihren Partnerinnen im April vier Tage die Bundeshauptstadt Berlin.

Gleich am ersten Tag stand eine Besichtigung des Reichstages und ein Vortrag über die Aufgaben des Parlamentes auf dem Programm. Am zweiten Tag erfolgte ein Besuch des Berliner Abgeordnetenhauses, eine Stadtrundfahrt durch die Bundeshauptstadt – an politischen Gesichtspunkten orientiert – und ein Besuch des Jüdischen Museums.

Tag drei brachte zunächst einen Besuch der Taipeh-Vertretung der Republik China (Taiwan), wurde fortgeführt mit einer Rundfahrt durch das politische

Berlin und einem ausführlichen Vortrag im Hause der denkwürdigen Wannsee-Konferenz 1942. Der Tag endete mit einer Kreuzfahrt und einem Abendessen auf einem Schiff der Wannseeflotte.

Der letzte Morgen begann mit einem Besuch des Bundesministeriums des Inneren. Nach mehreren Sicherheits-Checks aller Besucher vermittelte die charmante Referentin hochinteressante Themen über die Aufgaben und die Rolle der Behörde für die innere Sicherheit unseres Landes. Danach folgte ein individueller Rundgang durch das alte Berlin. Die Hackeschen Höfe und der sehenswürdige Berliner Dom waren die letzten Ziele einer beeindruckenden Reise, bevor am frühen Abend die Heimfahrt angetreten wurde.



Die Reiseteilnehmer an ihrer letzten Station, dem Monbijoupark, © G. Eisenmenger

Radtour über 1.300 km von Koblenz an den Chiemsee

Von Gerd Studer, SHG Prostatakrebs Stuttgart e.V. und
Klaus-Dieter Kuritz, Über den Berg e.V., Köln

Unter dem Motto „Zeigen, was möglich ist“ veranstaltet der Krebsverband Baden-Württemberg e.V. jedes Jahr eine Bäder- und Rehatour mit vielen, auch behinderten Radfahrern. Bei unseren Radtouren haben wir uns zum Motto gemacht: „Man muss nur wollen!“, auch wenn es anfangs häufig schwer fällt. Einmal vom „warmen Herd“ jedoch weggelockt, weiß man die „Kraft der Bewegung“ (Dr. F. Baumann, Deutsche Sporthochschule Köln) richtig zu schätzen.

Den Rhein entlang

In diesem Jahr treffe ich mich mit den Kölner Radfreunden zum Start in Koblenz. Dort gesellen sich Reinhold Sinz und Ernst Wirth von der Prostatakrebs-SHG im BWZK e.V. Koblenz zum Willkommensgruß zu uns. In einem schönen Biergarten unterhalten wir uns über Prostatakrebs und Sport. Reinhold wäre gleich ganz gerne mitgefahren.

Dann geht es richtig los durch das Obere Mittelrheintal mit den terrassierten Weinbergen und vielen stolzen schönen Burgen, durch die alte römische Weinstadt Boppard und durch St. Goar mit der Ansicht auf den steil aufragenden Loreley-Felsen. Unser Tagesziel Oberwesel mit seiner alten Stadtmauer ist schnell erreicht. Beim Nachtessen genießen wir den Blick auf die im Abendrot liegende, über Oberwesel thronende Schönburg.

Am nächsten Tag radeln wir weiter am Rhein zunächst bis Bingen. Hier endet ein wunderschöner Streckenabschnitt! Die Fahrt durch Mainz ist mühsam, aber bis zu unserem Nachtquartier in Nierstein sind es nur noch 22 km.

Auf der folgenden Etappe führt uns bald der Weg steil nach oben zur Katharinenkirche in Oppenheim. Mein Pedelec braucht im 5. Motorgang ganz schön viel Strom! Die Kollegen strampeln sich mächtig ab, aber dafür können wir die schönste

gotische Kirche zwischen Kölner und Straßburger Dom besichtigen. Man muss einfach nur wollen!

Durch die Pfalz

Nach Besuch des Doms zu Worms verlassen wir das Rheintal und radeln durch das Pfälzer Land zu unserem Etappenziel Bad Dürkheim. Am Tag darauf lernen wir auf der Pfälzer Weinstraße die berühmten Weinorte wie Wachenheim oder Deidesheim kennen, wo Helmut Kohl viele Staatsmänner empfangen hat. Unser Ziel ist allerdings Speyer mit seinem mächtigen Dom.

Der nächste Tag bringt regnerisches Wetter. Am Flussdelta der Sauer beobachten wir viele Wasservögel, auch Kraniche. In Seltz setzen wir kostenlos mit einer Gierseil-Fähre aufs deutsche Ufer über und erreichen nach knapp 100 km Raststatt.

Treffen mit der SHG in Rastatt

Dort haben wir ein Treffen mit der SHG Prostatakrebs-Landkreis Rastatt vereinbart. Leiter Anton Kreiss empfängt uns zu diesem Extra-Abend. Mein Vortrag über Sport und Ernährung bei Prostatakrebs führt zu angeregten Diskussionen. So habe ich mir das eigentlich öfters auf der Reise vorgestellt, aber es ist Urlaubszeit und in Flächenstaaten wie Bayern findet man, trotz vieler Gruppen insgesamt, auch nicht in jedem Zielort eine Gruppe.

Am nächsten Morgen ist zunächst Steinmauern auf dem Programm, wo uns im Flößermuseum Manfred Umser die beschwerliche und risikoreiche



Gerd Studer, © privat



Hans-Dieter Kuritz, © privat

Arbeit erklärt, wie die Flößer seinerzeit die Holzstämme aus dem Schwarzwald zuerst die Murg hinunter geschleust haben und dann mit großen Flößen nach Holland verschifften. Manfred ist gern bereit, auch andere Gruppen durch das Flößer-Museum zu führen (Tel. 07222-150585). Nach dieser lehrreichen Stunde radeln wir gemütlich erst links-, dann rechtsrheinisch nach Kehl.

Rund um den Kaiserstuhl

Den nächsten Tag geht es über 87 km an den Kaiserstuhl. Zum Mittagessen in Kappel treffen wir Ludwig Zehnle, Leiter der SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis. Er zeigt mir die Broschüre von Prof. Mauser von der Ortenau-Klinik über „Prävention in der Herzmedizin: wer es schafft, auf manche schlechte Gewohnheit zu verzichten, der kann nur gewinnen – sowohl an Lebensqualität als auch an Lebensjahren.“ Wie wahr! Am Kaiserstuhl haben wir Mühe, unser Quartier zu finden, weil der Ortsobersname Vogtsburg (ein Zusammenschluss von sieben Weinbaugemeinden) dem Navi Schwierigkeiten bereitet. Wir kämpfen uns durch die Weinberge, bis wir ermüdet in Oberrotweil landen.

An unserem „Ruhetag“ machen wir eine kleine Runde um den Kaiserstuhl. Breisach begeistert uns mit seinem aufragenden St. Stephansmünster. In Umkirch am Kaiserstuhl übernachteten wir in einem Hotel mit einem Restaurant, das auch einst Jan Ulrich häufig bei seinen Trainingsfahrten aufgesucht haben soll. Aber mit ihm wollen wir uns ja nicht messen.

Über den Schwarzwald an die Donau

Am 9. Tour-Tag radeln wir, die Höhen des Schwarzwaldes immer näher rückend, von Umkirch über Freiburg nach Kirchzarten zwar stetig, aber gut fahrbar bergaufwärts. Dann steigen wir um in den Zug, denn durch das stark befahrene Höllental an den Titisee gibt es keinen geeigneten Radweg.

Ab Neustadt klettern wir auf einsamen Straßen hoch nach Löffingen, tauchen runter in die Gauchach-schlucht mit einer „Bergankunft“ in Döggingen kurz vor Donaueschingen. Wir sind an diesem Tag fast 1.000 Höhenmeter gefahren!

Einen Tage später haben wir eine weitere strapaziöse Etappe durch das Donautal „flussabwärts“ vor uns. Nach der Besichtigung der offiziellen Donauquelle in Donaueschingen geht es zunächst gemütlich der Donau entlang bis zu ihrer Versinkung in Immendingen.

Danach wird es immer bergiger, das Donautal enger. Nach 98 km kommen wir total ausgelaugt bei fast Dunkelheit in Beuron-Thiergarten an. Der Wirt bringt uns in ein nahe gelegenes Gasthaus, wo wir uns von den Strapazen des Tages erholen können.

Die nächsten beiden Tage geht es weiter der Donau entlang über Sigmaringen, Obermarchtal, Riedlingen und Ehingen nach Neu-Ulm. Dann hat es einen von uns erwischt: Sommerdarmgrippe. Er muss die folgenden Tage den Zug nehmen.

Auf dem Bodensee-Königsee-Radweg

Die Tour führt nun der Iller entlang nach Memmingen und weiter nach Immenstadt. Wir sind auf dem Bodensee-Königsee-Radweg angekommen.

Über Nacht schlägt plötzlich das Wetter um, Regen. Wir müssen länger unterstehen und warten, erreichen aber unser vorgegebenes Tagesziel Nesselwang.

Vom Hopfensee und Füssen aus sehen wir aus der Ferne Schloss Neuschwanstein. Wir besichtigen die berühmte Wieskirche. Der Weg führt stän-



(von links) Rainer Uhlendorf, Egbert Effertz, Gerd Studer, Klaus-Dieter Kuritz, © G. Studer

Blutwerte					
Marker	Eigenschaft	Einheit	18.08.2015	16.09.2015	Sollbereich
PSA	Kontrollmarker	µg/l	1,29	1,31	<2,0
NSE	aggressiver Krebs	µg/l	14,6	13,1	<13,0
CGA	aggressiver Krebs	µg/l	46	34	20-100
Testosteron	männl. Hormon	µg/l	7,02	8,04	3,0-9,0
Dihydrotestosteron (DHT) – „eigentlicher Treibstoff für Prostatakrebs“		ng/l	42	147	250-1000

Tabelle 1.
Übersicht der
Blutwerte

dig bergauf, bis wir unterkühlt in Bad Kohlgrub ankommen. Unser wieder mitfahrender „Kranker“ hat zum Glück die Etappe gut überstanden.

Die nächsten Tage begleitet uns die Kälte. Der Loisach entlang geht es an den Kochelsee zur Besichtigung von Kloster Benediktbeuren. Im Regen radeln wir über Bergeshöhen an den schönen Tegernsee, weiter zum Schliersee bis Fischbachau. Nur noch eine Etappe trennt uns vom Ziel in Aschau im Chiemgau.

Aschau benutzen wir als Standquartier für zwei Touren vor Ort: einen Tag rund um den Chiemsee, den anderen Tag eine harte Abschlusstour mit fast 1.600 Höhenmetern rund um die Kampenwand an den österreichischen Walchsee.

Medizinische Ergebnisse (s. Tabelle 1)

Seit letztem Jahr – elf Jahre nach meiner Hormontherapie – steigt bei vorhandener Prostata mein PSA-Wert kontinuierlich an. Daher hat es mich nicht verwundert, dass ich in etwa nur einen Stillstand durch die körperliche Anstrengung bewirken konnte. Einen Testosteronanstieg wie dieses Mal habe ich bisher auf allen anderen Radtouren nicht beobachtet. Den für mich sehr hohen DHT-Wert muss ich fast als Ausreißer sehen, denn der Folgewert liegt deutlich darunter.

Da der Körper pro Kilogramm Körpergewicht täglich 1 Gramm Eiweiß braucht, habe ich an der Proteinzufuhr, bevorzugt Fisch, nicht gespart. Trotz-

dem ist mein Körpergewicht unter den Anstrengungen der Tour um 4 kg gefallen, so dass mein Body Mass Index sehr gut innerhalb des Normalgewichtes liegt. Bei meinem letzten Radbericht 2014 habe ich die Hoffnung geäußert, 10 kg abzunehmen: jetzt sind es mit ganzjähriger Bewegung und Zurückhaltung bei der Kalorienzufuhr 14 kg geworden. Belohnt werde ich durch einen hervorragenden Homocysteinwert, so dass das Risiko für Arteriosklerose und damit Herz-/Kreislaufkrankungen reduziert ist. Und der Insulinspritze bin ich auch davongefahren, wie der Langfriztuckerwert HbA1c zeigt.

Schlussfolgerungen

Für mich ist es schön, in einer Gruppe an einer solchen Tour teilzunehmen. Sie spornt mich an, sportlich tätig zu sein und sie gibt mir Sicherheit. Ich muss mich nicht um alles kümmern, als wenn ich alleine fahren würde. Aktiv einbringen muss man sich natürlich und jeder findet dazu auch ein passendes Aufgabengebiet. Zurück zu Hause merke ich bei meinem Training, dass ich an Kraft dazu gewonnen habe, dass ich zuversichtlicher und zufriedener meinen Alltag erlebe. Ich freue mich schon auf die Radtour 2016!

Gern wiederhole ich meinen Ratschlag: Sport ist ein mächtiges „Arzneimittel“, auch für an Prostata Erkrankte. Jeder kann und sollte ihn nutzen. Man muss nur wollen und den ersten Schritt tun!

Patienten-Information.de mit neuem Design und neuen Inhalten

(Red ug) Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat das Patientenportal „Patienten-Information.de“ im Jahr 2000 erstmalig online geschaltet. Für das werbefreie Portal wurde nun ein modernes und übersichtliches Design entwickelt. Neues Aussehen und eine verbesserte Handhabung helfen Patienten und Interessierten, schneller Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern und Gesundheitsthemen zu finden. Jeder kann sich die verlässlichen Materialien kostenlos herunterladen und ausdrucken.

Im Fokus der neuen Online-Präsenz stehen evidenzbasierte Informationsmaterialien, die am ÄZQ erstellt wurden. Dazu gehören laienverständliche Broschüren zu ärztlichen Leitlinien, sogenannte Patientenleitlinien, und kompakte, zweiseitige Kurzinformationen für Patienten. Außerdem werden Checklisten zu allgemeinen Gesundheitsthemen angeboten, die Orientierung im Gesundheitswe-

sen ermöglichen. Alle Informationen werden auf Grundlage von aktuellen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen sowie den Erfahrungen und Wünschen Betroffener entwickelt. Neu auf der Webseite ist ein Wörterbuch zu Fremdwörtern und Fachbegriffen, welches kontinuierlich erweitert wird. Verweise auf Selbsthilfeorganisationen und aktuelle Nachrichten runden das Informationsangebot ab.

Neu: Kurzinformationen für Patienten zum Bestellen

Die Informationsblätter können nun auch auf hochwertigem Papier und in beliebiger Auflage kostenpflichtig bestellt werden – zum Beispiel beim DDZ: Kurzinformationen für Patienten als Druckversion.

Patienten-Information.de ist ein gemeinsames Portal von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Für die Betreuung der Webseiten ist das ÄZQ verantwortlich.

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 1/2016

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

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

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- Komplementärmedizin für Krebspatienten

- Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“
- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“
- Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- 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

Die neue Patientenleitlinie „Psychoonkologie“ ist erschienen

Von Fachgesellschaften zusammen mit Patientenvertretern entwickelt und von der Stiftung Deutsche Krebshilfe finanziert, ist die laienverständliche Empfehlung „Psychoonkologie – Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige“ jetzt erschienen. Vom BPS waren Berthold Isele und Manfred Olbrich beteiligt. Die BPS-Arbeitskreise „Psychoonkologie“ und „Frauen im BPS“ hatten die Konsultationsfassung der Patientenleitlinie kommentiert.

Die Patientenleitlinie kann als PDF-Datei unter http://www.prostatakrebs-bps.de/images/pdf/medizinisches/Leitlinien/Patientenleitlinie_Psychoonkologie.pdf heruntergeladen werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir ebenfalls auf die Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ hinweisen, die Sie als PDF-Datei unter http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Leitlinien/PLL_Palliativmedizin_WEB.pdf herunterladen können.

Beide Broschüren können kostenfrei bei der Deutschen Krebshilfe (Tel. 0228-72990-0) oder unter <http://www.krebshilfe.de/wir-informieren/material-fuer-betroffene/patientenleitlinien.html> bestellt werden.



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

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