

Magazin 2/2016

für Prostatakrebserkrankte und Angehörige

Mitgliederversammlung 2016

EHRUNGEN



Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, 2016

Editorial

Aktuell

Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2016	2
Zertifizierte Prostatakrebszentren und die PCO-Studie	7
Zur Einschätzung von Risiken	9
Ärzte sehen informierte Patienten kritisch	12

Diagnose und Therapie

Diagnose und Behandlung von Prostatakrebs mit radioaktiven Medikamenten gegen das Prostataspezifische Membran Antigen (PSMA)	14
Strahlentherapie: Mangelernährung und Gewichtsverlust gezielt abwenden	17
Chemohormontherapie wird Standard in der M1-Situation	18
Extreme Hypofraktionierung beim Prostatakarzinom – Deutschlands einzige klinische Studie (HYPOSTAT) hierzu	19
Bisphosphonat-assoziierte und medikamentös-assoziierte Kiefernekrosen	22

Verbandsnachrichten

Landesverband Hessen tagte an der Bergstraße	24
Jahreshauptversammlung RV Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe	25
2. Tagung der Regional und Landesverbände in Kassel	26
Aus dem Leben einer Selbsthilfegruppe	27
15-jähriges Bestehen der Prostatakrebs Selbsthilfe Saarbrücken	28
Selbsthilfegruppe Griese Gegend beim Selbsthilfetag in Schwerin	29
Schwingstabtherapie in der Vogtlandklinik Bad Elster	29
Die Aktivitäten der SHG Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V.	30
Mitgliederehrungen in der Selbsthilfegruppe Stuttgart	31
Tagestour von Borken nach Duisburg	31
Et blieb nix wie et wor – Verabschiedung von Carolin Stock	31

Für Sie notiert

Empfehlenswerter Ratgeber: Der erste Rat	32
Gymnastik für die Lendenwirbelsäule	33

Titelbild: Grafische Gestaltung S. Arends

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

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

Impressum:

Das BPS-Magazin wird herausgegeben und verlegt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., gemäß § 26 BGB durch folgende Vorstandsmitglieder vertreten:
 Günter Feick (Vorsitzender),
 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
 Weidendam 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,

„Patienten aller Altersgruppen haben keinen Vorteil von einem PSA-basierten-Screening“, so wertete 2012 die US Preventive Services Task Force (USPSTF) die im Jahr 2009 veröffentlichten Ergebnisse des „Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer (PLCO) Screening Trial“.

Kritiker des PSA-Tests und der Prostatakrebs-Früherkennung fühlten sich bestätigt. Andere reagierten mit Entsetzen oder Sprachlosigkeit auf diese Veröffentlichung.

Zu den explizit Nicht-Sprachlosen gehörte auch Prof. Dr. Michael Stöckle, Direktor der Klinik für Urologie, Universitätsklinikum des Saarlandes. Nach Bekanntwerden der PLCO-Studienergebnisse folgte er: „In der Studie wurden eben nicht Männer mit und ohne PSA-Test verglichen, sondern Männer, ... die sich ... zum überwiegenden Teil haben testen lassen.“

Das bestätigte 2016 eine veröffentlichte Nachprüfung der Studiendaten durch die drei jungen Urologen Dr. Shoag, Dr. Mittal und Dr. Hu. Eine nahezu gleiche Anzahl Männer im Interventionsarm und im Kontrollarm der Studie erhielten den PSA-Test. Damit ist nach internationalem Expertenurteil die PLCO-Studie für eine Bewertung PSA-gestützter Prostatakrebs-Früherkennung wertlos geworden.

Dass Männer jedoch tatsächlich einen Überlebensvorteil haben, wenn sie an einem Screening-Programm teilnehmen, zeigen die Ergebnisse der European Randomized Screening on Prostate Cancer (ERSPC)-Studie.

Was sollen uns diese Erfahrungen für die Prostatakrebs-Früherkennung im Gesundheitssystem Deutschlands bedeuten? Ihre Bedeutung soll eine Verständigung auf diese Tatsachen sein:

- Die von den Mitgliedsbeiträgen der Versicherten finanzierte digitale, rektale Untersuchung alleine kann einen Prostatakrebs im Frühstadium nicht erkennen.
- Der von den Krankenkassen nicht bezahlte PSA-Test ist noch immer die beste Methode, um die Notwendigkeit einer Biopsie zu erkennen, mit der ein Verdacht auf Prostatakrebs ausgeschlossen oder bestätigt werden kann.

Nach Jahren heftiger Diskussionen ist es jetzt Zeit, sich über den richtigen Weg zur Etablierung der Prostatakrebs-Früherkennung im Gesundheitssystem zu verständigen und zu handeln. Hierbei können uns sowohl die ERSPC-Studienergebnisse helfen als auch die „Interdisziplinäre Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“.

Mit diesen und weiteren Instrumenten wollen sich der BPS und seine Kooperationspartner auf den Weg machen, zur Etablierung risikoadaptierter PSA-gestützter Prostatakrebs-Früherkennung im Gesundheitswesen Deutschlands.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Alle Juni wieder – Jahrestagung des BPS

Arbeit mit Wiedersehensfreude und Geselligkeit verbinden ist alljährlich das Ziel der BPS-Jahrestagung. Ob das gelungen ist, wird jeder einzelne der Teilnehmer für sich beantworten. Der äußere Rahmen hingegen ist eindeutig: In diesem Jahr trafen sich 150 Selbsthilfegruppenleiter des BPS vom 8. bis 10. Juni in Kassel.

Nebenbei ist mittendrin

Es sind oft die Zufallsbegegnungen und die Pausengespräche, die die wertvollsten Informationen scheinbar schicksalhaft offenbaren. Sie sind wertvolle Hilfen zur Selbsthilfe. Um diesen Begegnungen ausreichend Raum zu geben, lud bereits der Eröffnungstag in eine offene Runde zu Wiedersehen und Kennenlernen ein. In einem hoffentlich für alle Teilnehmer ausreichend entspannten Zeitrahmen gab es Gelegenheit liebgewonnene Kontakte wiederzutreffen und neue zu knüpfen und diese in den folgenden Tagen beim Mittagessen, beim Grillabend oder beim gemeinsamen Musizieren zu intensivieren.

Mitgliederversammlung und besondere Verdienste

Doch bei aller Geselligkeit war auch ein volles

Tagungsprogramm zu bewältigen, darunter insbesondere der mittlere der drei Veranstaltungstage mit der 16. Ordentlichen Mitgliederversammlung.

Hier gab es auch in diesem Jahr traurigen Anlass innezuhalten und der verstorbenen Selbsthilfegruppenleiter zu gedenken. Mit Hansjörg Burger, Rudolf Drummer, Siegi Gebhard, Heinz Jirasek, Christian Ligensa, Jörg Obe und Meinolf Stelte verbinden den BPS viele Jahre gemeinsamen Weges. Wir erinnern uns gern an sie und fühlen uns ihnen verbunden.

Inhaltlicher Natur waren der Bericht des BPS-Vorstands, der Bericht des Fördervereins Hilfe bei Prostatakrebs e.V. und eine Darstellung der Arbeit der Regional- und Landesverbände. Nach der Aussprache zum Vorstandsbericht wie auch zum BPS-Jahresabschluss und zum Bericht der Kassenprüfer konnte der Vorstand einstimmig entlastet werden.

Verbandlicher Höhepunkt war die traditionelle Auszeichnung der Selbsthilfegruppenleiter für ihre langjährige Gruppenarbeit. Zehn Männer erhielten das goldene, 21 das silberne und 14 das bronzene Verbandsabzeichen. Ihnen dankte der Vorstand im Namen des BPS für die engagierte Unterstützung und Verbundenheit.



Mit der Verbandsnadel in Bronze wurden geehrt (örtlicher/regionaler Bezug der Selbsthilfegruppe in Klammern): Klaus-Peter Sorg (Schwäbisch Gmünd), Ulrich Glatzle (Raum Böblingen), Siegfried Hepp (Waldshut-Tiengen), Andreas Günther (Potsdam), Klaus Höhne (Neuruppin), Bernd Schuldes (Vogtland), Harold Machholz (Magdeburg), Dr. Wolfgang Fischer (Gera), Wolfgang Kannenberg (Bremerhaven), Malte Rathmann (Bremen), Erich Simon (Odenwald), Reinhard Krause (Alsdorf), Hans-Josef Beckers (Bocholt), Klaus-Dieter Weber (Mülheim a. d. Ruhr), © alle Fotos: B. Papayannakis



Mit der Verbandsnadel in Silber wurden geehrt (örtlicher/regionaler Bezug der Selbsthilfegruppe in Klammern): Dr. Horst Köller (Krefeld), Manfred Olbrich (Südpfalz), Rüdiger Bolze (Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e.V.), Karl Heinz Bauer (Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg), Gerhard Hoffmann (Calw), Hans Georg Köhninger (Renchen), Alfons Swaczyna (Regensburg/Oberpfalz), Hanns-Jörg Fiebrandt (Berlin-Mitte), Wolfgang Slania (Mariendorf-Berlin), Peter Michalke (Teltow), Hans-Jürgen König (Schwerin), Hans-Joachim Franke (Sangerhausen), Rainer Meißner (Wittenberg), Folker Keller (Oldenburg), Werner Siebert (Emden), Volker Tobias (Wittmund), Ralf Kiehne (Holzminden/Höxter), Ernst-Günther Carl (Pinneberg), Lothar Strauch (Borken u. Umgegend), Walter Meister (Bielefeld)



Mit der Verbandsnadel in Gold wurden geehrt (örtlicher/regionaler Bezug der Selbsthilfegruppe in Klammern): Hans-Jürgen Weth (Landsberg), Wolfgang Schüppler (Coburg), Roland Lippmann (Rosenheim), Rüdiger Beins (Celle), Harro Zander (Stade), Günter Pause (Bad Schwartau), Werner Heidel (Rendsburg), Ulrich Kruse (Duisburg), Hans-Dieter Rutkowski (Bochum), Dieter Claas (Düsseldorf)

Besondere Verdienste in der Verbandsarbeit können zudem mit der Ehrennadel des BPS ausgezeichnet werden, die in diesem Jahr, erstmals in der BPS-Geschichte überhaupt, in Gold verliehen wurde. Ralf-Rainer Damm hat sich in herausragender Weise für den BPS und um Prostatakrebspatienten verdient gemacht und die Ehrennadel in Gold verliehen bekommen. Lesen Sie auf der folgenden

Seite die Würdigung für Ralf-Rainer Damm. Die Ehrennadel in Silber wurde an Bernd Knye-Neczas verliehen. Zehn Jahre war er neben anderen Aufgaben in der Prostatakrebs-Selbsthilfe kenntnisreicher Ratgeber im BPS-Vorstand und hatte in für den BPS schwierigen Zeiten Verantwortung übernommen. Lesen Sie auf Seite 4 die Würdigung für Bernd Knye-Neczas.



Laudatio für Ralf-Rainer Damm

Ralf-Rainer Damm war Mitglied im BPS Vorstand von 2006 bis 2011 und sein Schriftführer ab 2007. Er ist Gründungsmitglied der Beratungshotline und seit Februar 2008 Hotline Berater. Ralf-

Rainer Damm hat zusammen mit seinen Kollegen der BPS Hotline in fast 1.000 Gesprächen pro Jahr Patienten und Angehörige informiert und beraten. Durch regelmäßige Fortbildung hat er einen Wissenstand erworben der ihn zu einem geschätzten Ratgeber macht. An der Gründung des gemeinsamen Prostatakrebs-Forums von BPS und KISP im Jahr 2004 hatte er bedeutenden Anteil. Seit dieser Zeit ist er auch Moderator dieses Forums. Ralf-Rainer Damms tägliche Arbeit, seine Kenntnisse, Toleranz und wo nötig auch die Durchsetzung der Forumsregeln sind Gründe für die Akzeptanz und Bekanntheit dieses Forums in dem sich Patienten informieren und gegenseitig Mut machen. Es ist mit mehr als 85.000 Beiträgen und über 4.100 registrierten Nutzern das am meisten besuchte Forum dieser Art im deutschsprachigen Raum und vermutlich auch in Europa. Aus den Forumsbeiträgen hat Ralf-Rainer Damm einen Extrakt erstellt und aktualisiert ihn ständig. Dieses Nachschlagwerk archiviert die Patientenerfahrungen mit ihrer Erkrankung zum Nutzen der heute Betroffenen. Monatlich weit über 10.000 Mal wird auf diesen Forumsextrakt zugegriffen. Für die Gestaltung und Aktualisierung der BPS homepage ist Ralf-Rainer Damm auch seit langem tätig. Über 4.000 Besucher der BPS Web-Seite pro Monat sind ein weiterer Beweis für die Qualität seiner Arbeit. „Ralf-Rainer Damm macht nie viele Worte aber immer seine Arbeit, die er sich selbst gestellt und ehrenamtlich in außergewöhnlich eindrucksvoller Weise erfüllt.“ Hierfür dankt der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Ralf Rainer Damm herzlich und verleiht ihm für seine Verdienste die Ehrennadel in Gold.



Laudatio für Bernd Knye-Neczas

Bernd Knye-Neczas war Mitglied im BPS-Vorstand von 2003 bis 2013 und sein stellvertretender Vorsitzender von 2007 bis 2011. Er war das erste BPS-Vorstandsmitglied aus einer Selbsthilfegruppe

der Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Berlin Thüringen und Sachsen, die im Regionalverband Neue Bundesländer organisiert sind, welchen Bernd Knye-Neczas mitgegründet hatte.

Zu allen Zeiten seiner Tätigkeit war er im BPS-Vorstand ein kenntnisreicher und Festigkeit vermittelnder Ratgeber bei wichtigen Verbandsentscheidungen. Seine Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Prostatakrebs-Selbsthilfe und besonders seine Vorstellungen zu den Aufgaben und Bedürfnissen der Selbsthilfegruppen, geprägt durch seine Leitung der Selbsthilfegruppe Jena seit 2003, haben die Organisation und Fähigkeiten des BPS beeinflusst. Seine Erfahrungen hat er den Neuen in der Prostatakrebs Selbsthilfe in BPS Seminaren weitergegeben im Wissen, dass Selbsthilfe hilft und selbstbewusst macht.

Bernd Knye-Neczas hat als stellvertretender BPS-Vorsitzender in für den BPS schwieriger Zeit, in der zwei unserer Vorsitzenden verstarben, Verantwortung übernommen. Mit seinem festen Willen und in seiner besonnen Art hat er in dieser Situation die Kontinuität und Weiterentwicklung des Verbandes maßgeblich geprägt.

Hierfür dankt der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Bernd Knye-Neczas herzlich und verleiht ihm für seine Verdienste die Silberne Ehrennadel des Verbandes.

Bei den abschließenden Vorstandswahlen wurden die Herren Reiner Decker (SHG Prostatakrebs Wittmund), Lothar Eberhardt (SHG Prostatakrebs Leipzig/Umgebung) sowie Josef Dietz (SHG Prostatakrebs Bruchsal/Bretten) in den Vorstand gewählt. Zum Nachfolger des scheidenden Schriftführers Peter Grief wählte die Versammlung Ulf Lümekemann (SHG Prostatakrebs Wilhelmshaven/Friesland).

Wissen und Wissenswertes

Die gesundheitliche Selbsthilfe steht beständig vor der Herausforderung sich medizinische Informationen anzueignen. Der „informierte Patient“ ist eine Maxime des BPS und somit auch der „informierte Selbsthilfegruppenleiter“. Daher wurden auch auf dieser Jahrestagung Vorträge zum wissenschaftlichen Fortschritt rund um den Prostatakrebs angeboten.

So begann am Eröffnungstag Dr. Oliver Blanck vom Krebszentrum Saphir Radiochirurgie, Güstrow, mit dem Ausführungen zur Cyberknife-Technik und zur Hypofraktionierung bei Prostatakrebs. Er ging auf die verschiedenen Strahlentherapieverfahren und -techniken ein und stellte die HYPOSTAT-Stuvor. Lesen Sie Näheres hier im Heft ab Seite 19.

Dr. Christoph Kowalski von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) in Berlin berichtete zu DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren, derer es aktuell 98 im deutschsprachigen Raum gebe und über die Compare and Reduce Variation Studie. Eine Zu-

sammenfassung dieses Vortrags finden Sie auf den Seiten 7 bis 9.

Am zweiten Tag, nach Beendigung der Mitgliederversammlung, folgte zunächst ein Vortrag von Professor Uwe Haberkorn, Ärztlicher Direktor der Abteilung Nuklearmedizin an der Universität Heidelberg. Seine Ausführungen zu PSMA-Diagnose und Therapie lesen Sie bitte im gesonderten Beitrag ab Seite 14.

Anschließend berichtete Professor Thorsten Schlomm von der Martini-Klinik in Hamburg über die Fortschritte im 2007 initiierten Genom-Projekt. Ziel sei es, die DNA der 50 wichtigsten Tumorarten komplett zu analysieren. Demnach werde der Blick nicht mehr auf das Organ der Krebsherdes gerichtet, sondern auf die Genetik seiner Zellen. Ein Prostatakrebs und ein Brustkrebs könnten sich genetisch mehr ähneln als zwei Prostatakrebs. Hier liege die Zukunft der Krebsdiagnose und -behandlung.

Weiter stellte Professor Schlomm Progether vor, ein Projekt welches unmittelbar für Patienten interessant sein werde. In einer internetbasierten anonymen Datenbank könnten Prostatakrebspatienten ihre krankheitsbezogenen Daten online eingeben und erfahren, was andere Männer in ihrer Situation gemacht haben. Weltweit lebten 11 Millionen Männer mit ihrem Prostatakrebs. Darunter gebe es zahlreiche „Zwillinge“ mit gleichen Krankheitsparametern. Sie zu finden, deren Therapieverlauf kennenzulernen und für die eigene Entscheidung



Ein herzlicher Dank geht an die BPS-Hauskapelle in der Besetzung (von links) Bernd Reitberger, Ralf-Rainer Damm und Holger Jünemann für Musik und frohe Stunden

zu nutzen, sei das Ziel von progether. Ein Erfahrungsschatz von ungeahntem Ausmaß, an dem auch die Mediziner international teilhaben werden. Der BPS ist in die Testphase des Projekts mit eingebunden. Wenn das Projekt ausgerollt wird, berichten wir an dieser Stelle ausführlich.

Am letzten der drei Veranstaltungstage referierte zunächst Privat-Dozent Dr. Thorsten Diemer von der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Gießen zu Gesundheit und Gesundung des alternden Mannes. Er berichtete über Hormone und Ernährung bei Prostatakrebskrankungen und klärte über manche Ernährungsirrtümer auf.

Die Jahrestagung endete mit dem Vortrag von Dr. Stefan Machtens von der Klinik für Urologie des Marien-Krankenhauses in Bergisch Gladbach. Dr. Machtens, der im vergangenen Jahr vom BPS mit der Wil-de-Jongh-Medaille ausgezeichnet wurde, sprach über den aktuellen Stand in der fokalen

Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms. Diese Behandlung bietet sich als Alternative zur möglichen Übertherapie oder potentiell ungenügenden Tumorkontrolle an. Es handele sich um ein Angebot für Patienten, die Aktive Überwachung als zu unsicher und eine definitive Therapie als zu invasiv empfinden.

Die Morgenandacht war wie immer gut besucht. Sie ist für uns ein Moment der Einkehr und des Sammels neuer Zuversicht. Reinhard Schalla hatte die Andacht wieder liebevoll gestaltet mit der Hilfe von Ludwig Pabst und Gerhard Zieseniß.

Alle Juni wieder

Die nächste Jahrestagung kommt bestimmt. Selbsthilfegruppenleiter des BPS, bitte merken Sie sich für 2017 wieder den Juni vor. Versäumen Sie es nicht, zusammen mit Ihren bundesweit verteilten Selbsthilfegruppenleiter-Kollegen drei Tage des Erfahrungsaustausches zu verbringen.

BPS-Beratungshotline

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

0800-70 80 123

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

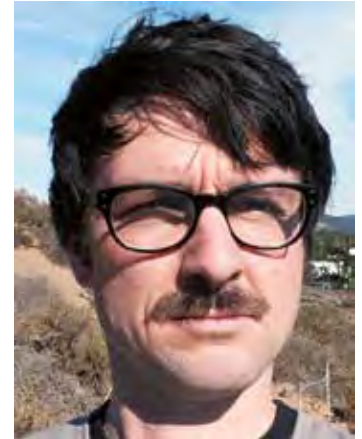
Unsere Beratung erfolgt absolut unabhängig und ohne Einflussnahme durch Kliniken, Ärzte oder Firmen und verfolgt keinerlei finanzielle Interessen.

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

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

Zertifizierte Prostatakrebszentren und die „Prostate Cancer Outcomes – Compare and Reduce Variation“ (PCO-)Studie

Von Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e. V.



© privat

Warum gibt es zertifizierte Zentren?

Diagnose, Therapie und Nachsorge des Prostatakarzinoms sind komplex und das Wissen zur Versorgung von Patienten nimmt erfreulicherweise ständig zu. Zur bestmöglichen Versorgung der Patienten sind daher Kenntnis und Anwendung des aktuellen medizinischen Wissens und die Nutzung der entsprechenden Arzneimittel und Medizingeräte erforderlich. Zudem sind zur Versorgung von Prostatakrebspatienten viele Spezialisten nötig: In erster Linie Ärzte, also beispielsweise Urologen, Strahlentherapeuten und Pathologen, aber auch Pflegekräfte, Psychoonkologen, Sozialarbeiter und natürlich die Selbsthilfe, die Betroffene unterstützt. Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Patienten, Angehörige und Ärzte bei der Auswahl der Behandler zu unterstützen, indem es diejenigen Zentren, die sich besonders um die überdurchschnittliche Qualität der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung verdient machen, zu zertifizieren. Ein „Zertifiziertes Zentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.“ muss den Nachweis erbringen, dass es Anforderungen umsetzt, die aus den Leitlinien und der aktuellen Forschung abgeleitet und von einer Expertenkommission abgestimmt werden. Diese Anforderungen beziehen sich beispielsweise auf die Durchführung multi-

disziplinärer Tumorkonferenzen, an denen die verschiedenen Spezialisten teilnehmen, die apparative Ausstattung, die Qualität der Operation und die Routine des Zentrums, dargestellt durch Mindestzahlen von Patienten. Nicht-zertifizierte Einrichtungen erbringen diesen Nachweis nicht. Zertifizierte Zentren mit Kooperationspartnern sind unter www.oncomap.de einsehbar. Die detaillierten Anforderungen sind in sogenannten Erhebungsbögen formuliert und auf der Webseite der DKG einsehbar¹. Dabei ist uns wichtig, dass Zentren mehr sind als bloß Krankenhäuser: Sie sind „ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. standortübergreifenden Einrichtungen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen), die, sofern fachlich geboten, möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden“.² Dies ist aufgrund der vielfältigen Therapieoptionen beim Prostatakrebs von besonderer Bedeutung.

Wie wird die Konformität mit den Anforderungen überprüft?

Zentren, die sich (re-)zertifizieren lassen wollen, müssen jährlich zur Umsetzung der Anforderungen Stellung beziehen. Dies geschieht über die standardisierte Dokumentation mittels sogenannter „Kenn-

¹ <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen.html>

² Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen, Berlin, S. 32.

zahlen“. Zusätzlich wird die Umsetzung in Audits vor Ort überprüft, die durch onkologisch tätige Ärzte, sogenannte „Fachexperten“ durchgeführt werden. Das ist wichtig, da Zentren so mit externen Experten ihre Ergebnisse diskutieren können. Zugleich müssen die Zentren Stellung beziehen, wenn die Umsetzung einzelner Kennzahlen nicht so erfolgt, wie laut Anforderungen vorgesehen. Sofern medizinisch oder durch Patientenwunsch geboten ist, muss aber im Einzelfall begründet werden. Gegebenenfalls müssen nachweislich Maßnahmen ergriffen werden, um die Umsetzung zu verbessern. Geschieht dies nicht, erfolgt die Aberkennung des Zertifikats. Somit dienen die Audits gleichermaßen der Qualitätssicherung und -verbesserung. Die Teilnahme am Zertifizierungsverfahren ist freiwillig, d.h. niemand wird gezwungen, sich zertifizieren zu lassen. Aber nur zertifizierte Zentren dokumentieren ihre Kennzahlenergebnisse und setzen sich dem Vergleich mit anderen aus. Die Kennzahlenergebnisse werden nicht nur für die Audits genutzt, sondern jährlich in Kennzahlenauswertungen berichtet (s. Abb. 1, Beispiel Kennzahl „Vorstellung in der monatlichen posttherapeutischen Konferenz – Primärfälle“). Dort sehen die Zentren, wie sie im Vergleich zu den anderen Zentren stehen, können verlässlich ihre Stärken erkennen und sehen zugleich, wo sie sich verbessern können. Das gäbe es ohne Zertifizierung nicht.

Wie können Patienten die Kennzahlenauswertung nutzen?

In der Kennzahlenauswertung werden die Ergebnisse aller derzeit 98 zertifizierten Prostatakrebszentrumsstandorte mittels anonymisierter Balken dargestellt. Da Zentren von Sollvorgaben abweichen können, wenn dies medizinisch oder aufgrund eines Patientenwunsches geboten ist, wäre eine Rangfolge der Zentren auf der Grundlage der Kennzahlen irreführend. Allerdings kann es für Patienten sinnvoll sein, sich die Ergebnisse der aktuellen Kennzahlenauswertung vom Zentrum erklären zu lassen. Dies kann den Patienten helfen, die Versorgung im Zentrum zu verstehen, Unsicherheiten abzubauen und Vertrauen zu entwickeln.

Kann man Behandlungsergebnisse vergleichen? Die PCO-Studie

Die Anforderungen für Prostatakrebszentren beziehen sich vor allem auf Strukturen und Prozesse, die nachweislich wichtig sind, um gute Ergebnisse zu erreichen. Der Vergleich der Ergebnisqualität, also beispielsweise dem Überleben und den beim Prostatakarzinom teils erheblichen körperlichen Nebenwirkungen der Behandlung in Form von Inkontinenz, erektiler Dysfunktion und Darmproblemen ist allerdings ebenfalls von großer Bedeutung für die Patienten, denn sie wollen wissen, wo sie sich am besten behandeln lassen. Sie ist aber auch von Bedeutung für die Behandler, denn diese wol-

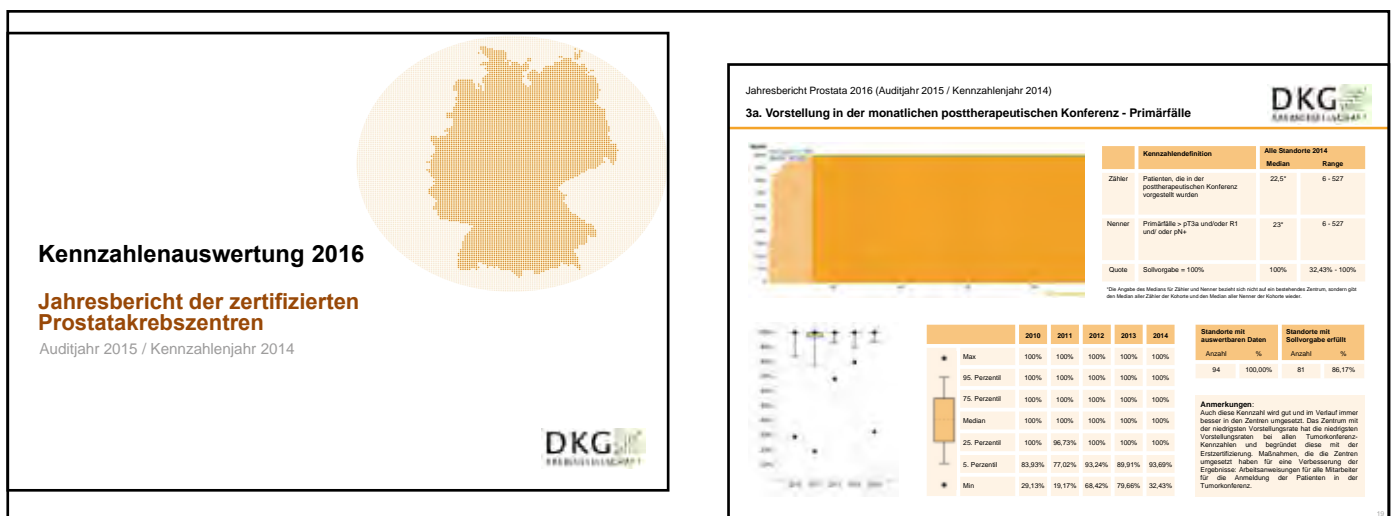


Abb. 1. Kennzahlenauswertung

len ihre Ergebnisse verbessern. Ohne zu wissen, wo man im Vergleich steht, ist dies nur schwer zu erreichen. Allerdings ist das Messen der Ergebnisqualität aus vielerlei Gründen schwer umzusetzen, beispielsweise weil die fraglichen Ereignisse erst lange nach der Behandlung stattfinden und nicht immer klar ist, auf wen diese zurückzuführen sind: den Behandler, der die Primärtherapie durchführt, den niedergelassenen (nachsorgenden) Arzt oder Merkmale des Patienten? Zudem erfordert der Vergleich verschiedener Zentren die einheitliche Erfassung der Daten, was angesichts des erforderlichen Aufwands und der entstehenden Kosten bislang nicht geschehen ist.

Im Sommer 2016 begann deshalb die PCO-Studie, ein Kooperationsprojekt von BPS, DKG, dem Zertifizierungsinstitut OnkoZert und derzeit 23 zertifizierten Prostatakrebszentren, die ihre Ergebnisqualität mit einem einheitlichen Verfahren untereinander und mit etwa 40 weiteren Zentren

aus vielen anderen Staaten vergleichen, unter anderem aus den USA, dem Vereinigte Königreich, Australien und Italien. Die Studie wird von der Movember Foundation teilfinanziert und die deutschen Mittel vom Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs (FHbP) verwaltet. Im Rahmen dieser Studie wird jeder Patient prätherapeutisch und mehrmals posttherapeutisch mit einem einheitlichen und kurzen Fragebogen befragt. Nähere Informationen zur Studie und zu den teilnehmenden Zentren sind unter www.epic26.de abrufbar.

Die DKG freut sich auf die Zusammenarbeit mit den Partnern, ohne die die Umsetzung eines solchen Vorhabens nicht möglich wäre. Wir glauben, dass die Studie ein weiterer wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung der Betroffenen darstellt und werden über den Fortgang der Studie berichten.

Die Vortragsfolien können beim Autor angefordert werden.

Zur Einschätzung von Risiken

Friederike Kendel, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Woran bemisst sich für einen Patienten der Erfolg einer Therapie? Und welches Kriterium führt letztlich dazu, dass eine bestimmte Therapie von einer medizinischen Leitlinie und auch von dem behandelnden Arzt empfohlen wird? Ein Blick in die deutsche S3-Leitlinie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms zeigt, dass für Tumoren mit niedrigem Risikoprofil gleich vier Therapieoptionen zur Verfügung stehen: die radikale Prostatektomie (RP), die Radiotherapie (RT), die Brachytherapie (BT) und die aktive Überwachung (engl. Active Surveillance, abgekürzt AS). Offensichtlich werden also Therapien, die von einer maximalen Intervention (RP) bis zum aktiven Abwarten (AS) reichen, zunächst einmal als gleichwertig betrachtet.

Gleichwertig heißt in diesem Zusammenhang, dass sich die Mortalitätsraten der unterschiedlichen Therapien entweder nicht oder aber nur so gering unterscheiden, dass eine Überlegenheit eines dieser Verfahren nicht eindeutig festgestellt werden kann.

Die Mortalitätsrate ist zweifellos das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung eines Behandlungserfolges. Sie lässt sich einfach ermitteln, indem man die Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum aufsummiert und durch die Gesamtzahl



© privat

der untersuchten Fälle (in diesem Fall die Zahl der Männer mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom) dividiert. Für eine gut informierte Patientenentscheidung ist das Wissen um das Mortalitätsrisiko natürlich hochrelevant. Jeder Mann, der die Diagnose Prostatakrebs erhält, wird sich fragen, was diese Diagnose für sein Leben bedeutet und wie das Risiko, an dieser Erkrankung zu sterben durch eine bestimmte Behandlung verringert werden kann. Eine erst 2015 von Klotz und Kollegen veröffentlichte Studie zu Männern mit Tumoren mit niedrigem und intermediärem (mittlerem) Risiko unter aktiver Überwachung zeigte, dass 15 Jahre nach der Diagnose nur 1,5% der Männer an Prostatakrebs verstorben waren. 15% der Männer waren an anderen Ursachen verstorben. Und Tosoian und Kollegen (2015) berichteten Mortalitätsraten von 0,1% (1 von 1000) bei einem Follow-Up von 15 Jahren für Männer mit Tumoren mit niedrigem und sehr niedrigem Risikoprofil unter aktiver Überwachung. Nimmt man alle verfügbaren Studien zusammen, liegt das krebsspezifische Mortalitätsrisiko für Tumoren mit niedrigem Risikoprofil nach 10-15 Jahren deutlich unter 3%.

Wenn das Mortalitätsrisiko für die Wahl der Therapie eine wichtige Rolle spielt, dann ist es auch wichtig zu wissen, wie die entsprechenden Zahlen eigentlich von dem Patienten wahrgenommen werden. Wir führten deshalb eine Studie durch, in der wir 292 Patienten, die ursprünglich an der HAROW-Studie teilgenommen hatten, 1 bis 5 Jahre nach dem Erhalt der Diagnose eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms fragten, wie sie das Risiko einschätzten, an dieser Erkrankung und nicht an einer anderen Ursache zu sterben. Die Teilnehmer der Studie waren unter aktiver Beobachtung (AS) oder hatten sich einer radikalen Prostatektomie (RP) unterzogen. Eine Einschätzung des Mortalitätsrisikos sollte unabhängig von der eigenen Therapie sowohl für AS als auch für RP erfolgen.

Zwei Ergebnisse waren bemerkenswert (s. Abbildung): Erstens schätzten sowohl Männer unter AS als auch Männer nach einer RP das Risiko im Durchschnitt weit höher ein als es eigentlich ist: Das selbst eingeschätzte Risiko lag durchschnittlich bei etwa 20% bis 50%. Zweitens unterschieden

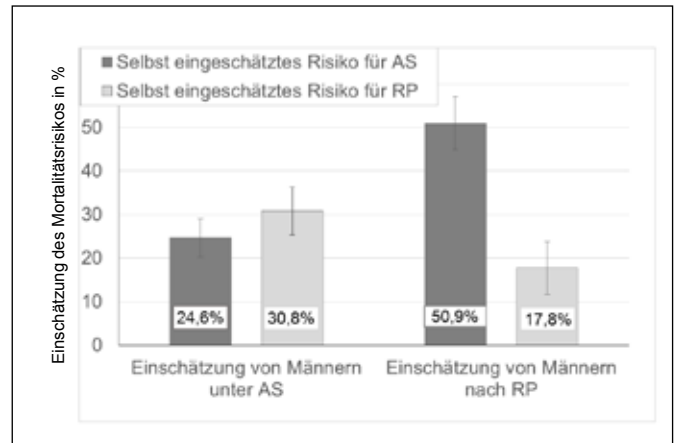


Abb. 1. Selbst eingeschätztes Mortalitätsrisiko von Männern unter AS und nach RP. Das Mortalitätsrisiko wird im Durchschnitt von beiden Patientengruppen deutlich überschätzt. Im Verhältnis zur selbst gewählten Therapie schätzen Männer nach einer RP das mit AS verbundene Risiko besonders hoch ein.

sich AS- und RP-Patienten in ihrer Einschätzung: während Männer, die unter aktiver Beobachtung waren meinten, dass etwa 25% der Männer unter AS an dem Prostatakarzinom sterben würden, meinten Männer, die sich einer Prostatektomie unterzogen hatten, dass unter AS sogar 51% an einem Prostatakarzinom sterben würden. Wichtig ist dabei, dass es in beiden Gruppen (RP und AS) eine sehr große Streuung der Schätzungen gab, d.h. die Schätzungen reichten in beiden Gruppen von unter 3% bis über 90%. Außerdem schien das eigene Risikoprofil bei der Einschätzung keine Rolle zu spielen.

Obwohl viele Männer das Mortalitätsrisiko richtig eingeschätzt hatten, wurde doch deutlich, dass im Durchschnitt das Risiko in beiden Behandlungsgruppen verglichen mit dem tatsächlichen Risiko deutlich höher eingeschätzt wurden. Wie ist es zu erklären, dass das prostatakrebspezifische Mortalitätsrisiko so stark überschätzt wird und warum wird insbesondere das Risiko für AS im Vergleich zu dem Risiko für die RP so deutlich überschätzt? Ein Grund hierfür könnte das PSA-Screening sein, mit dem viele Tumoren zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt als noch vor 20 Jahren diagnostiziert werden. Dies hat zur Folge, dass heute über

die Hälfte der Tumoren einen günstigen Verlauf mit einem geringen Mortalitätsrisiko haben. Nach wie vor haben wir allerdings weiterhin die vielen ungünstigen Verlaufsformen der Vorgängergenerationen im Kopf. Diese Bilder verändern sich nur langsam. Außerdem neigen wir dazu, die schweren Verläufe, die es nach wie vor gibt, ungleich stärker wahrzunehmen und zu gewichten. Deshalb müssen große Anstrengungen unternommen werden, jeweils die aktuellsten wissenschaftlichen Informationen zu vermitteln. Allerdings reicht dies nicht aus.

Die Informationen müssen in einer Weise dargestellt werden, die so transparent wie möglich ist. In diesem Zusammenhang haben wir die Erfahrung gemacht, dass Ergebnisse, die dem Vergleich von zwei Therapieformen dienen, am besten in Form einer Reduktion absoluter Risiken statt relativer Risiken dargestellt werden. Diese Form der Darstellung wird auch von der S3-Leitlinie empfohlen. Ist zum Beispiel eine Therapieform mit einem Risiko von 1,5/100 verbunden, die andere Therapieform mit einem Risiko von 1/100, kann dies als Verringerung des Risikos um 33% dargestellt werden (relatives Risiko). Das Risiko kann jedoch auch als Verringerung um 0,5% dargestellt werden (absolute Risikoreduktion). Dieses Beispiel zeigt, warum bei einer Darstellung in relativen Risiken häufig große Zahlen entstehen, während die Darstellung eines absoluten Risikos meist kleinere Zahlen hervorbringt und damit weniger eindrucksvoll ist. Bei der Darstellung ist außerdem eine Nennung der Basisrate unverzichtbar, denn eine relative Risikoreduktion von 33% kann bedeuten, dass sich ein Risiko von 1,5/100 auf 1/100 verringert. Es kann

aber genauso bedeuten, dass es sich um eine Verringerung von 1,5/1000 auf 1/1000 handelt. In beiden Fällen reduziert sich das Risiko um 33%. Darstellungen wie „Icon Boxes“, bei denen alle Fälle als Punkte dargestellt sind, können hilfreich sein, um die eigentlichen Zahlenverhältnisse deutlich zu machen. Erfreulicherweise setzt sich diese Art der Darstellung nach und nach durch und verbessert die Qualität von Informationsquellen.

Eine weitere Bedingung dafür, dass Zahlen richtig verstanden werden können, ist ausreichend Zeit, auch für Nachfragen. Diese Zeit ist im klinischen Alltag nicht immer in dem Maß vorhanden, wie sich Ärzte und Patienten dies wünschen. Den Selbsthilfegruppen kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu. Betroffene wissen oft aus eigener Erfahrung, welche Darstellung von Studienergebnissen sich für eine bestimmte Fragestellung besonders eignet und sie verfügen im Idealfall über Zeit und Geduld. Erst wenn die Zahlen richtig verstanden werden, kann von einer informierten Entscheidung gesprochen werden. Angesichts der geringen oder nicht signifikanten Unterschiede in den Mortalitätsraten hängt die Therapieentscheidung für RP, RT, BT oder AS dann in erster Linie von der Patientenpräferenz ab.

Das Literaturverzeichnis liegt bei der Autorin.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Friederike Kendel
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Psychologie
Luisenstr. 57, 10117 Berlin
E-Mail: friederike.kendel@charite.de

Ärzte sehen informierte Patienten kritisch

Patienten informieren sich immer häufiger selbst über Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten oder Kassenleistungen. Bei niedergelassenen Ärzten ist dieses Verhalten umstritten, oft raten sie Patienten von einer eigenen Recherche ab. Gleichzeitig haben jedoch viele Ärzte selbst Probleme, seriöse Quellen im Internet als solche zu erkennen.

Mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte findet informierte Patienten mindestens problematisch. 45 Prozent der Ärzte stimmen außerdem der Aussage zu, die Selbstinformation der Patienten erzeuge vielfach unangemessene Erwartungen und Ansprüche, die die Arbeit der Ärzte belaste. Dies geht aus einer Online-Umfrage der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK hervor. Fast ein Drittel (30 Prozent) der Ärzte ist der Ansicht, dass die Selbstinformation die Patienten meist verwirre und das Vertrauen zum Arzt beeinträchtige. Knapp ein Viertel der Ärzte rät Patienten sogar aktiv von der eigenständigen Suche nach Informationen ab.

Patienten recherchieren zunehmend im Internet

Der Trend ist allerdings ein anderer: „Es ist eine unumkehrbare Entwicklung, dass immer mehr Patienten ihre Krankheitssymptome und die dazugehörigen Therapiemöglichkeiten im Internet recherchieren“, sagt Dr. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung. Daher sollten Ärzte die Selbstinformation ihrer Patienten als Chance betrachten und fördern. „Auch was das Thema Gesundheit angeht, sind die Menschen heutzutage viel anspruchsvoller und selbstbewusster. Ein gut informierter Patient, der auf Augenhöhe mit dem Arzt über Krankheit und Behandlungsoptionen diskutiert, sollte das Ziel aller an der Versorgung Beteiligten sein“, so Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK.

Ärzte wenig selbstkritisch

Fast alle niedergelassenen Ärzte (98 Prozent) geben der Umfrage zufolge an, dass sich der Trend zur Selbstrecherche medizinischer Fragen in den

vergangenen fünf Jahren verstärkt hat. Das wachsende Interesse von Laien an gesundheitsbezogenen Themen ist in der Ärzteschaft jedoch umstritten. Gut 40 Prozent der Ärzte freuen sich über das Interesse der Patienten. Knapp zehn Prozent ärgern sich allerdings, dass der Patient sich mit seiner Frage nicht zuerst an sie gewandt hat. Die Frage, ob es auch an ihnen selbst liegen könne, dass Patienten sich auf eigene Faust informieren und nicht direkt auf sie zukommen, stellen sich lediglich elf Prozent der Ärzte. Nur etwa zehn Prozent von ihnen fragen sich, ob der Patient sich zuvor mehr Beratung gewünscht hätte.

Ärzte kennen seriöse Informationen im Internet nicht

Nur etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (56 Prozent) hat nach eigenen Angaben vertrauenswürdige Informationsmaterialien in ihrer Praxis ausliegen und gibt diese ihren Patienten mit. Knapp 50 Prozent weisen ihre Patienten auf gute Informationsquellen hin und ebenfalls knapp 50 Prozent der Ärzte suchen selbst nach geeigneten Informationen für ihre Patienten. Nur 15 Prozent der Ärzte kennen sich nach eigenen Angaben eher nicht so gut oder überhaupt nicht gut mit den für Patienten verfügbaren Informationsangeboten aus. Trotzdem kennen gerade einmal 21 Prozent der Ärzte die Internetseite patienten-information.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das immerhin das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ist. Nur ein Drittel dieser Ärzte hält die Patienteninformationen dieser Internetseite für vertrauenswürdig, während das Vertrauen in Wikipedia mehr als doppelt so groß ist.

Quelle: Pressemitteilung, Barmer GEK, Juni 2016

Zu dieser Umfrage haben sich der Bund Deutscher Urologen (BDU) sowie die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) wie folgt geäußert:

**Prof. Dr. med. Bernhard
Wörmann (DGHO):**



„Aus dem Blick der medizinischen Onkologie erstaunt mich das Ergebnis der Umfrage. Wir haben in den letzten zehn Jahren einen langsamen, aber deutlichen Umschwung zu einer größeren Offenheit bei den Ärzten erlebt. Das trifft insbesondere auf die Krebspatienten, aber auch auf Patienten mit chronischen Blutkrankheiten zu. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) begrüßen wir diese Entwicklung ausdrücklich. Gerade in der Onkologie gibt es zunehmend viele Situationen, in der dem Patienten mehrere gleichwertige Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Populäres Beispiel ist der Prostatakrebs im frühen Stadium. Operation, Bestrahlung oder Aktive Beobachtung haben dieselbe, gute Lebenserwartung. Nur der informierte Patient kann eine ihm angemessene Therapieentscheidung treffen.

„Nur ein gut informierter Krebspatient ist ein zufriedener Patient.“ Auch deshalb hat die DGHO ihr Onkopedia-Projekt mit Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von hämatologischen und von malignen Erkrankungen seit dem Jahr 2011 mit offenem Zugang ins Internet gestellt, www.dgho-onkopedia.de oder www.onkopedia.de. Obwohl die Onkopedia-Empfehlungen primär an Ärzte gerichtet sind, möchten wir das Gefühl einer „Geheimwissenschaft“ vermeiden. Der Patient hat das Recht auf dieselben Informationen. Das gerade in Überarbeitung befindliche, ergänzende Portal „Onkopedia für Patienten (früher Mein Onkopedia)“ übersetzt die Empfehlungen in eine laienverständliche Sprache.

Wir unterstützen auch Projekte für Zweitmeinungen, in denen der behandelnde Arzt dem Zweitmeinungsarzt alle notwendigen Informationen zur Verfügung stellt, dafür als Gegenleistung eine fundierte Expertise erhält – alles proaktiv mit dem Patienten. Die von Ihnen zitierte Umfrage ist für uns eine Motivation und keine Demotivation, diesen Weg weiterzugehen und auch bei den Ärzten die Akzeptanz informierter Patienten aktiv zu fördern.“

Dr. Axel Schroeder (BDU):

„Grundsätzlich begrüßen wir als Berufsverband der Deutschen Urologen den informierten Patienten ausdrücklich. Dennoch, und auch das zeigt die Umfrage der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK, ist es für den medizinischen Laien, vor allem bei der selbstständigen Internetrecherche schwierig, seriöse Quellen zu identifizieren.



Medizinisch geprüfte Informationen sind aber gerade für onkologische Patienten und Patientinnen, allen voran Prostatakrebspatienten, die wir in der Urologie in einer großen Zahl betreuen, besonders wichtig. Gerade deshalb engagieren sich der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) seit Jahren bei der Erstellung eigener Informationsangebote. Genannt seien hier unser Engagement bei den Patientenleitlinien zum PCa, Nieren- und Harnblasenkrebs, das umfangreiche Angebot an eigenen Patientenbroschüren, das Internetportal der deutschen Urologen (www.urologenportal.de) und natürlich die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“, die gerade in diesen Tagen online gegangen ist. Als BDU können wir zudem auf einen Selektivvertrag zur Aktive Surveillance und einen speziellen PCa-Aufklärungsleitfaden verweisen, der das Arzt-Patientengespräch unterstützt. Nicht zuletzt sei an dieser Stelle die jahrelange enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, gerade mit dem BPS, genannt, die ebenfalls dazu beiträgt, dass Männer sowohl bei der Früherkennung von Prostatakrebs als auch bei einer Prostatakrebserkrankung eine informierte Behandlungsentscheidung treffen können.

Insofern sehen wir uns in keiner Weise im Fokus der kritischen Interpretation der Ergebnisse der aktuellen Umfrage der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Im Gegenteil: BDU und DGU unterstützen das Informationsbedürfnis der urologischen Patienten und Patientinnen jeden Alters und beiderlei Geschlechts umfänglich.“

Diagnose und Behandlung von Prostatakrebs mit radioaktiven Medikamenten gegen das Prostataspezifische Membran Antigen (PSMA)

Von Uwe Haberkorn, Universitätsklinikum Heidelberg + DKFZ Heidelberg, Matthias Eder, DKFZ Heidelberg, Klaus Kopka, DKFZ Heidelberg, und Clemens Kratochwil, Universitätsklinikum Heidelberg

Drängende Probleme für Patienten mit Prostatakrebs sind die frühzeitige Entdeckung von wiederkehrenden Tumoren (Rezidiven) und die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, insbesondere Metastasen. Eine frühzeitige Entdeckung des Rezidivs bedeutet auch die Möglichkeit eines frühen Beginns therapeutischer Maßnahmen und damit möglicherweise ein besseres Ergebnis nach Therapie und damit auch der Lebenserwartung des Patienten.

Das Prostata-Spezifische Membran Antigen (PSMA) als Zielstruktur für neue radioaktive Medikamente

PSMA hat einige Eigenschaften, die es als lohnendes Ziel für die Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung von Prostatakrebs qualifizieren.

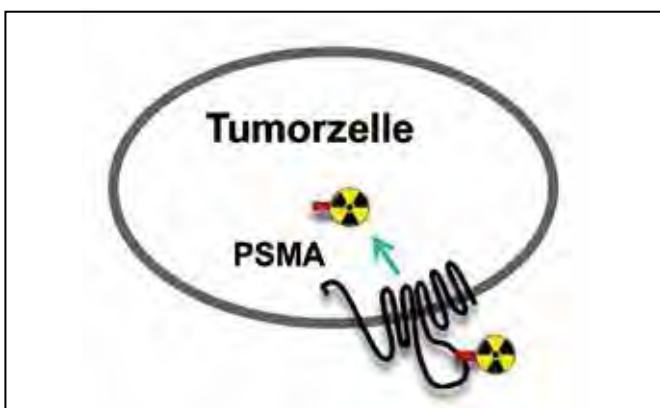


Abb. 1. Nach Binden des radioaktiven Medikaments an PSMA wird dieses in die Tumorzelle aufgenommen. Da die Ausschwemmung der Substanz aus dem Blut ansonsten sehr schnell erfolgt, entsteht ein exzellenter Kontrast, der für die Diagnostik, aber auch für die Therapie genutzt werden kann.



Uwe Haberkorn, © privat



Matthias Eder, © privat



Klaus Kopka, © privat



Clemens Kratochwil, © privat

PSMA ist ein auf der Oberfläche von Prostatakarzinomzellen befindliches Eiweiß mit einer deutlichen Mehrproduktion bei fast allen Prostatakarzinomen und einer sehr niedrigen Herstellung in normalen Geweben. Daher kann man erwarten, dass radioaktive Medikamente, die an das PSMA binden, bei der Bildgebung zu einer hohen Anreicherung im Tumor bei gleichzeitig niedriger Anreicherung in Normalgeweben führen. Weiterhin wird das radioaktive Medikament nach seiner Bindung an PSMA in die Tumorzelle aufgenommen. Das radioaktive Medikament verbleibt dort für längere Zeit. Dieser Prozess der Aufnahme, Ablagerung und Verbleib führt zu einer exzellenten Qualität bei der Bild-

gebung und auch zu einer hohen im Tumor abgegebenen Energie in der Therapiesituation (Abb. 1). Dies stimulierte eine Reihe von Forschergruppen zur Entwicklung von PSMA-gerichteten radioaktiven Medikamenten (Radioliganden) sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie.

Diagnostik mit PSMA-Radioliganden

Für die Diagnostik mittels PET/CT stellt das in Heidelberg entwickelte ^{68}Ga -PSMA-11 (PSMA-HBED-CC) das weltweit wohl am häufigsten eingesetzte radioaktive Medikament dar. Für die Untersuchung ist keine spezielle Vorbereitung wie cholinarme Diät über mehrere Tage nötig. Der Patient wird gewöhnlich eine Stunde nach Gabe des Medikaments in das PET/CT gelegt und über einen Zeitraum von ca. 25-35 Minuten untersucht. Die Untersuchung ist frei von Nebenwirkungen, die entstehende Strahlenbelastung liegt zwischen 2 und 4 mSv (milli-Sievert) und damit im Bereich der natürlichen Strahlenbelastung. Mittlerweile liegen Daten zur Effizienz der Untersuchung von vielen Zentren weltweit vor. Bei einer Analyse von 319 Patienten aus Heidelberg wurde wenigstens ein Herd bei 82,8 % der ausgewerteten Patienten entdeckt. Die Detektionsrate war assoziiert mit dem Wert des Tumormarkers PSA: Patienten mit einem PSA-Wert unter 1 wiesen eine Detektionsrate von 50-60% auf, bei Werten über 1 stieg die Detektionsrate dann mit steigendem PSA auf über 90% an. Diese Ergebnisse wurden von einer Analyse bei 248 Patienten der Kollegen von der TU München bestätigt: hier wurden bei 89,5% der Patienten Tumorherde gefunden. Mittlerweile haben auch Gruppen aus Australien und Österreich sehr ähnliche Ergebnisse bezüglich der Detektionsraten berichtet.

Vergleiche zwischen einem radioaktiven Cholin, dem ^{18}F -Fluormethylcholin, und ^{68}Ga -PSMA-11 PET/CT von Gruppen aus Australien, Österreich und Deutschland ergaben eine deutlich höhere Tumoraufnahme und auch eine deutlich bessere Detektionsrate für ^{68}Ga -PSMA-11 PET/CT als ^{18}F -Fluormethylcholin-PET/CT. Abbildung 2 zeigt ein Beispiel für einen Vergleich zwischen einer PET/CT Bildgebung mit ^{68}Ga -PSMA-11 mit der mit ^{18}F -Fluormethylcholin.



Abb. 2. PET/CT-Übersichtsbilder bei einem Patienten mit biochemischem Rezidiv (Anstieg des Tumormarkers PSA). Die Aufnahme mit ^{68}Ga -PSMA-11 (links) zeigt deutlich mehr Tumorherde als die Aufnahme mit dem zuvor verwendeten radioaktiv markierten ^{18}F -Fluormethylcholin (rechts).

Wenn eine diagnostische Methode zu einer höheren Rate an entdeckten Herden führt, kann man auch erwarten, dass sich dies auf die Therapieplanung auswirkt. Genau dies konnte bei einer weiteren Analyse aus Heidelberg und Sydney bei Patienten vor Strahlentherapie gezeigt werden: in 60% der Fälle kam es zu einer Änderung der Therapie.

Therapie des metastasierten Prostatakarzinoms

Wenn ein Protein auf der Oberfläche von Tumorzellen in größerem Ausmaß auftaucht als in Normalgeweben, können therapeutisch relevante Strahlendosen im Tumorgewebe bei reduzierten Nebenwirkungen erreicht werden. In Abhängigkeit von dem verwendeten Strahler, der an das Medikament gekoppelt wird, kann entweder eine Diagnostik oder aber eine Therapie durchgeführt werden. Dies wird als „Theranostik“ bezeichnet, da es eine Kombination aus Diagnostik und Therapie darstellt. Das attraktive Merkmal dieses Vorgehens liegt darin, dass Patienten zunächst eine Diagnostik mit einem Medikament, das an PSMA bindet, erhalten und bei ausreichender Anreicherung in den Tumorherden als mögliche Kandidaten für die nachfolgende Therapie identifiziert werden. Für die Diagnostik verwendet man entweder einen Positronenstrahler wie Gallium-68 für die PET/CT oder

einen Gammastrahler wie Technetium-99m oder Iod-123 für die Szintigraphie. Steht die Therapieentscheidung fest, so kann man mit demselben oder einem sehr ähnlichen Medikament eine Therapie durchführen. Dazu wird das Medikament mit Teilchenstrahlern markiert wie dem Betastrahler Lutetium-177 oder dem Alphastrahler Actinium-225. Ein Vorteil dieser Therapie besteht darin, dass die meisten Zellen im Tumor Teilchen aussenden, die eine unterschiedliche Wegstrecke zurücklegen und auf dieser Strecke Schäden im Tumor verursachen. Bildlich gesprochen deponiert man sehr viele kleine Strahlenquellen im Tumor, die nicht nur die „strahlende“, sondern auch die jeweils benachbarten Tumorzellen bestrahlen. Dies bezeichnet man als Kreuzfeurereffekt. Da dadurch auch die Zellen in unmittelbarer Nähe der strahlenden Tumorzelle getroffen werden, können auch Tumorzellen eliminiert werden, die kein PSMA herstellen.

Therapie mit PSMA-Hemmstoffen

Erste Erfahrungen konnten seit Juli 2011 mit einem mit dem Strahler Iod-131 markierten Medikament gesammelt werden: hier sprachen 17 von 28 Patienten schon nach einer einmaligen Gabe mit relativ niedriger Dosierung an. Bei Patienten mit Schmerzen aufgrund von Knochenmetastasen kam es in allen Fällen zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden. Da Jod-131 einige logistische Nachteile aufweist wurden mittlerweile neue PSMA-gerichtete Medikamente entwickelt, die andere Strahler binden können. Das derzeit am häufigsten eingesetzte Medikament ist das ebenfalls

in Heidelberg am DKFZ entwickelte PSMA-617. Die Therapie des mit Lutetium-177-gekoppelten PSMA-617 wird derzeit in Deutschland an mindestens elf universitären Zentren durchgeführt. Die bisherigen Ergebnisse von drei Zentren zeigen ein Ansprechen auf die Therapie in ca. 70% der Fälle. Dies wurde mittlerweile in einer multizentrischen Auswertung von elf Zentren bei 145 Patienten mit 248 Therapiedosen bestätigt. Abbildung 3 zeigt ein Beispiel eines Patienten vor und nach Therapie mit Lutetium-177-PSMA-617. Die Nebenwirkungen der Therapie sind relativ gering: bei 10% der Patienten kann es während des stationären Aufenthalts zu Übelkeit und Erbrechen kommen, die Schädigung des Knochenmarks ist gering und normalisiert sich im Laufe von 4 bis 6 Wochen, bei wenigen Patienten tritt nach der dritten Dosis eine schwach ausgeprägte Mundtrockenheit auf. Sehr selten kam es bei Patienten mit starkem Tumorbefall des Knochenmarks zu einer höheren Toxizität (Grad 3) des Knochenmarks. Dies kommt durch die Mitbestrahlung der gesunden Knochenmarkanteile zustande, wenn zu viele Tumorzellen das Knochenmark besiedeln. Eine Möglichkeit, dem zu entgehen, ist der Austausch des Lutetium-177 durch den Alphastrahler Actinium-225. Das bei Actinium-225 entstehende Alphateilchen weist nur eine Flugstrecke von 80 bis 90 Mikrometer auf, womit die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung der gesunden Knochenmarksanteile geringer ist.

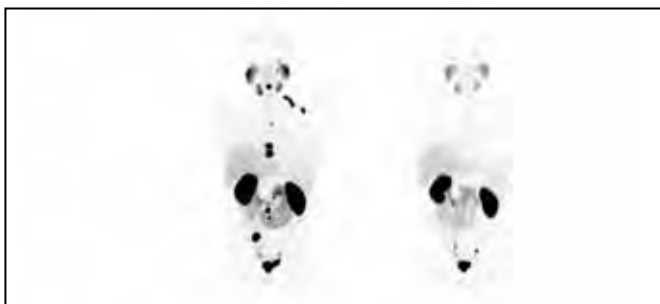


Abb. 3. Therapie mit Lutetium-177-markiertem PSMA-617. Die PET/CT mit PSMA-Liganden vor (links) und nach drei Zyklen (rechts) zeigt ein deutliches Ansprechen.

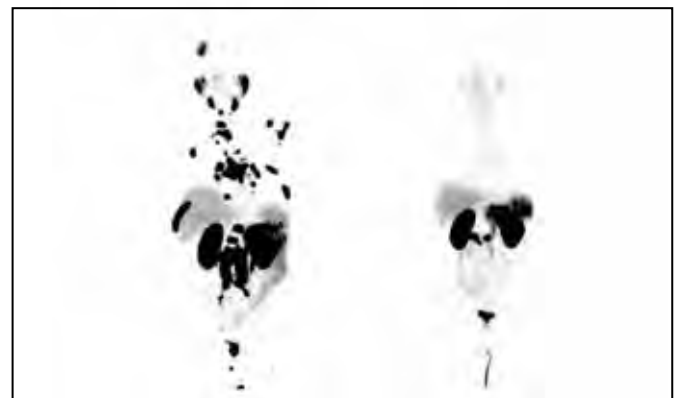


Abb. 4. Therapie mit Actinium-225-markiertem PSMA-617. Die PET/CT mit PSMA-Liganden vor (links) und nach drei Zyklen (rechts) zeigt ein deutliches Ansprechen.

Wann sollte therapiert werden und wie ist der Ablauf der Therapie?

Da es sich um eine experimentelle Therapie handelt, sollte man zunächst die leitliniengerechten Therapien ausschöpfen, vor allem auch, da es bei der Situation des metastasierten Prostatakarzinoms nicht mehr um Heilung, sondern um Lebensverlängerung bei möglichst guter Lebensqualität geht. Dies schließt auch die Chemotherapie mit ein. Eine Ausnahme stellen Patienten dar, die aus medizinischen Gründen nicht chemotherapiert werden können. In Heidelberg hat man aufgrund der Möglichkeit einer Therapie mit Actinium-225-markierten PSMA-Liganden die Möglichkeit zu wählen. Die Entscheidung für Actinium erfolgt 1. bei starkem Tumorbefall des Knochenmarks und 2. bei Versagen der Therapie mit Lutetium-177-markiertem PSMA-617. Abbildung 4 zeigt ein Beispiel eines Patienten, der zuvor nicht auf die Therapie mit Lutetium-177-markiertem PSMA-617 angesprochen hat, aber sehr gut auf die Behandlung mit Actinium-225-markiertem PSMA-617 reagiert. Allerdings führt Actinium-225 zu einer Schädigung der Speicheldrüsen mit ausgeprägter Mundtrockenheit.

Die Therapie muss aufgrund der geltenden Strahlenschutzvorschriften stationär durchgeführt werden, d.h. die Patienten müssen 48 Stunden auf der Therapiestation bleiben. Insgesamt erfolgen in den meisten Zentren zunächst drei Gaben des mit Lutetium-177-markierten Medikaments im Abstand von jeweils zwei Monaten. Nach dem zweiten oder dritten Zyklus, je nach Zentrum, wird eine Re-Evaluation mittels PSMA-Liganden PET/CT durchgeführt und darauf aufbauend über das weitere Vorgehen entschieden.

Zusammenfassung

Die Entwicklung und klinische Einführung von radioaktiven Medikamenten, die an PSMA binden, hat nach kurzer Zeit die Diagnostik und auch die Therapie des Prostatakarzinoms nachhaltig und auf internationaler Ebene verändert. Nach den bisherigen Erfahrungen werden PSMA-Liganden die bisher verwendeten Medikamente zum Cholinstoffwechsel in der Diagnostik ablösen. Auf der Therapieseite stellen die neuen PSMA-basierten Therapien eine vielversprechende Option beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom dar.

Strahlentherapie: Mangelernährung und Gewichtsverlust gezielt abwenden

(Red. ug) Obwohl die meisten Krebspatienten die Strahlentherapie gut vertragen, sind „Nebenwirkungen erfreulicherweise rückläufig, dank neuer Bestrahlungstechniken, die den Tumor punktgenau treffen“, wie Prof. Dr. med. Frederik Wenz, Leiter der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Mannheim, erklärt.

Bei bestimmten Tumoren im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich, der Speiseröhre, bei gynäkologischen Tumoren, Blasen- oder Prostatakrebs ist das „Mitbestrahlen“ des Verdauungstraktes aber fast nicht zu verhindern, weil er an den Tumor angrenzt oder

gar direkt im Tumorbereich liegt. Wenn dann bei der Bestrahlung der besonders empfindliche Bereich zwischen Bauchnabel und Rippenbogen nicht ausgespart werden kann, sind Übelkeit und Erbrechen mögliche Nebenwirkungen. Nimmt der Patient in dieser Zeit zu wenige Nährstoffe auf, entwickelt er eine Mangelernährung oder verstärkt die bereits bestehende – das psychische und körperliche Wohlbefinden leiden. Laut Prof. Dr. Wenz ist es aber nicht nur die Lebensqualität, die dann Sorgen macht, sondern auch die Beobachtung, dass die Patienten mitunter infektionsanfälliger sind und Hei-

lungsprozesse, insbesondere Reparaturmechanismen am Normalgewebe, verlangsamt sein können.

Daher ist es laut Prof. Dr. med. Jürgen Debus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) und Ärztlicher Direktor der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie am Universitätsklinikum Heidelberg, wichtig, ab der Erstdiagnose des Tumors regelmäßig eine ernährungsmedizinische Standarduntersuchung durchzuführen.

Bei Tumoren im unteren Rumpfbereich wie bei gynäkologischen Tumoren oder Mastdarmkrebs sind Entzündungen des Darms möglich. Diese kann der Arzt mit anti-entzündlichen Medikamenten und Mikronährstoffen behandeln. „Der Patient sollte in dieser Zeit eher kein rohes Gemüse und wenig Ballaststoffe zu sich nehmen. Wir empfehlen eine leichte Vollkost, bei der auf Koffein, stark

zucker- und fetthaltige Lebensmittel, scharfe Gewürze und schwer Verdauliches wie Hülsenfrüchte oder Pilze verzichtet wird“, empfiehlt Prof. Debus. Wenn Patienten aufgrund ihrer Krebserkrankung und der Therapie keine Nahrung zu sich nehmen können, verhindert eine Ernährungssonde oder eine Infusion mit Nährstofflösung einen weiteren Gewichtsverlust.

Für die Strahlenexperten heißt die Herausforderung: Trotz verbesserter und schonenderer Bestrahlungsmethoden muss für jeden Patienten ein individuelles Ernährungskonzept gefunden werden. „Das geht natürlich nur interdisziplinär zusammen mit Ernährungsmedizinern und Ernährungsberatern“, betont Prof. Dr. Wenz.

Quelle: Pressemitteilung der DEGRO, Juni 2016

Chemohormontherapie wird Standard in der M1-Situation

(Red ug) Die kombinierte Behandlung mit Androgendeprivation und Chemotherapie bei Patienten mit neu diagnostiziertem metastasiertem Prostatakrebs und gutem Allgemeinzustand wird zum Standard – so ein Ergebnis des Jahreskongresses der European Association of Urology (EAU) im März 2016 in München.

2014 hatten die positiven Ergebnisse der CHAARTED-Studie die Diskussion angeregt, auch bereits hormonnaiven Patienten bei Metastasierung Chemotherapie zu geben. Nun zeigt sich ein deutlicher Nutzen für die Patienten mit M1-Situation (Fernmetastasen). Im Falle von Patienten mit hohem Risiko, aber ohne entdeckte Metastasen (= M0-Situation) wird mehr Evidenz zu den Effekten von Docetaxel auf das Überleben benötigt.

Entsprechend der aktuellsten Leitlinie der EAU, der European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) und der International Society of Geriatric Oncology (SIOG) von diesem Jahr: „Bieten Sie Kastration kombiniert mit Chemotherapie allen Patienten an, die bei der ersten Vorstellung eine M1-Situation aufweisen und die geeignet sind

für eine Chemotherapie“, wird der Vorteil für den Patienten mit mindestens einem Jahr eingeschätzt.

Konsens bestand im Rahmen der Diskussion von hypothetischen Fallbeispielen, dass ein Patient mit mehreren Knochenmetastasen und einer Lungenmetastase eine Hormonchemotherapie bekommen sollte. Komplizierter war die Entscheidung bei einem Patienten mit Hochrisiko-Prostatakarzinom und erst im PSMA-PET sichtbaren, asymptomatischen Metastasen. Aber auch in diesem Fall plädierten die Experten bereits für eine Hormonchemotherapie. Kritischer zu diskutieren sei allerdings die Frage, ob bei diesem Patienten noch eine lokale Therapie angebracht ist – eine Vorgehensweise, die eindeutig als experimentell angesehen wird.

Laut der Studie ist es nicht erforderlich, die Androgenentzugstherapie unmittelbar gleichzeitig mit der Chemotherapie zu beginnen. Bis zur ersten Docetaxel-Gabe können zwei bis drei Monate nach Beginn der ADT (= Antihormon- oder auch Androgendeprivationstherapie) verstreichen.

Quelle: Biermann Medizin Newsletter, März 2016

Extreme Hypofraktionierung beim Prostatakarzinom – Deutschlands einzige klinische Studie (HYPOSTAT) hierzu

Von Prof. Jürgen Dunst und Dr. Oliver Blanck, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Wenn eine Therapie bei einem Prostatakarzinom indiziert ist, weil aktive Überwachung nicht in Frage kommt, eine Progression unter Überwachung vorliegt oder der Patient eine Therapie wünscht, kommen als lokale Therapieverfahren die radikale Prostatektomie oder eine Strahlentherapie in Form einer externen Bestrahlung („External Beam Radiotherapy“ = EBRT), einer Brachytherapie oder einer Kombination in Betracht. Die Strahlentherapie ist dabei in allen Krankheitsstadien eine der Operation hinsichtlich der Tumorkontrolle mindestens gleichwertige Therapie. Die Wahl des Therapieverfahrens hängt daher vor allem von den Präferenzen des Patienten und möglichen Kontraindikationen ab. Das Verfahren mit den wenigsten Kontraindikationen und Einschränkungen ist die EBRT (= Externe Strahlentherapie), die nicht invasiv ist und unabhängig von Begleiterkrankungen (die z.B. eine Operation unmöglich machen) angewandt werden kann. Die Standard-EBRT ist die normfraktionierte Intensitäts- oder Volumen-modulierte Strahlentherapie (IMRT, VMAT). Dabei wird die Prostata (ggf. auch Teile der Samenblasen) mit Einzeldosen von täglich 1,8-2,0 Gy an fünf Wochentagen bis zu einer Gesamtdosis von 72-78 Gy bestrahlt. Es besteht eine eindeutige Dosis-Wirkungs-Beziehung mit besseren Tumorkontrollraten bei höheren Gesamtdosen. Allerdings haben fast alle Studien auch eine zumindest geringe Zunahme der Spättoxizität (vor allem am Rektum) bei höheren Dosen gezeigt.

Bereits seit einigen Jahren wird für die EBRT eine

Änderung der Fraktionierung diskutiert, d. h. man führt die Bestrahlung mit weniger Sitzungen (Fraktionen) in kürzerer Zeit durch. Grundlage sind Daten aus prospektiven Studien (u.a. auch der am UKSH gewonnenen Daten mit HDR-Brachytherapie), die eine besonders gute Strahlenwirkung gegen das Prostatakarzinom zeigen, wenn man wenige Bestrahlungen, dafür mit höheren Dosen pro Fraktion einsetzt. Strahlenbiologisch erklärt wird diese Beobachtung durch einen niedrigen α/β -Wert (Maß für die biologische Wirkung von Strahlendosen) für das Prostatakarzinom. Theoretisch kann man daher die Erfolgsquote der Strahlentherapie verbessern, wenn man die gesamte Bestrahlung mit möglichst wenigen Fraktionen (als ideal gelten 5 Behandlungssitzungen) durchführt; dabei muss allerdings die Präzision der Bestrahlung sehr hoch sein. Mit entsprechenden technischen Geräten ist diese extreme Hypofraktionierung (also Bestrahlung mit hohen Einzeldosen, auch Strahlenchirurgie oder Radiochirurgie genannt ¹⁾ möglich. Durch die Ra-



Prof. Jürgen Dunst, © privat



Dr. Oliver Blanck, © privat

¹ Der Begriff „Strahlenchirurgie“ wurde anfänglich verwendet, weil man diese Methode als Ersatz für eine Operation eingesetzt hat, also Strahlentherapie als Ersatz für Chirurgie. Strahlenchirurgie ist aber ein sehr schonendes und non-invasives Verfahren und hat nichts mit Operation zu tun.



Abb. 1. CyberKnife System. Das Bestrahlungsgerät hängt an einem Roboterarm und wird dadurch extrem genau gesteuert. Durch Röntgenröhren an der Decke und Infrarotsensoren werden die Lagerung des Patienten und Bewegungen während der Behandlung kontinuierlich überwacht, und ggf. kann der Roboter die Bestrahlung sofort korrigieren, © Accuray Inc, USA (mit Genehmigung der Verwendung)

diochirurgie könnten potentiell Nebenwirkungen reduziert und/oder Tumorkontrolle erhöht werden bei gleichzeitig deutlich kürzerer Behandlungszeit für den Patienten.

Es gibt Bestrahlungsgeräte, die speziell für Radiochirurgie geeignet sind. Eines davon ist der Bestrahlungsroboter CyberKnife (Abb. 1). Das Gerät wird seit etwa 15 Jahren erfolgreich zur Behandlung von Hirntumoren eingesetzt (u.a. bei Metasta-

sen und Meningeomen (= gutartiger „Hirntumor“). Einzigartig am CyberKnife ist die Möglichkeit, Bewegungen des Zielgebietes auszugleichen. Daher wird das Gerät neuerdings vor allem auch für die Behandlung von kleinen Lungentumoren (sie bewegen sich durch die Atmung während der Bestrahlung) und auch zur Behandlung von Prostatakrebs (auch die Prostata kann sich bewegen) eingesetzt. Bei Lungentumoren ist bereits nachgewiesen, dass diese „Strahlenchirurgie“ ebenso erfolgreich ist wie eine Operation, aber praktisch kein Risiko beinhaltet.

CyberKnife-Strahlenchirurgie kommt zunehmend auch bei Prostatakrebs und bei Metastasen zum Einsatz. Für das primäre Prostatakarzinom zeigten erste Machbarkeits- und Planungsstudien bereits vor Jahren, dass eine mit modernen radiochirurgischen Behandlungssystemen eine im Vergleich zu Standardtechniken günstigere Dosisverteilung mit geringerer Strahlenbelastung des Enddarms (Rektum) ermöglicht. Mittlerweile liegen Daten aus mehreren Studien vor, in denen Patienten mit einer extrem hypofraktionierten Bestrahlung mit nur 5 Fraktionen und Gesamtdosen von 35-37 Gy bestrahlt wurden. Aktuell sind mehr als 1.500 Patienten in 18 Studien (davon 15 am CyberKnife, fast alle in den USA) behandelt worden. Die Nachbeobachtungszeit ist zwar noch kurz, aber die Daten sind vielversprechend und zeigen nach 1 bis 5 Jahren eine biochemische Tumorkontrolle

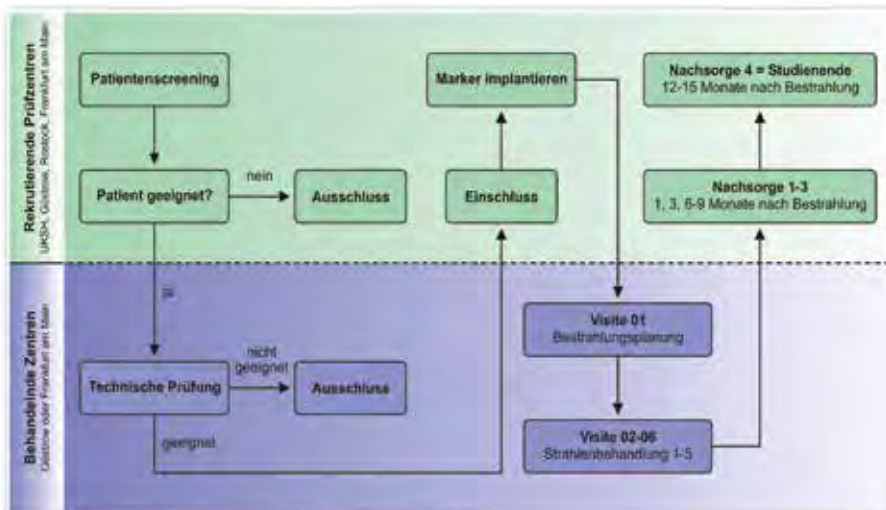


Abb. 2. Vereinfachter Studienablaufplan der HYPOSTAT-Studie

HYPOSTAT-Studie

(CyberKnife-Radiochirurgie des Prostatakarzinoms, 5 Bestrahlungen in 1,5 Wochen)

Einschlusskriterien für die Behandlung von Prostatakarzinom mit CyberKnife:

- Lokal begrenztes, histologisch gesichertes Prostata-Ca T1-3 N0 M0
- Gleason-Grad ≤ 7
- PSA < 15 ng/ml
- Alter > 75 Jahre oder
- Alter 70–75 Jahre und entweder PSA > 10 ng/ml und oder Gleason-Grad 7b und/oder Gleason-Grad 7a mit $>33\%$ der entnommenen Stenzen positiv und/oder $cT > 2a$ und/oder Prostatavolumen > 60 cm³
- Prostatavolumen < 80 cm³
- IPSS ≤ 12

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Jürgen Dunst
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Strahlentherapie,
Arnold-Heller-Str.3, 24105 Kiel
Tel. 0431 597 30 11

Dr. med. Stefan Huttenlocher
Saphir Radiochirurgiezentrum Norddeutschland
Friedrich-Trendelenburg-Allee 2,
18273 Güstrow
Tel. 03843 3459 90

Dr. med. Detlef Imhoff
Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Strahlentherapie,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main,
Tel. 069 6301 51 30

Tabelle 1. Aktuelle Einschlusskriterien der HYPOSTAT-Studie. Eine Erweiterung ist in Vorbereitung.

von 93-100% für low- und intermediate-Risk Prostatakarzinome. Die Effektivität (PSA-Kontrolle) der

Radiochirurgie war auch bei längeren Nachbeobachtungszeiten anhaltend sehr hoch bei nur geringer Toxizität. Insbesondere scheint die Spättoxizität niedriger zu sein als bei der herkömmlichen EBRT. Dies ist auch gut erklärbar, weil bei dieser Methode ein sehr steiler Dosisabfall zwischen Prostata und Enddarm (Rektum) besteht.

In Deutschland ist diese Behandlungsmethode noch nicht etabliert. Neuartige Bestrahlungsverfahren, wie die extrem hypofraktionierte Bestrahlung der Prostata, bedürfen in Deutschland der Genehmigung durch das Bundesamt für Strahlenschutz, die nun in der HYPOSTAT-Studie erstmals zugelassen wurde. Die HYPOSTAT-Studie wird in einem Forschungsverbund mit den Universitätskliniken aus Kiel, Lübeck, Rostock, Greifswald und Frankfurt am Main sowie den Saphir-Radiochirurgie-Zentren in Güstrow und Frankfurt durchgeführt. Die Studie ist durch die Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Nachgewiesen werden soll, dass man die Behandlungsdauer von acht auf eineinhalb Wochen verkürzen kann bei gleicher Effektivität und bei gleichem oder günstigerem Nebenwirkungsprofil. Der Ablauf der Studie ist in Abb. 2 dargestellt; Informationen zu Einschlusskriterien („Wer kann so behandelt werden?“) und Ansprechpartnern sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Auch bei Metastasen eines Prostatakarzinoms kann diese fokussierte und nebenwirkungsarme Therapie allein oder als Ergänzung zu einer medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Wenn z.B. nur wenige Metastasen vorliegen (sog. „Oligo-Metastasierung“), kann man mit einer Strahlentherapie der Metastasen eine antihormonelle Therapie hinauszögern. Dabei ist die Anzahl der Metastasen heutzutage nicht mehr nur auf ein bis fünf Herde begrenzt, und die Radiochirurgie sollte in der interdisziplinären Therapieentscheidung immer mit in Betracht gezogen werden.

Weitere Informationen unter:

www.saphir-radiochirurgie.com und <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02635256>

Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose und andere medikamentös-assoziierte Kiefernekrosen – ein Update

Von Privatdozent Dr. Dr. Thomas Mücke, Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München



© privat

Bisphosphonat-assoziierte oder durch andere Medikamente wie Denosumab (z. B. Prolia) verursachte Knochennekrosen sind krankhafte Prozesse, die dann entstehen können, wenn Patienten entweder Bisphosphonate (z.B. Zometa) oder Denosumab verabreicht bekommen. Diese Medikamente sollen dazu beitragen, dass der Krankheitsprozess verlangsamt und die Folgen der jeweiligen Erkrankung der Patienten abgemildert werden. Im Wesentlichen betrifft es Patienten mit bösartigen Erkrankungen wie das Prostatakarzinom, Mammakarzinom, Multiple Myelom und andere. Die Gabe der Medikamente ist hierbei für die Patienten sehr wichtig und sollte nicht aus Angst vor den Nebenwirkungen abgesetzt werden. Diese Medikamente sind zum einen wichtig zur Verbesserung der Lebensqualität, die Linderung oder Abschwächung von Schmerzen im Bereich der Knochenmetastasen und auch als wichtigstes Therapiemittel zur Verhinderung von Brüchen im Skelettsystem erforderlich.

Die Knochennekrose ist mit einer Infektion der

Kieferknochenregion verbunden und äußert sich durch stärkere Schmerzen, Mundgeruch und einer schlechten Abheilung (Abb. 1).

Breitet sich die Knocheninfektion weiter aus und der Kieferknochen wird zerstört, kann es zu schweren Folgen kommen, die jedoch insgesamt eher selten auftreten. Des Weiteren tritt die Kiefernekrose insbesondere bei Patienten auf, die bereits einen vorgeschädigten Zahnstatus haben, d.h. dass abgestorbene Zähne oder auch kariöse Zähne sowie Erkrankungen des Zahnhalteapparates durch die vorhandene Infektion zu einer Kiefernekrose führen können. Durch die Behandlung mit Bisphosphonaten ist das Milieu um die Zähne herum verändert und die Abwehrleistung des Kieferknochens abgeschwächt, so dass eine solche Erkrankung entstehen kann.

Da diese Problematik in der Medizin bekannt ist, jedoch Kommunikationsprobleme in der Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche existieren, wurde eine entsprechende Leitlinie entwor-



Abbildung 1. Darstellung des typischen Erscheinungsbildes der BRONJ im Unterkiefer mit eitriger Sekretion und freiliegendem abgestorbenem Knochen des Unterkiefers, © T. Mücke

fen. Diese S3-Leitlinie vom 12.4.2012 wurde von verschiedenen Fachgesellschaften erstellt. Sie stellt deutlich dar, dass der behandelnde Onkologe mit den betreuenden Fachärzten aus der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Oralchirurgen, Zahnärzten und Parodontologen zusammenarbeiten sollte, um die Entwicklung der Kiefernekrose zu vermeiden. Durch die Anwendung von Prophylaxemaßnahmen und einer regelmäßigen Untersuchung können Kiefernekrosen effektiv vermieden werden. Darüber hinaus sollen diese Maßnahmen auch der frühzeitigen Erkennung einer Kiefernekrose und einer Behandlung im Frühstadium dienen.

Vorbeugende Maßnahmen dienen der Vermeidung der Knochennekrose und beginnen mit der intensiven Untersuchung der Mundhöhle. Anschließend soll der Patient bei Problemen behandelt und weitergehend beraten werden, um eine intensive Mundhygiene betreiben zu können. Durch diese Maßnahmen werden die Patienten engmaschig betreut und entscheidend geschult, so dass die Knochennekrose seltener auftritt. Zusätzlich wird die Mundgesundheit gefördert und die Lebensqualität zusätzlich verbessert.

Durch diese Empfehlung soll also nicht nur eine verbesserte Patientenbetreuung erreicht, sondern auch Kiefernekrosen vermieden werden. Es ist jedoch wichtig, dass die Patienten entsprechenden Fachärzten zugeleitet werden, um kritische Situationen, die eine Kiefernekrose begünstigen könnten,

zu erkennen und um weiterführende Behandlungen durchzuführen.

Die Behandlung mit den Bisphosphonaten oder Denosumab soll hierdurch nicht verzögert werden, da die Behandlung der Zähne auch unter der Therapie fortgeführt werden kann. Dies muss jeweils individuell auch in interdisziplinärer Abstimmung entschieden werden. Werden diese Empfehlungen der Leitlinie entsprechend umgesetzt, so ist mit einer deutlichen Verbesserung der Betreuung der Patienten zu rechnen, die Bisphosphonate bekommen. Gleichzeitig kommt es auch zu einer Vermeidung des Auftretens von Kiefernekrosen durch die Beseitigung entsprechender auslösender Ursachen.

Literatur

S3-Leitlinie: Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen (AMWF-Register-Nr. 007-091), <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/007-091.html>

Kontakt

Privatdozent Dr. Dr. Thomas Mücke,
Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,
Klinikum Rechts der Isar der Technischen
Universität München
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: th.mucke@gmx.de

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. April 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 umfangreichen Tagesordnung stimmte die Versammlung einstimmig zu. Dem Tätigkeitsbericht des Landesvorstandes war zu entnehmen, dass ein erheblicher Arbeitsaufwand der Vorstandsmitglieder im Berichtsjahr erforderlich war, um die Aufgaben und Ziele des Verbandes sachgerecht zu erledigen. Besonders hervorzuheben ist ein Gespräch mit dem Landesvorsitzenden des Berufsverbandes der Urologen (BDU) in Hessen, Dr. Kollenbach, an dem der Landesvorsitzende Axel Schneider, der Schatzmeister des LV, Hartmut Hommel, und der Bundesvorsitzende, Günter Feick, teilgenommen haben. Ein Thema war unter anderem die Forderung des Landesverbandes, dass die hessischen Urologen ihren Patienten die Patientenleitlinien zum Prostatakrebs aushändigen. Weiterhin waren die PREFERE-Studie wie auch die Notwendigkeit der Einrichtung und die Zuweisung von Patienten in zertifizierte Prostatakrebszentren 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 Kassenprüfer zeigte, dass mit der finanziellen Förderung des BPS und der Gesetzlichen Krankenversicherung sorgsam und sachgerecht umgegangen worden war. Ein Steuerberater attestiert dies ebenfalls, sodass der Schatzmeister und der Vorstand für das Jahr 2015 entlastet wurden.

Die Berichte der örtlichen Gruppenleiter zeigten, dass den hessischen Selbsthilfegruppen etwa

1.000 Mitglieder angehören, wobei sich ca. 300 Personen aktiv an der Arbeit der Gruppen beteiligen. Das Thema „Nachfolgeregelung“ zeigte erneut, wie schwierig es in 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 richtungweisende 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/Therapieoptionen beim Prostatakarzinom und damit 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.

Jahreshauptversammlung des Regionalverbandes Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Von Christel Prüßner, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Griese Gegend

Für die langjährigen Mitglieder des Regionalverbandes Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (RNPBS e. V.) ist es geradezu selbstverständlich: „Einmal im Jahr Tabarz!“ Und zu diesem Anlass stimmten auch in diesem Jahr nicht nur Wetter und Ziel im Thüringer Wald. Auch die Erwartung der Teilnehmenden, die bekannten Gesichter wieder zu sehen und eine gute Stimmung zu erleben, wurden reichlich erfüllt.

Die satzungsgemäße Jahreshauptversammlung orientierte sich vor allem an den Stichworten, die sich mit dem Bericht des Vorstandes ergaben und zu weiterführenden Beschlüssen führten. Als ein immer wiederkehrendes Thema erwies sich die Finanzierung der Vorhaben und Aufgaben des RN-BPS. Dabei spielt eine scheinbar hinderliche Rolle, dass der Regionalverband streng genommen ein wirtschaftlicher Zusammenschluss über mehrere Bundesländer darstellt. Doch diese Struktur ist den Krankenkassen und Landesbehörden nur schwer (bis gar nicht) verständlich zu machen – ein neues Logo soll dem RNBPS dabei helfen, diese regionale Einheit deutlich werden zu lassen.

Die im vergangenen Jahr angeregte Beauftragung je eines Mitgliedes für eines der sechs eingeschlossenen Bundesländer hat neben der

personellen Umsetzung für den Bereich Mecklenburg-Vorpommern zu einer Arbeitsgemeinschaft geführt, in die sich auch die nicht zum BPS gehörenden Selbsthilfegruppen einbringen werden.

Die für den Abend angebotene Gesprächsrunde zum Stichwort „Geschlechteridentität“ wurde gerne angenommen. Christel Prüßner (SHG „Griese Gegend“) stellte sich mit seinen eigenen Erfahrungen und Einsichten vor. Mit dem Leitwort „Ich bin ich“ entdeckte so mancher der am Gespräch teilnehmenden auch Antworten auf ganz ureigene Fragestellungen.

Der zweite Tag ist traditionell geprägt von einem Patientenforum und einer Exkursion. Eingeladen hatte in diesem Jahr die Inselsberg-Klinik Tabarz mit Vorträgen von:

- Dr. S. Machtens, Chefarzt der Klinik für Urologie, Marien-Krankenhaus Bergisch-Gladbach: „Medikamentöse Therapie des Prostatakarzinoms“,
- Prof. Dr. M.-O. Grimm, Chefarzt der Universitätsklinik für Urologie und Kinderurologie des Klinikums der FSU Jena: „Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms unter Berücksichtigung der kombinierten Chemo-/Hormontherapie“,
- Prof. Dr. M. Schostak, Chefarzt der Universitätsklinik für Urologie und Kinderurologie des Klinikums der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg: „Lokale Therapieoptionen des Prostatakarzinoms“.

Die sich nach dem Mittagessen in der Klinik anschließende Exkursion führte nach Oberhof zum dortigen Exotarium.

Am Sonntagvormittag bestand auch in diesem Jahr die Möglichkeit, noch offene Anliegen und Anregungen vorzubringen. Schnell wurde klar, dass zwar schon Vieles geschafft, aber in solch kurzer Zeit nicht alles möglich ist.



© C. Prüßner

2. Tagung der Regional und Landesverbände in Kassel

Von Helmut A. Kurtz, Regionalverband Niedersachsen/Bremen

Vom 26. April bis 28. April 2016 tagten in Kassel zum zweiten Mal die Regional- und Landesverbände des BPS sowie ein Vertreter der Selbsthilfegruppen Bayern: Hans-Ulrich Schwenkbier, Josef Dietz (Landesverband Baden-Württemberg), Wolfgang Fuchs (Regionalverband Rheinland-Pfalz/Saarland), Helmut A. Kurtz (Regionalverband Niedersachsen/Bremen), Christel Prüßner (Regionalverband Neue Bundesländer), Axel Schneider (Landesverband Hessen), Bernd Troche (Landesverband Nordrhein-Westfalen), Jens Jürgensen (Landesverband Schleswig-Holstein) entschuldigt und als Gast Ursula Reitberger (FIBPS – Frauen im BPS).

Angesichts der zahlreichen zu bearbeitenden Themen haben die Verbände beschlossen, sich zweimal im Jahr zu treffen. Die Verbände verstehen sich unter anderem als Mittler zwischen dem BPS-Vorstand und den Selbsthilfegruppen aus Deutschland, unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.

Die Verbände haben in dieser Tagung die Aufgabenstellungen aus der 1. Sitzung intensiviert und zu Beginn die Tätigkeitsschwerpunkte der Regional- und Landesverbände erarbeitet.

Schwerpunkte und Themen der Sitzung:

- Neugründung von Selbsthilfegruppen,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- die eigene Weiterbildung,
- Finanzen,
- Vereinsaufgaben,
- Interessenvertreter,
- Kooperationen und Kontakte,
- Zusammenarbeit mit dem BDU – Berufsverband der deutschen Urologen e.V.,
- Veröffentlichung von Beiträgen in der Zeitschrift „Der Urologe“,
- Aufklärungsbogen bei Niedrigrisiko Prostatakarzinom,
- Nachfolgesituation in den Verbänden,
- Initiierung Tag der Selbsthilfe,
- Überarbeitung der 10 Ziele des BPS.

Am 3. Tag der Sitzung stellte Frau Reitberger die Initiativen der Frauen im BPS vor. Gemeinsam wurde über weitere Möglichkeiten der Aktivitäten der Frauen diskutiert. Ein Ergebnisprotokoll, komplettiert mit neun Anträgen, wurde dem Vorstand des BPS übersandt. Es war eine sehr konstruktive Veranstaltung und alle Teilnehmer waren sich einig: „Es gibt noch viel zu tun“.



Abb 1. (obere Reihe, links): Josef Dietz, Wolfgang Fuchs, Axel Schneider, Bernd Troche und Hans-Ulrich Schwenkbier (von links)

Abb. 2. (von links): Ursula Reitberger, Helmut A. Kurtz



Abb. 3 (untere Reihe, links): Bernd Troche, Helmut A. Kurtz, Wolfgang Fuchs (von links)

Abb. 3. (von links): Christel Prüßner, Hans-Ulrich Schwenkbier, Helmut A. Kurtz,
© alle Fotos: H. A. Kurtz

Aus dem Leben einer Selbsthilfegruppe

Von Helmar Frenzel und Ralf Rauh, SHG Chemnitz und Umgebung

Das Engagement und die vielseitige Öffentlichkeitsarbeit unserer SHG Chemnitz und Umgebung haben wir bereits in Heft 2/2015 vorgestellt. Aber auch die interne Arbeit unserer Gruppe ist intensiv. Es treffen sich dort Persönlichkeiten unterschiedlichen Alters, verschiedener Krankheitsstadien und Therapien in dem Wissen, dass „Selbsthilfe“ keine Medizin, keine Therapie im herkömmlichen Sinne ist. Selbsthilfe ist vielmehr eine Organisationsform, ein Zusammenschluss, in der sich Betroffene verstanden und wohlfühlen, eine solidarische Gemeinschaft, die geprägt ist von einer Atmosphäre

- der gegenseitigen menschlichen Zuwendung, Wärme und Anteilnahme,
- der seelischen Aufrichtung, der Stärkung von Hoffnung und Zuversicht,
- des Abbaus von Ängsten, Zweifeln und Schuldgefühlen sowie
- des geduldigen gegenseitigen Zuhörens und toleranten Vermittelns eigener erlebter und zum Teil auch durchlittener Erfahrungen.

Ebenso wie es 2012 die Deutsche Krebsgesellschaft und die Stiftung Deutsche Krebshilfe in einem gemeinsamen Positionspapier formulierten: „Selbsthilfeorganisationen können vor dem Hintergrund eigener Betroffenheit wertvolle emotionale und praktische Unterstützung für die Betroffenen leisten, die professionelle Psychosoziale Krebsberatung sinnvoll ergänzen. Sie sind ein eigenständiges, nicht professionelles Unterstützungssystem.“

Wir betrachten deshalb den Erfahrungs- und Informationsaustausch als den Schwerpunkt unserer Tätigkeit, als die Achse, um die sich alles dreht. Die Gespräche in der Gruppe oder individuell sind durch Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und Respekt geprägt. Jeder kann seine Fragen, Probleme und Zweifel, seine therapeutischen Fortschritte, aber auch Rückschläge vorbringen.

Grundvoraussetzung ist hierfür Vertraulichkeit und Verschwiegenheit. Es ist empfehlenswert, besonders nach Beitritt von neuen Mitgliedern über diese Verschwiegenheitspflicht zu belehren.

In den ersten Jahren bestand unsere Gruppe ausschließlich aus Betroffenen, die ihre Primärtherapie bereits erhalten hatten. In der letzten Zeit finden immer öfter Männer mit Prostatakrebs den Weg zu uns, die noch keine Therapieentscheidung getroffen haben. Bei solchen Betroffenen ist die Erwartungshaltung recht hoch. Nachdrücklich weisen wir darauf hin, dass unsere Ratschläge sich immer auf der Selbstbetroffenheit gründen. Hier ist besonderes Feingefühl gefragt – Bevormundungen und das Beharren auf einer bestimmten Meinung gilt es zu vermeiden, auch wenn der Ratgebende durch die Darstellung seiner Krankheitsgeschichte andere Leidensgenossen vor möglichen Fehlentscheidungen bewahren möchte. Diese Problematik kann – wie in unserer Gruppe anfangs geschehen – auch zu Auseinandersetzungen zwischen den Gruppenmitgliedern führen, insbesondere, wenn unseriöse Wissensquellen oder scheinbar erfolgreiche Therapien und Produkte in die Gruppe „eingebracht“ werden.

Der Inhalt unserer Gruppengespräche, der Austausch gegenseitiger Erfahrungen erlangte mit der Zeit eine immer höhere Qualität, wurden sie doch von den zahlreichen internen und externen krankheitsbezogenen Weiterbildungsmaßnahmen – auch durch die Seminare und Onlineschulungen des BPS – positiv beeinflusst. Wichtige Helfer sind ebenfalls die Patientenratgeber der S3-Leitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs“, „Prostatakrebs I – Lokal begrenztes Prostatakarzinom und Prostatakrebs II – Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom“. Aber auch die Begegnungen mit Betroffenen und Interessierten im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit, das Kennenlernen neuer Mitglieder, Tagungen des BPS oder dessen Regionalverbände sowie Urologische Fachkongresse erweitern unseren „Horizont“. Auch komplementären (ergänzenden) Therapieverfahren gegenüber sind wir sehr aufgeschlossen. Der hohe Stellenwert des Erfahrungsaustausch im Leben unsere SHG wird an wenigen Zahlen deutlich: von

Oktober 2005 bis März 2016 organisierten wir 123 Veranstaltungen mit fast 5000 Teilnehmern. Davon waren 56 Treffen mit über 1700 Mitgliedern dem gruppeninternen Austausch gewidmet.

Beispielhaft führen wir noch weitere Aktivitäten der alltäglichen, gegenseitigen Unterstützung auf:

- die Begleitung und Teilnahme an Arzt- oder anderen Behandlungsterminen,
- die gegenseitigen Krankenbesuche, die auch Besuche im Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz einschließen,
- die Unterstützung von Betroffenen während Studienteilnahmen oder Teilnahmen an neuen Behandlungsformen,

- persönliche Dienstleitungen für Betroffene ohne eigene Mobilität oder
- der gegenseitige Austausch von Fachliteratur.

Unsere jahrelangen Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass sich unsere Selbsthilfearbeit wohl-tuend auf die Lebensqualität von uns Betroffenen auswirkt und sicherlich – leider nicht messbare – Effekte zeigt

- in einer Zunahme eigener Initiativen und Aktivitäten sowie einer gesteigerten Kontaktfähigkeit,
- in einer Verringerung von Niedergeschlagenheit und depressiver Verstimmung sowie
- in einer erhöhten Bereitschaft und Fähigkeit, sich selbst und anderen zu helfen.

15-jähriges Bestehen der Prostatakrebs Selbsthilfe Saarbrücken

Von Helmuth Bock, Selbsthilfegruppe Saarbrücken

Erhält ein Patient vom Arzt die Diagnose „Prostatakrebs“, so fällt er meist in einen bodenlosen Abgrund. Der Betroffene ist wie gelähmt, der Verstand ist in dem Moment nicht in der Lage, mit Logik und Vernunft die Situation zu analysieren und zu beurteilen, um die dann notwendigen Schritte einzuleiten.

Die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Saarbrücken hat sich aus diesem Grunde vor 15 Jahren das Ziel gesetzt, ein umfassendes Informationsangebot anzubieten, das Betroffene in die Lage versetzt, kompetent und eigenverantwortlich über die Wahl und Gestaltung ihrer Therapie selbst zu entscheiden.

Für die Jubiläumsveranstaltung zum 15-jährigen Bestehen in Göttelborn mit zahlreichen Gästen aus dem medizinischen Bereich hatte die Gruppe um ihren Vorsitzenden Norbert Kehl ein festliches Programm zusammengestellt, wie Privatdozent Dr. Ohlmann von der Uniklinik Homburg mit seinem Fest-Vortrag „Die Zusammenarbeit der Uniklinik mit der Selbsthilfegruppe“ eindrucksvoll zeigte.

Für das saarländische Gesundheitsministerium sagte Dr. Renate Klein im Namen der verhinderten Ministerin Monika Bachmann die weitere Unterstützung ihres Hauses zu und Walter Kämpfer

überbrachte die Glückwünsche des Bundesverbandes.

Zum Abschluss des Festabends, der gefühlvoll von dem klassischen Quintett Bellevue musikalisch umrahmt wurde, hielt Vorsitzender Norbert Kehl einen dezidierten Rückblick auf die Entstehung und Entwicklung der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Saarbrücken und stellte seinen potenziellen Nachfolger im Vorsitzendenamt, Siegfried Wolz, vor.



(von links) Siegfried Wolz, Frau Schröder, Renate Kehl, Norbert Kehl, © Hallobock

SHG Griese Gegend beim Selbsthilfetag in Schwerin

Von Christel Prüßner, Selbsthilfegruppe Griese Gegend

Der Einladung der „Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen Schwerin“ (KISS) und der Helios-Kliniken waren im April 2016 vierzig Selbsthilfegruppen gefolgt, um sich in der Schweriner Klinik im Rahmen eines Marktes vorzustellen.

Für die Prostatakrebs-Selbsthilfe Griese Gegend war es das erste Mal, sich einer solch großen Öffentlichkeit zu stellen. Das Interesse war für die drei Verantwortlichen durchaus erstaunlich, da sich nicht nur Patienten und deren Angehörige informieren ließen. Auch die Problematik der geringen Bevölkerungsdichte in diesem Bundesland wurde bei den Gesprächen deutlich. Anfahrwege von einer Stunde mit dem PKW sind für einen Gruppenbesuch recht weit und darüberhinaus sind die Treffpunkte angesichts des schlechten Öffentlichen Personenennahverkehrs nur mit dem PKW erreichbar.

Die Gespräche zeigten ebenfalls, dass im Blick auf die Begleitung der Angehörigen von chronisch Kranken noch viel zu tun ist. Die Selbsthilfe Griese Gegend kann hier mit dem Arbeitskreis Frauen im BPS auf Bundesebene erste Angebote machen; Monika Prüßner aus Dersenow ist eine Ansprechpartnerin.

Die SHG Griese Gegend trifft sich jeden Monat am zweiten Dienstag, in Vellahn. Die Treffen um 17 Uhr stehen zehn Mal im Jahr jeweils unter einem eigenen Motto (im Juli und Dezember gibt es Sonderveranstaltungen). Bei den Begegnungen stehen die Krankheit und ihre Folgen nur bei Bedarf der Anwesenden im Mittelpunkt. Im Internet (<http://prostata.schaaletreff.de>) können die Veranstaltungstage und das jeweilige Motto abgerufen werden. Weitere Auskünfte sind auch bei Chr. Prüßner in Dersenow (038848-139007) zu erhalten.



Monika Prüßner und Udo Bernfeld beim Selbsthilfetag in der Schweriner Helios-Klinik, © C. Prüßner

Schwingstabtherapie in der Vogtlandklinik Bad Elster

Von Günter Model, Selbsthilfegruppe Gera und Umgebung

Während des Männergesundheitstages der Klinik im Jahre 2014 wurden unter „Moderne urologische Rehabilitationsmedizin – Aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse 2014“ erste Ergebnisse einer Studie hinsichtlich der Anwendung von Schwingstäben vorgestellt. Ziel war es, die Harninkontinenz nach Prostatektomie schneller zu beheben beziehungs-

weise zu mindern. Die Studie läuft derzeit noch im Rahmen einer Promotion durch Prof. Heidenreich, die zum Jahresende voraussichtlich abschließt. Einen Teil der Ergebnisse hat Prof. Heidenreich während des diesjährigen Krebskongresses in Berlin vorgestellt. Eine Veröffentlichung erfolgt erst nach Abschluss der Promotion.

Da wir nicht so lange warten wollten, haben wir im Rahmen unseres 10-jährigen Bestehens die „Wirkungsstätte“ im Juni 2016 besucht – gefördert durch die IKK classic.

Der Schwingstab ist für die Aktivierung der Bein-, Gesäß-, Hüft-, Bauch-, Brust-, Rücken-, Arm- und Schultermuskulatur entwickelt worden. Die mechanischen Schwingungen wirken sich auch sehr förderlich auf die Belastungsfähigkeit des Beckenbodens aus. Auch andere Körperteile (tiefe Muskeln) werden aktiviert. Den Schwingstab gibt es mit unterschiedlicher Stablänge und Gewichten. Die Gewichte lassen sich auf dem Stab verschieben.

Ausgangspunkt für die Betrachtung der Studie waren die Wirksamkeit von

- Kontinenztraining,
- Elektrotherapie und Biofeedback,

- Medizinische Therapien, Magnetfeldtherapie, Vibrationstherapie.

Die Einzelschritte der Therapie wurden erläutert. Die körperliche Belastung ist bei Nutzung des Schwingstabes geringer als an Fitnessgeräten.

In einer Übungseinheit wurden uns die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten und Stabvarianten vorgestellt und konnten unter Anleitung ausprobiert werden. Der Stabgebrauch begleitet die obligatorische Beckenbodengymnastik in der Klinik.

Bezüglich der Behandlung von Inkontinenz bei Frauen scheint der Schwingstab auch geeignet zu sein. Frauen konnten jedoch in die Studie nicht eingeschlossen werden, weil Frauen mit dieser Indikation in der Vogtlandklinik nicht verfügbar sind.

Die Aktivitäten der SHG Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V.

Von Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Mariendorf (Berlin)

Patiententag 12. Berliner Krebskongress

Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Mariendorf (Berlin), hat auf dem Patiententag im Rahmen des 12. Berliner Krebskongresses im Juni 2016 zum Thema „Wichtigkeit einer Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs-Erkrankte“ gesprochen.



42. Berliner Seniorenwoche

Am Samstag 25. Juni 2016 war unsere Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e. V. zum 5. Mal auf der 42. Berliner Seniorenwoche am

Breitscheidplatz der Gedächtniskirche mit einem Stand vertreten. Unter dem diesjährigen Motto „Willkommen bei uns“ hatten sich 160 Stände eingefunden. Der Stand der SHG Marienfelde wurde wieder von vielen Betroffenen besucht, denen mit Ratschlägen, Broschüren (BPS Magazin u. a.) und Flyern geholfen werden konnte.



© alle Fotos:W. Slania

Mitgliederehrungen in der Selbsthilfegruppe Stuttgart

Von Helmut Stumpf, Stellvertretender Vorsitzender der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart e.V.

Für ihre lange Mitgliedschaft und ihr langjähriges Engagement in der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart e.V. dankte der 1. Vorsitzende und Leiter der Selbsthilfegruppe Gerd Studer nachfolgenden Mitgliedern mit einer Ehrenurkunde:

- Barbara Schlegel für vier Jahre Engagement,
- Kurt Dieterle für sechs Jahre Engagement,
- Hildegard Studer für acht Jahre Engagement,
- Heinz Scheef für acht Jahre Engagement,
- Helmut Stumpf für acht Jahre Engagement.



(von links) Gerd Studer, 1. Vorsitzender der SHG Prostatakrebs Stuttgart e.V., Hildegard Studer, Kurt Dieterle, Barbara Schlegel, Ingrid Dieterle, Helmut Stumpf, Heinz Scheef, © H. Stumpf

Tagestour von Borken nach Duisburg

Von Lothar Strauch, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Borken und Umgebung

Zu einer außerordentlichen Tagestour kamen Mitglieder der Selbsthilfegruppe Borken und Umgebung mit Partnerinnen zusammen. Ziel war der größte Binnenhafen Europas in Duisburg. Zunächst ging es in Fahrgemeinschaften mit den Autos nach Rees. Dort bestiegen wir das Schiff und fuhren nach Duisburg zur Hafенrundfahrt. In geselliger Runde verging der Tag wie im Flug. Obwohl Extremwetter angesagt war, hatten wir Glück: nur ein kleiner Schauer trübte die ansonstern ruhige Fahrt. Am Abend waren wir wieder zurück in Rees

und traten die Heimreise an. Unser Bild zeigt die Gruppe in Rees vor dem Schiff.



© L. Strauch



Et blieb nix wie et wor

Dieser kölschen Weisheit möchte ich gar nicht viel hinzufügen. Es war eine tolle Zeit als Bundesgeschäftsstellenleiterin im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, mit Ihnen allen. Lehrreich, bunt, bereichernd. Vielen Dank dafür! Nach fast sechs Jahren endet nun meine Tätigkeit *beim* BPS, aber keineswegs *für* den BPS. Denn im Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband, werde ich mich weiterhin gern und mit Herzblut für Ihrer aller Belange einsetzen. Daher bin ich sicher, dass wir uns wiedersehen. Und eines ist eh klar: Et kütt wie et kütt.

Herzlich, Ihre Carolin Stock

Empfehlenswerter Ratgeber: Der erste Rat

Eine Rezension von Hans Lehmann, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Fulda

Jeder Patient, der gerade eine gravierende Diagnose erhalten hat, kennt das: Entsetzen, Angst, tiefe Ratlosigkeit. Viele der Betroffenen werden das Bedürfnis verspüren, sich über ihre Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie die Erfolgsaussichten zu informieren. Aber wo?

Die Gespräche bei den behandelnden Ärzten können aus Zeitgründen vielfach das Informationsbedürfnis der Ratsuchenden nicht befriedigen. Und die massenhaften und zum Teil widersprüchlichen Angaben im Internet tragen eher zur Verunsicherung bei.

Bei mir wurde Prostatakrebs festgestellt – was nun?

Erster (aber auch zweiter und dritter) Rat nach der Krebsdiagnose

Geschrieben von einem Betroffenen für Betroffene und deren Angehörige

Da ist es wohlthuend für jeden Betroffenen und seine Angehörigen, wenn ein zuverlässiger Ratgeber zur Verfügung steht: kostenlos, ohne persönliche Interessen jedweder Art und höchst kompetent. Die Rede ist hier vom „Ersten Rat“, geschrieben von einem von Prostatakrebs Betroffenen für „Leidensgenossen“ sowie deren interessierte Angehörige.

Der Autor Ralf-Rainer Damm legt ein Werk von 140 Seiten vor in klarer, laienverständlicher Sprache, logisch aufgebaut in rund 30 Kapiteln – angefangen von den diagnostischen Möglichkeiten über die zahlreichen Informationen zu den Therapieoptionen bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge. Er geht aber auch der Frage nach „Warum gerade ich?“

Der Inhalt des Werkes geht deutlich über allgemeines Grundwissen hinaus. Es ist für jeden Interessierten eine gute Informationsquelle und

Grundlage für Entscheidungen. Der an sich schon informative Text wird ergänzt durch sehr zahlreiche Verweise auf Links. Wer sich tiefer mit einem bestimmten Thema beschäftigen möchte, findet so zum Beispiel den Weg zu Fachartikeln, Spezialkliniken oder auch Anbietern von medizinischem Gerät.

Die Einträge im Inhaltsverzeichnis sind mit Hyperlinks hinterlegt. Das erleichtert das Auffinden von Informationen zu bestimmten Themen sehr. Die Abhandlung gibt es nicht in gedruckter, sondern nur in digitaler Form. Das ist ein großes Plus und zugleich ein kleiner Nachteil. Das Plus besteht in einer außerordentlichen Aktualität, die bei einer gedruckten Version so nicht zu erreichen wäre. Schließlich wird das Werk nahezu monatlich aktualisiert! Dahinter steckt eine immense Fleißarbeit des Autors, die große Hochachtung verdient.

Wer keinen Internetanschluss hat, muss den „Nachteil“ in Kauf nehmen, sich die Ausarbeitung auf anderen Wegen ausgedruckt zu besorgen.

Das Werk besticht durch seine umfassenden Informationen und große Aktualität. So beinhaltet es auch neueste Verfahren, die (noch) nicht in Leitlinien enthalten sind.

Gegen Ende seines Werkes geht der Verfasser auch auf das unausweichliche Lebensende ein.

Sich gedanklich damit zu beschäftigen ist nicht populär und wird gern hinausgeschoben. Wer jedoch sichergehen will, dass seine Vorstellungen nach seinem Ableben realisiert werden und wer seinen Angehörigen Arbeit und Kopfzerbrechen ersparen will, der sollte beizeiten entsprechende Vorkehrungen treffen. Ein Link führt den interessierten Leser zum „Letzten Rat“ mit wertvollen Formularen, die auch nach eigenen Bedürfnissen umgestaltet werden können und wertvolle Hilfestellungen leisten.

Fazit: Für alle, die sich fundiert informieren wollen, ein sehr empfehlenswertes Nachschlagewerk. <http://prostatakrebse.de/informationen/pdf/Erster%20Rat.pdf>.

Gymnastik für die Lendenwirbelsäule

Eine Buchempfehlung von Lothar Stock, Selbsthilfegruppe Siegen

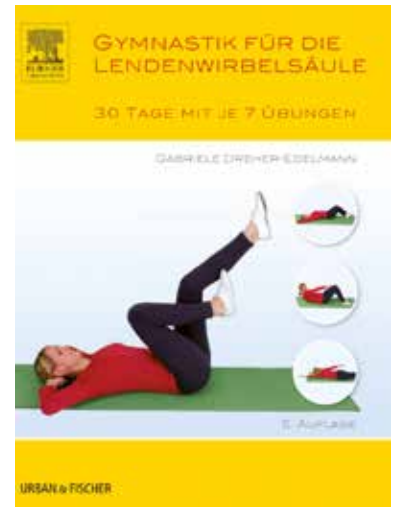
Rückenschmerzen kennt fast jeder, und viele haben auch schon schmerzhaft Erfahrungen mit Bandscheibenvorfällen gemacht. Das beste Rezept dagegen sind aktive Übungen, denn es ist bekannt, dass man vor einer Operation alle anderen Möglichkeiten ausschöpfen sollte.

Die Autorin, selbst eine erfahrene Physiotherapeutin und Leiterin zahlreicher Rückenurse, stellt in diesem Buch ein Übungsprogramm für 30 Tage vor. Mit täglich 7 Übungen in nur 10 Minuten kann man damit leicht und gezielt gegen seine Rückenbeschwerden vorgehen und erneuten Beschwerden vorbeugen. Klare Übungsanleitungen und eindeutige Fotos garantieren eine leichte Durchführung der Übungen.

Prostatatumore haben die gefährliche Tendenz, Tochtergeschwülste (Metastasen) zu bilden. Betroffenen sind hiervon vor allem die Knochen der Lendenwirbelsäule und des Beckens. Neben Schmerzen kann es so auch z.B. zu Wirbelbrüchen kommen.

Wer nach diesem klar aufgebauten und nicht schwer durchzuführenden Programm von Gabriele Dreher-Edelmann vorgeht und seine Wirbelsäule stabilisiert, kann zwar eine Metastasierung dieser Bereiche dadurch nicht unbedingt verhindern, sehr wohl aber eine weitere gravierende invasive Therapie durchaus oft verzögern. Ein stabiler Rücken hält uns einfach länger schmerzfrei.

Gabriele Dreher-Edelmann: Gymnastik für die Lendenwirbelsäule – 30 Tage mit je 7 Übungen. 5. Auflage 2014, Verlag Urban & Fischer, ISBN 978-3-437-45242-0; € 19,99.



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



Informationsmaterial Heft 2/2016

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

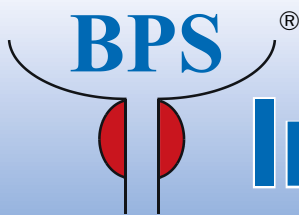
Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

- 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



Internetpräsenz

Auf fast 700 Seiten finden Sie Informationen

- zur Arbeit und Struktur des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.
- zu den Selbsthilfegruppen des BPS
- zu medizinischen, rechtlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Themen
- zu Studien
- zu aktuellen Veranstaltungen

Ferner finden Sie dort

- ein Diskussionsforum für Prostatakrebspatienten und Angehörige
- eine Audio- und Videobibliothek
- Verbindungen zu anderen Organisationen
- Hinweise auf kostenfreies schriftliches Informationsmaterial, das bei der Geschäftsstelle des BPS angefordert werden kann

www.prostatakrebs-bps.de

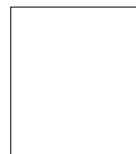


Absender (in Blockbuchstaben):

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.