

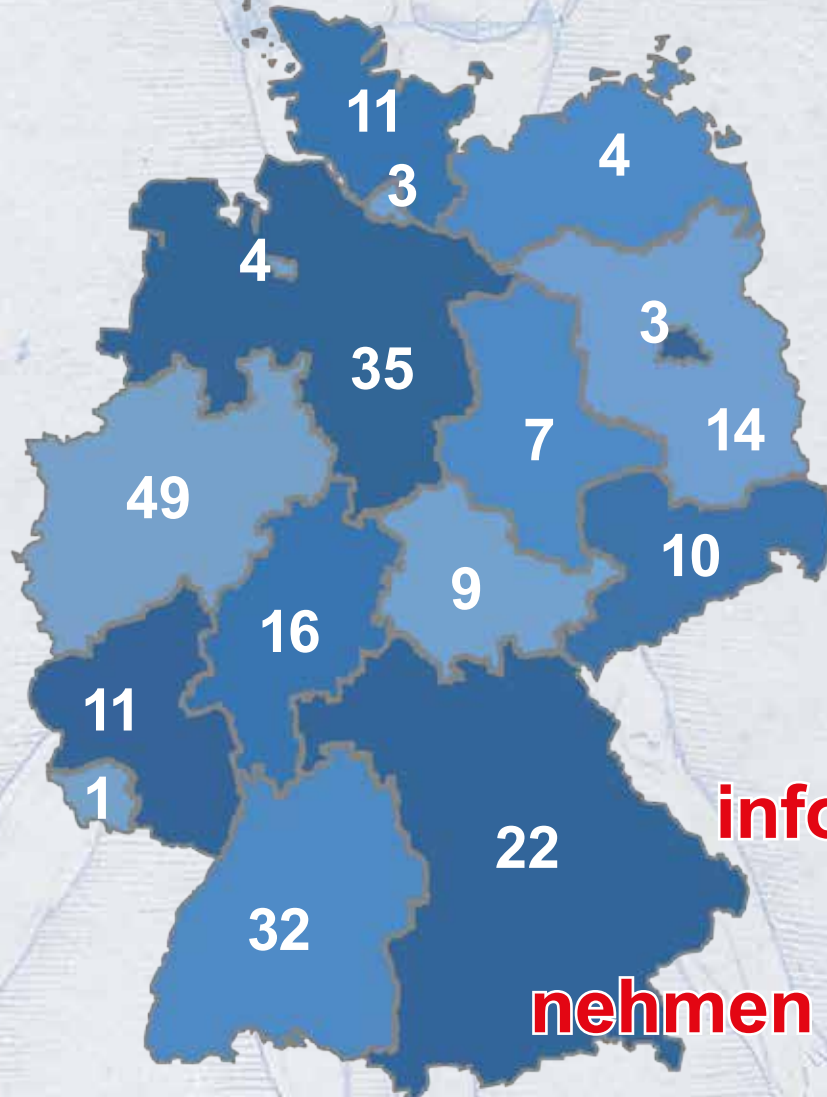
Magazin

3/2016

für Prostatakrebserkrankte und Angehörige

231 Selbsthilfegruppen

7 Regional- und Landesverbände



**informieren
helfen
nehmen Einfluss**

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 3, 2016

Editorial

Aktuell

Prof. Dr. Tilman Kälble – Präsident der DGU 2017 im Interview	2
Erklärfilm zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses	5
DGU-Kongress 2016 in Leipzig	5

Diagnose und Therapie

Radikaloperationen vermehrt in Kliniken mit zu geringer Erfahrung	7
Fokale Therapie des Prostatakarzinoms – was gibt es Neues?	9
Altershypogonadismus und Therapie mit Testosteron	14

Verbandsnachrichten

Herzlich Willkommen im BPS	18
1. Mitgliederversammlung des RV Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V.	18
Herbsttagung 2016 des RNBPS in Rheinsberg	19
10jähriges Jubiläum Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven	20
1. Marburger Uro-Marsch 2016 – Erfolgreiche Premiere	21
SHG Marburg verabschiedet Leiter des Prostatakrebscenters	21
Tagesausflug nach Bad Bocklet	22
Arzt-Patienten-Selbsthilfe-Gespräche	22
Familiär bedingter Prostatakrebs	23
SHG Burgdorf besucht die Urologie der Uniklinik Lübeck	23
Studienfahrt ins REHA-Zentrum Bad Bocklet	24
10jähriges Jubiläum der Landkreis Heidekreis e.V.	24
SHG Prostataerkrankungen Bottrop besucht Klinik Bad Oexen	25
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis Rastatt auf Exkursion	26
Boule und Brettspiele in Bielefeld	26
Olaf Thon unterstützt Selbsthilfegruppe Gelsenkirchen & Buer	27
„Erste Hilfe für Senioren“ als Tagesseminar	28
8. Tagung der niedersächsischen Krebselbsthilfegruppenleiter	28
Die SHG Bad Buchau beim Gesundheitstag in Federsee	29
Selbsthilfegruppe Oschatz im Jahr 2016	29
Fortbildung „Führungskräfte gewinnen und binden“	30
Die SHG Schönebeck und Umgebung berichtet	31
Prostataelbsthilfe Bergisch Gladbach feiert 10-jähriges Jubiläum	31
BPS-Basisseminar in Kassel	32
Patientenkongress Krebs Bad Boll – Was man(n) wissen muss	32
BPS-Seminar „Psycho-Onkologie“ in Kassel	33
Jubiläen	33
10. Todestag Wolfgang Petter/Nachruf	34

Für Sie notiert

Beckenbodentraining für Männer	35
Medikationsplan ab Oktober 2016	35
Register 2016	36
KOKONinfo ist online/Ernährung bei Krebs – Info-Portal online	37

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,

die größte deutsche Prostatakrebs-Studie, die PREFERE-Studie sollte erstmals alle vier zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms empfohlenen Therapien miteinander vergleichen. Diese Studie wird nun mangels zu geringer Teilnehmerzahl abgebrochen. Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) hat sich hierzu wie folgt öffentlich geäußert.

Für die große Zahl der Patienten mit Prostatakrebs im Anfangsstadium gibt es keine Gewissheit bei der Wahl empfohlener Therapiemöglichkeiten. Das wollte die PREFERE-Studie mit großartiger finanzieller und ideeller Förderung durch Krankenkassen, Deutsche Krebshilfe, Deutsche Krebsgesellschaft, PREFERE Studienleitung und in der Studie aktiven Prostatakrebszentren und Urologischen Praxen ändern. Für die Beteiligung an dieser außerordentlich wichtigen Studie hatte der BPS von Anfang geworben. Dass die finanzielle Förderung der Studie zum 31. Dezember 2016 mangels ausreichender Beteiligung beendet wird, nimmt der BPS mit Bedauern zur Kenntnis.

Zu wenige Patienten wurden über die Ziele und Vorteile der PREFERE durch ihre Ärzte informiert. So wurde eine große Chance nicht genutzt, zu beantworten, von welchen der vier Behandlungsmöglichkeiten – Radikaloperation, perkutane Strahlen-

therapie, Brachytherapie, Aktive Überwachung Patienten am meisten profitieren.

So lange diese Frage unbeantwortet bleibt, werden Patienten mit der Therapieentscheidung allein gelassen. Im Interesse der Patientengesundheit hält es der BPS für dringend notwendig, einen Weg zu finden, mit dem die Ziele der PREFERE-Studie erreicht werden können. Deshalb fordert der BPS ein neues Studienkonzept zu entwickeln, welches jüngsten medizinischen Erkenntnissen Rechnung trägt, die Motivation der Ärzte und Patienten, sich an der Forschung zu beteiligen, verstärkt und die Behandlung des Prostatakrebses im frühen Stadium verbessert.

Dass bereits in die Studie eingeschlossene Patienten zu den zugesagten Bedingungen einer optimalen Versorgung weiterhin betreut werden, begrüßt der BPS ausdrücklich. Auch die bereits gewonnenen Ergebnisse der PREFERE-Studie zur Diagnose des frühen Prostatakrebses wertet der BPS als positiv.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Prof. Dr. Tilman Kälble – Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2017 im Interview



© privat

Prof. Dr. Tilman Kälble steht für ein Jahr als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. vor. Als Präsident obliegt ihm die Organisation und inhaltliche Ausrichtung des Jahreskongresses, der vom 20. bis 23. September 2017 in Dresden unter dem Motto „Urologie: Für alle. Für jeden. Für uns.“ stattfinden wird. Der BPS hat mit ihm gesprochen, bevor die Präferenz-Finanzierung eingestellt wurde:

Wie unterstützt die DGU die Forschung zur Verbesserung der Diagnosen und Therapien des Prostatakrebses?

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) unterstützt über das Ressort Forschungsförderung und die Arbeitsgruppe Urologische Forschung (AUF) gezielt verschiedenste Forschungsprojekte ebenso wie die wissenschaftliche Qualifikation von Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern. Dazu gehört u. a. die Koordinierung des Eisenberger-Stipendien-Programms und speziell beim Prostatakarzinom der Forschungspreis Prostatakarzinom für hervorragende wissenschaftliche Forschungsvorhaben. Von derzeit 23 Eisenberger-Stipendiaten beschäftigen sich 10 mit dem Prostatakarzinom, wofür von Seiten der DGU bereits mehr als eine halbe Million Euro zur Verfügung gestellt wurde. Ohne nun auf jedes Detail eingehen zu können, sind darunter sehr erfolgversprechende Projekte, auf deren Ergebnisse wir gespannt sein dürfen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Etablierung sowohl einer Prostatakarzinombiodatenbank als

auch einer Wissensdatenbank in der Amtszeit von Herrn Prof. Dr. Wullich, die in erster Linie an die Versorgung von Prostatakrebspatienten gerichtet ist. Diese Wissensdatenbank soll dann für Fragen der Versorgungsforschung zur Verfügung stehen.

Unter Federführung der DGU wurden die S3-Leitlinien zum Prostatakarzinom erstellt, die darüber hinaus jährlich aktualisiert werden. Auf dem Deutschen Urologenkongress bildet das Prostatakarzinom seit Jahren einen Schwerpunkt, so dass die deutschen Urologen stets auf den neuesten Stand der Wissenschaft bei der Therapie des Prostatakarzinoms zurückgreifen können. Seit einigen Monaten existiert ferner eine Entscheidungshilfe Prostatakarzinom, mit Hilfe derer sich Patienten mit neu diagnostiziertem Prostatakarzinom online über individuelle Risiken und Therapiemodalitäten informieren und so gezielt auf den Therapieentscheid mit ihrem Urologen vorbereiten können.

Auf welche besonderen Qualitäten eines von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Prostatakrebszentrums können Patienten vertrauen?

Die Patienten können darauf vertrauen, dass bei jedem Patienten individuell im interdisziplinären Dialog unter Berücksichtigung der aktuellen S3-Leitlinien die für ihn richtige Therapie gefunden wird. Da in einem Prostatakarzinomzentrum durch Beteiligung aller notwendiger Fachrichtungen sämtliche Therapiemodalitäten für die verschiedenen Stadien eines Prostatakarzinoms angeboten wer-

den können, kann der Patient sicher sein, dass ihm keine Therapieform vorenthalten wird. Auch liegen in jedem Prostatakarzinomzentrum klare Behandlungspfade vor, so dass auch ein professioneller Ablauf der Therapiealgorithmen gewährleistet ist.

Können Sie uns Ihre Erfahrungen mit der Beteiligung der Patienten und Ärzte an der Prefere-Studie schildern?

Über die Prefere-Studie ist viel geschrieben worden. Fakt ist, dass ich wie alle Urologen ein großes Interesse an der Beantwortung der Frage habe, ob sich eine oder mehrere der vier Therapiemöglichkeiten des Niedrigrisikoprostatakarzinoms als überlegen herausstellt. Meine persönliche Erfahrung ist allerdings die gleiche wie die von fast allen Kollegen im Bundesgebiet, dass es trotz maximalen Bemühens schwer ist, Patienten für die Studie zu rekrutieren. So informieren sich beispielsweise Patienten mit Hilfe des sehr gut aufbereiteten Informationsmaterials inklusive Film über die Prefere-Studie, kommen danach aber oft mit einem eindeutigen Therapiewunsch wieder oder fordern eine klare Therapieempfehlung. In Deutschland ist es nicht nur bei der Prefere-Studie sehr schwierig, Patienten von einer Randomisation zu überzeugen, d. h., eine per Zufallszuteilung erstellte Therapie-Entscheidung zu akzeptieren. Trotz dieser Schwierigkeiten habe ich schon Patienten für die Prefere-Studie rekrutiert, bemühe mich weiter um Rekrutierung und hoffe nach wie vor, dass die Studie zu einem verwertbaren Ergebnis führen wird.

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

Unbedingt rate ich Männern ab dem 45. Lebensjahr, im Falle eines erhöhten Risikos in der Anamnese – z. B. Bruder oder Vater mit Prostatakarzinom –, ab dem 40. Lebensjahr zur regelmäßigen Prostatakrebs-Früherkennung, wozu essentiell der PSA-Wert gehört. Die Bedeutung des PSA-Wertes ist nach den aktuellen Arbeiten zum PSA-Screening größer denn je. In der amerikanischen Screening-Studie wurde kein Unterschied der Sterblichkeit an Prostatakarzinom zwischen den beiden Gruppen

mit vs. ohne PSA-Screening gefunden. Retrospektiv stellte sich aber heraus, dass in dem Kontrollarm, beispielsweise über den Hausarzt, noch häufiger PSA untersucht wurde als in dem eigentlichen Screening-Arm, so dass kein Unterschied herauskommen konnte. Dem gegenüber zeigt sich in der europäischen Screening-Studie mit jedem Jahr der längerem Verlaufsbeobachtung ein größerer Einfluss des PSA-Screening auf die Senkung der Prostatakarzinommortalität. Auch ist in den USA nach dem bewussten Abraten vom PSA-Screening bereits nach wenigen Jahren eine gestiegene Rate an fortgeschrittenen und metastasierten Prostatakarzinomen und ein Rückgang der diagnostizierten Prostatakarzinome insgesamt zu beobachten – genau das, was wir unbedingt vermeiden wollen. Also, der PSA-Test gehört definitiv zur Vorsorgeuntersuchung.

Wie oft lassen Sie Ihren PSA-Wert bestimmen?

Ich lasse meinen PSA-Wert im Moment alle 1-2 Jahre bestimmen, da er mit 0,2 micg/l erfreulich niedrig ist. Wäre er höher, beispielsweise über 2 micg/l, so würde ich mich jährlich kontrollieren lassen.

Was raten Sie dem BPS für die kommenden Jahre?

Zum einen freue ich mich, dass mit dem BPS eine Selbsthilfeorganisation existiert, die seit vielen Jahren in sehr konstruktiver Weise mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie zusammenarbeitet, so dass ich mir wünsche und dem BPS entsprechend auch rate, diese angenehme Form der vertrauensvollen und angenehmen Kooperation fortzusetzen. Ein weiterer Wunsch ist, dass der BPS uns Urologen weiterhin hilft, Männer von der Vorsorgenotwendigkeit zu überzeugen mit PSA als festem Bestandteil der Prostatakrebsfrüherkennung. Ebenso wichtig ist die Hilfe bei der Aufklärung, dass die Diagnose eines Prostatakarzinoms keineswegs gleichbedeutend mit einer sofortigen Therapie oder gar Operation sein muss. Auch ist wichtig darauf hinzuweisen, dass im Falle der Notwendigkeit einer Operation diese in aller Regel eine sehr gute Lebensqualität ohne nennenswerte Einschränkung zur Folge hat, sofern ein erfahrener Operateur

am Werk ist. Die Bereitschaft zur Prostatakrebsfrüherkennung und ggf. auch Biopsie muss in den Köpfen der Männer wesentlich besser verankert werden mit dem Ziel, die seit Jahren bei 15-20% „herumdümpelnde“ Vorsorgegeräte zu verbessern.

Welche Schwerpunkte setzen Sie während Ihrer Präsidentschaft?

Unter dem Motto „Urologie: Für alle. Für jeden. Für uns.“ möchte ich in Fortsetzung des Kongressmottos „Urologie umfasst mehr“ von Prof. Dr. Roth vor zwei Jahren versuchen, den Facettenreichtum unseres Fachgebietes darzustellen. In meinem Prä-

sidentenjahr soll eine Presseinitiative angestoßen werden, die über das Jahr hinausgeht und das Ziel hat, die Urologie als Marke für Erkrankungen des Urogenitaltraktes bei Männern, Frauen und Kindern zu etablieren. Im Rahmen dieser Presseinitiative ist beispielsweise neben der schon angelaufenen Hodentumorstudienkampagne geplant, mit Hilfe der bundesweit bekannten ehemaligen Handball-Nationalspieler Michael und Uli Roth, die als Zwillinge beide an einem Prostatakarzinom erkrankt waren und davon geheilt sind, eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Vorsorgenotwendigkeit anzustoßen.

Professor Dr. med. Tilman Kälble

1978 - 1984	Medizinstudium an den Universitäten Ulm, London und Freiburg
1985	Assistenzarzt an der Chirurgischen Abteilung der St. Vincentius-Krankenhäuser Karlsruhe (Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg)
1986 - 1993	wissenschaftlicher Assistent an der Urologischen Universitätsklinik Heidelberg
Februar 1992	Habilitation im Fach Urologie über eine klinische sowie tierexperimentelle Arbeit zur Karzinogenese in ureterointestinalen Harnableitungen an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
1993 - 1995	Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik Heidelberg
1995 - 1997	Leitender Oberarzt der Urologischen Klinik der Philipps-Universität Marburg
1997 - 1998	Kommissarischer Leiter der Urologischen Klinik der Philipps-Universität Marburg
seit 1999	Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie des Klinikums Fulda

Akademische Tätigkeiten

seit 1993	Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift „Aktuelle Urologie“ (Thieme Verlag)
2002 - 2009	Vorsitzender der Leitlinienkommission „Nierentransplantation“ der Europäischen Urologischen Gesellschaft (EAU)
2005	Präsident der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie 2005
2006 - 2015	Vorsitzender des Arbeitskreises Urologische Assistenz- und Pflegeberufe bzw. Teamakademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie
seit 2007	Schriftleitung „Der Urologe“ (Springer Verlag)
seit 01.10.2016	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Mitgliedschaft in Fachverbänden: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO), American Urological Association (AUA), European Association of Urology (EAU), Societe Internationale d'Urologie (SIU), Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie, Berufsverband der Deutschen Urologen

Erklärfilm zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Von Udo Ehrmann, vom BPS benannter Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (Unterausschuss Arzneimittel, AG Frühe Nutzenbewertung)



© privat

Andere Länder beneiden Deutschland um sein Gesundheitssystem wegen seiner gesetzlichen Krankenkassen (GKV, z.B. AOK, Barmer-GEK, DAK, TK etc.), die zu vergleichsweise niedrigen Beiträgen allen Versicherungspflichtigen umfassende und z.T. auch aufwändige Anwendungen erstatten können, z.B. bei Krebserkrankungen. Damit dies so bleibt, müssen die Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Anderen Orts entscheiden meist staatliche Behörden über Versorgung und Qualität von medizinischen Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hingegen eine Selbstverwaltungsbehörde, wo sich Verbandsvertreter von Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern und Patienten an einen Tisch setzen. Auch der BPS ist in wichtigen Ausschüssen vertreten. Berichte darüber erschienen bereits in früheren Ausgaben des BPS-Magazins.

Damit auch Versicherte und Patienten die Aufgaben des G-BA besser verstehen, hat der G-BA einen Erklärfilm entwickelt. Zum Filmabschnitt Nutzenbewertung von Arzneimitteln hat der Patientenvertreter des BPS einen Vorschlag zu einer Korrektur gemacht, der z. T. aufgegriffen wurde. Aber ein

restliches Missverständnis bleibt: nicht immer ist das jeweils neueste Medikament „die beste Therapie“. Beispielsweise wurden allen bisherigen neuen Medikamenten für kastrationsresistenten Prostatakrebs ein Zusatznutzen anerkannt. Ihre Vergleichstherapien waren jedoch nur fortgesetzte medikamentöse Kastration kombiniert mit Placebo (bzw. abwartendem Vorgehen), aber noch keines der anderen neuen Medikamente.

Insgesamt ist das Online-Video sehr empfehlenswert. Wer danach Lust auf mehr Informationen bekommen hat, dem empfehle ich anschließend die aktuelle Patienten- und Versicherten-Broschüre des G-BA („Entscheidungen zum Nutzen für Patienten und Versicherte“). Auch hier hatte der Patientenvertreter des BPS einen Korrektur-Vorschlag gemacht, der aufgegriffen wurde.

Links

<https://www.g-ba.de/institution/erklaeofilm/>
https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3647/2014-10-23_G-BA_Informationsbroschue-re_DE.pdf

DGU-Kongress 2016 in Leipzig

Der BPS war mit Informationsstand und Vorstandsmitgliedern am 68. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Leipzig beteiligt. Das wissenschaftliche Programm beeindruckte mit 1.316 Referenten und Fachvorträgen aktuellster medizinischer Erkenntnisse. Die Vorträge können

unter <http://prostatakrebs-bps.de/dgu/dgu2016.zip> verfolgt werden.

Paul Enders, langjähriges Mitglied des BPS-Vorstands und der BPS-Hotline war auch als Referent eingeladen. Er sprach zum Thema „Was versteht der Patient unter Lebensqualität?“.



Paul Enders während seines Vortrags, © G. Carl

Zu Beginn des Kongresses diagnostizierte DGU Präsident Prof. Kurt Miller in der Diskussionsrunde „eine Überdosis Ökonomie“ im derzeitigen Gesundheitssystem und appellierte an die Politik, hier aktiv zu werden.

Im Rahmen der DGU Pressekonferenz sprach sich die DGU erneut für einen leitlinienkonformen Einsatz des PSA-Testes auf der Grundlage

einer informierten Patientenentscheidung zur Früherkennung von Prostatakrebs aus. Aufgrund der neuen

Datenlage bedürfe es vor allem in der Öffentlichkeit einer Revision des Negativ-Images des Testes, sagte DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg.

Eine hohe Gesamtzufriedenheit und kontinuierlich steigende Nutzerzahlen attestierte PD Dr. Dr. Johannes Huber der neuen internetbasierten „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“. Für Mitwirkung an der Entscheidungshilfe wurde Paul Enders ein Sonderpreis des Alexander-von-Lichtenberg-Preises verliehen. Der Preis wird zur Erinnerung an einen Pionier der deutschen Urologie für besondere Leistungen im Bereich der ambulanten Urologie vergeben.

Im Patientenforum informierten sich Interessierte aus der Region Leipzig über Harninkontinenz, die internetbasierte „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ und die Prävention urologischer Erkrankungen. An der Podiumsdiskussion zum Thema „Was können Selbsthilfegruppen leisten?“ waren Dr. Lothar Eberhard und Günther Carl, Vorstandsmitglieder des BPS beteiligt.

Am Kongressende übergab Prof. Miller den Stafelstab an den bisherigen 1. Vize-Präsidenten Prof. Dr. Tilmann Kälble. Eine Vorstellung des aktuellen DGU-Präsidenten finden Sie auf den Seiten 2 bis 4.

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/>.

Radikaloperationen bei Prostatakrebs erfolgen vermehrt in Kliniken mit zu geringer Erfahrung: Fehlentwicklung zulasten der Patienten

Von PD Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber, Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden



© privat

Mindestens 50 Operationen pro Jahr empfiehlt die deutsche Prostatakrebsleitlinie als Orientierungswert für Zentren, die eine komplette operative Entfernung der Prostata anbieten. Doch die aktuelle Studie „Robots drive the German radical prostatectomy market“ belegt, dass diese Empfehlung in Deutschland zunehmend ignoriert wird. Immer häufiger nehmen Krankenhäuser radikale Prostatektomien vor, obwohl sie die dafür empfohlene Mindestfallzahl nicht erreichen. Im Untersuchungszeitraum von 2006 bis 2013 hat sich der Anteil dieser Krankenhäuser von 49 auf 67 Prozent erhöht. Stattdessen wäre eine Zentralisierung der Patientenversorgung notwendig. Denn eine Operation in Häusern mit hohen Fallzahlen steigert die

Patientensicherheit und führt seltener zu schweren Nebenwirkungen wie Impotenz oder Inkontinenz.

Viele Gesundheitssysteme im Ausland nutzen bereits verbindliche Mindestmengenkataloge, um eine Zentralisierung von komplizierten Operationen zu erreichen. In Deutschland gibt es eine solche Regelung bisher aber erst für sechs Verfahren wie Leber- und Nierentransplantationen, operativen Eingriffen an den Herzkranzgefäßen oder bei Operationen von Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre – die Radikaloperation der Prostata gehört nicht dazu. Ohne Mindestmengenkataloge sind die Kliniken nicht an die Empfehlungen der Deutschen Prostatakrebsleitlinie gebunden. Begünstigt durch einen Rückgang bei der Gesamtzahl aller in Deutschland vorgenommenen Eingriffe um etwa ein Drittel (Abbildung 1) kommt es dadurch zu einer deutlichen Dezentralisierung.

Die Analyse aller 221.000 Eingriffe in Deutschland von 2006 bis 2013 belegt erstmals, dass sich das deutsche Gesundheitswesen immer weiter von der Leitliniempfehlung für Radikalopera-

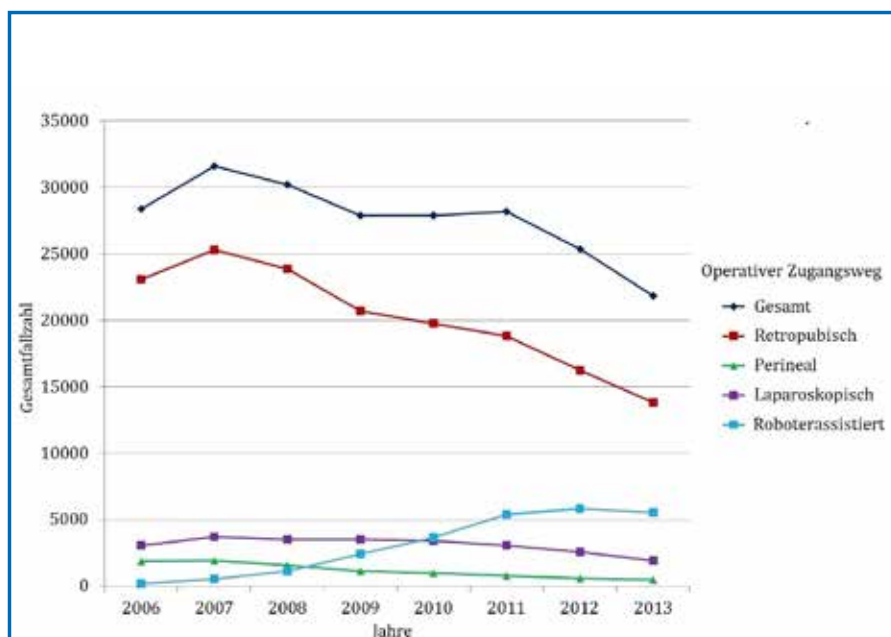


Abb. 1. Entwicklung aller Radikaloperationen der Prostata in Deutschland

tionen der Prostata entfernt. Statt der gebotenen Zentralisierung der Versorgung werden immer mehr Patienten in Kliniken operiert, die weniger als die mindestens empfohlenen 50 Eingriffe pro Jahr vornehmen. Zwischen 2006 und 2013 hat sich der Anteil dieser Patienten von 16 auf 28 Prozent fast verdoppelt (Abbildung 2). Das kann beträchtliche

Krebsgesellschaft vorgenommen und fordert – wie auch die deutsche Prostatakrebsleitlinie – eine Fallzahl von mindestens 50 Eingriffen pro Jahr. Die aktuelle Studie konnte die Wirksamkeit dieser Qualifikationen auf die im Jahr 2013 erreichten Fallzahlen genauer bestimmen: Mit einem Multiplikationsfaktor von 7,3 wirkte sich das Vorhalten

eines OP-Roboters am stärksten aus, das heißt statistisch führte eine Klinik mit OP-Roboter siebenmal so viele Eingriffe durch wie eine vergleichbare Einrichtung ohne diese aufwändige Infrastruktur. Die Zertifizierung als Prostatakarzinomzentrum hatte mit einem Multiplikationsfaktor von 1,6 einen deutlich schwächeren Effekt auf die Fallzahlen. Dieses Ergebnis legt nahe, dass die qualitätssichernde Bedeutung einer Zertifizierung bei den zuweisenden Ärzten und in der deutschen Bevölkerung noch nicht ausreichend wahrgenommen wird.

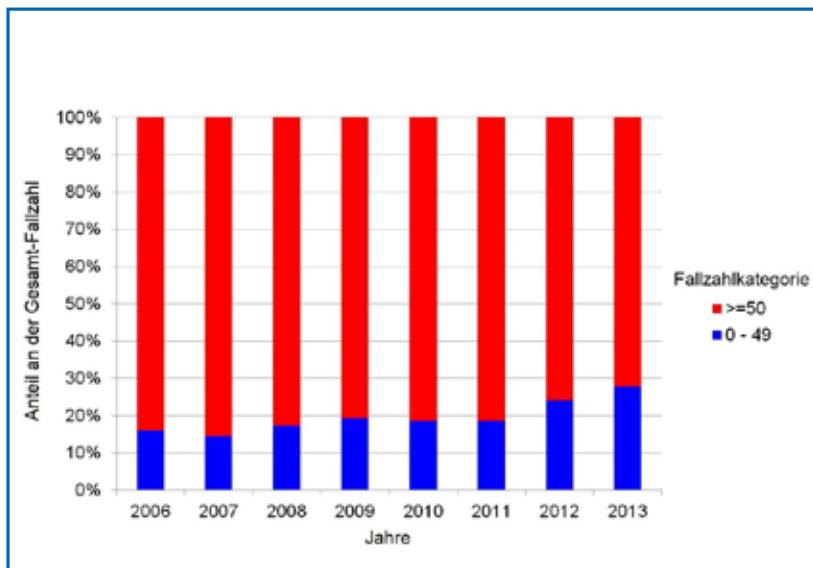


Abb. 2. Ein steigender Anteil der Patienten wird in Kliniken mit <50 Eingriffen pro Jahr operiert.

Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität in Deutschland haben. Denn es existieren gute Belege dafür, dass die Ergebnisse in erfahreneren Zentren besser sind. Dieses Erkenntnis trifft insbesondere für die Radikaloperation der Prostata bei Prostatakrebs zu. Daher empfiehlt die deutsche Prostatakrebsleitlinie, dass die komplette Entfernung der Prostata nur in Einrichtungen mit mindestens 50 Operationen pro Jahr erfolgen soll. Dieses Ziel hat die Leitliniengruppe mit dem höchsten Empfehlungsgrad und auf der Basis von belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen formuliert.

Neben der Eingriffszahl können Patienten erfahrene Behandlungszentren auch am Vorhalten eines OP-Roboters und an der Zertifizierung als Prostatakarzinomzentrum erkennen. Diese Zertifizierung wird seit 2007 im Auftrag der Deutschen

Dresden ermöglicht und finanziert.

Danksagung

Die Studie wurde durch das Förderprogramm MeDDrive der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität

Literatur

Christer Groeben, Rainer Koch, Martin Baunacke, Manfred P. Wirth, Johannes Huber (2016) Robots drive the German radical prostatectomy market: a total population analysis from 2006 to 2013. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* doi 10.1038/PCAN.2016.34, <http://www.nature.com/pcan/journal/vaop/ncurrent/full/pcan201634a.html>

Kontakt

PD Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber
Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
E-Mail: johannes.huber@uniklinikum-dresden.de
Internet: www.uniklinikum-dresden.de/uro

Fokale Therapie des Prostatakarzinoms – was gibt es Neues?

Dr. Stefan Machtens, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, stellvertretend für den Arbeitskreis Fokale und Mikrotherapie der Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.



© privat

Die Fokale Therapie des Prostatakarzinoms (PC) gehört aktuell zu den innovativsten und am meisten kontrovers diskutierten Feldern in der Urologie. Das große Interesse seitens Patienten und betreuender Urologen wird u. a. durch die wachsende Besorgnis bezüglich einer Übertherapie beim Niedrigrisiko-PC begründet. Die Fokale Therapie bietet die Möglichkeit, die Lücke zwischen Aktiver Überwachung (Active Surveillance) und primärer Therapie des Gesamtorgans für ein ausgesuchtes Patientenkollektiv zu schließen. Problematisch ist, dass derzeit weltweit kein einheitlicher Konsens bzgl. Patientenselektion, Behandlungstechnologie und Verlaufskontrolle besteht.

Hintergrund

Durch den Einsatz des PSA-Screenings ist es weltweit zu einer Zunahme bei der Detektion indolenter, d. h. nur langsam wachsender Prostatakarzinome gekommen (stage migration). Die Folge ist eine geschätzte Rate an Übertherapie von 30 %-49 % durch radikale Therapieoptionen (OP und Bestrahlung) mit dem Risiko entsprechender Nebenwirkungen. Dieses Wissen führte auch in Deutschland zwischen 2007 und 2012 zu einem Rückgang der Anzahl radikaler Prostatektomien um ca. 20 %.

Patienten unter Active Surveillance (AS) wiederum müssen über die Limitationen bei der Patientenselektion aufgeklärt werden. Ein Drittel dieser Patienten scheidet nach zwei bis fünf Jahren wegen

Tumorprogression oder psychischer Belastung aus. Hinzu kommen die Morbidität wiederholter Kontrollbiopsien, sowie das Risiko, bei einer ungezielten Biopsie signifikante Tumoren in untypischen Lokalisationen (z. B. an der dem Enddarm abgewandten Seite der Prostata) zu übersehen.

Was ist die Fokale Therapie?

Der Begriff „Fokale Therapie“ umfasst alle Strategien der Teilbehandlung der Prostata. Wie bei kaum einem anderen Organ können bei der Prostata Kollateralschäden angrenzender Strukturen (Harnröhrenschließmuskel, Neurovaskuläres Bündel, Rektum) mit Einbußen an Lebensqualität verbunden sein. Ziel der fokalen Therapie ist die Beseitigung von Tumorgewebe bei gleichzeitiger Schonung umliegender gesunder Strukturen.

Die Indextumortheorie

Das Bestimmen der exakten Tumorlokalisierung innerhalb der Prostata stellt die größte Herausforderung dar. Das PC ist ein multifokaler Tumor, wobei meist ein größerer Tumor im Mittel von 2,9 Begleittumoren umgeben ist. Ein rein unifokales Wachstum, d. h. Vorliegen nur eines Tumorherdes, findet man nur in ca. 20 % der Fälle. Häufig metastasiert das PC von einem einzigen Klon, ausgehend vom größten Tumorherd, dem sog. Indextumor. Die kleineren Tumorfoci (-herde) besitzen hingegen nach dieser Theorie nur untergeordnetes Potential der Metastasierung.

Therapienotwendigkeit bei Gleason Score 6?

Untersuchungen an großen Patientenkollektiven nach radikaler Prostatektomie (RPE) konnten zeigen, dass die Metastasierungsrate beim reinen Gleason-Score-6-PC nahezu 0 beträgt. Dies würde die Rechtfertigung jedweder Therapie beim Gleason-Score-6-PC in Frage stellen. Es ist jedoch gesichert, dass in ca. 25 % der Patienten mit stanzbiopischem Gleason-Score-6-PC mikrofokale Tumorfoci mit höhergradigem Gleason Score vorliegen. In Zukunft mögen verschiedene Biomarker hilfreich sein, an Stanzbiopsien von Low-grade-Tumoren eine Unterscheidung von harmlosen Tumoren und solchen mit erhöhtem Progressionsrisiko vorzunehmen (z. B. Oncotype DX assay (Genome health) und Prolaris Assay (Myriad Genetics)). Solange dies jedoch noch nicht etablierter Standard ist, ist auch beim Gleason-Score-6-Karzinom bei ausgewählten Patienten ein fokaler Therapieansatz gerechtfertigt.

Behandlungsstrategien

Art und Umfang einer fokalen Therapie sind nicht definiert. Beschriebene Strategien umfassen u. a. die halbseitige Drüsenbehandlung (Hemiablation), die Therapie nur des Tumors oder der Indexläsion, d. h. der Läsion mit dem höchsten Gleason-Score und dem größten Volumen, oder die Therapie des gesamten Organs durch Bestrahlung mit Dosisescalation im Tumorbereich (fokussiert).

Das Ziel kann die Beseitigung allen Tumorgewebes bei Patienten mit niedrigem Risiko und niedrigem Tumolvolumen sein. Ziel kann aber bei multifokalem Tumor auch die Ablation der Prognose-führenden Indexläsion sein, wodurch der Tumor in ein Stadium überführt wird, in welchem eine Active Surveillance möglich ist und der mögliche Zeitpunkt einer kurativen Behandlung hinausgezögert wird.

Diagnostik

Radikale Therapieformen fanden beim PC über lange Zeiträume ohne die Voraussetzung statt, den Tumor innerhalb der Prostata präzise zu lokalisieren. Der Erfolg einer fokalen Therapie ist hingegen von einer optimalen Tumorkonlokalisierung

abhängig. Die Leitlinien-gerechte 10/12-fach Biopsie ist dazu ungeeignet. Es konnte gezeigt werden, dass bei stanzbiopischem Hinweis auf ein nur in einem Seitenlappen vorliegendes PC (≤ 2 Stenzen im selben Lappen bei Gleason-Score ≤ 6 und PSA ≤ 10 ng/ml) nach Prostatektomie doch zweidrittel dieser Patienten ein beidseitiges bzw. Organ-überschreitendes PC aufwiesen. Sogar bei der Template-gestützten (Template = Lochraster-schablone) perinealen (durch den Damm durchgeführten) Mappingbiopsie mit Abständen von 5 mm besteht die Möglichkeit, an einem kleinen Krebsherd vorbei zu stechen. Sampling error: bei Patienten mit einseitigem PC wurde nach RPE in 61 % ein beidseitiges PC und in 27 % festgestellt, dass das Tumorstadium höher war als ursprünglich eingeschätzt. Darüber hinaus sind die Invasivität, eine vorübergehende erektile Dysfunktion, die Narkosenotwendigkeit und die Kosten Gründe dafür, dass sich die Template-gestützte Mappingbiopsie in Deutschland nicht flächendeckend durchgesetzt hat. Eine optimierte Tumorkonlokalisierung scheint somit nicht durch eine erhöhte Anzahl an Biopsiezylindern, sondern nur durch eine verbesserte Bildgebung möglich. Hierbei spielt das multiparametrische MRT (mpMRT) eine zentrale Rolle.

Multiparametrisches MRT (mpMRT)

Die mpMRT umfasst neben der T2-gewichteten, morphologischen Bildgebung zusätzlich funktionelle Untersuchungen über die regionale Zelldichte (diffusionsgewichtete MRT, DWI) und die Perfusion (der Blutfluss durch die Prostata) (dynamische Kontrastmittel-angehobene MRT, DCE). In Zusammenschau dieser Informationen lassen sich Karzinom-verdächtige Herdbefunde in der Prostata lokalisieren. 2012 wurden durch die European Society of Urogenital Radiology (ESUR) Leitlinien mit Angabe des Prostate Imaging and Reporting Data System (PI-RADS) vorgestellt. Der sogenannte PI-RADS-Score umfasst eine Skala von 1-5 und gibt mit einer Zahl die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms an. Bei einem PI-RADS-Score von 1 bis 3 ist ein PC unwahrscheinlich, bei Score 4 „wahrscheinlich“ und bei Score 5 „sehr wahrscheinlich“. Mit dem Ziel einer

globalen Standardisierung und der Reduzierung der Variabilität bei der Befundung wurde kürzlich die überarbeitete PI-RADS Version 2 vorgestellt. Die wichtigsten Eckpunkte sind: Geforderte Sequenzen sind T2-Wichtung (T2W), Diffusionswichtung (DWI) und Kontrastmittel-verstärkte Phase (DCE). Die Spektroskopie wurde verlassen. Die DWI ist die dominante Sequenz zur Beurteilung der peripheren Zone, die T2W für die Transitionalzone, das ist der Bereich vor und seitlich des Anfangsteils der Harnröhre. Die DCE wird nur bei unklaren PI-RADS-3-Befunden sowohl in der peripheren Zone als auch in der Transitionalzone hinzugezogen. Eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms ist bei PI-RADS-4- und -5-Läsionen gegeben. Im Fall von PI-RADS 4 liegt ein Durchmesser $\leq 1,5$ cm vor, im Fall von PI-RADS 5 ein Durchmesser von $\geq 1,5$ cm oder eine definitiv erkennbare extraprostatatische Ausdehnung. Durch weitere Unterteilung der Transitionalzone und Abgrenzung der zentralen Zone wird die Prostata nun in 36 Regionen unterteilt. Bzgl. einer Ergebnisverfälschung durch Blutergüsse infolge einer Biopsie wird kein zeitlicher Abstand mehr zum mpMRT gefordert, wenn es darum geht, ein signifikantes Karzinom an untypischer Lokalisation zu sichern, da dessen Lage mit den negativen Biopsien meist nicht übereinstimmt. Wenn es jedoch zur Tumorlokalisierung vor fokaler Therapie geht, sollen zwischen Biopsie und mpMRT mind. sechs Wochen Abstand liegen.

Alleinige MRT-gestützte „in-bore-Biopsie“ oder Kombination mit der Randbiopsie?

Das mpMRT ist hilfreich bei den Forderungen „verbesserte Detektion klinisch signifikanter PCs“ und „verminderte unnötige Detektion klinisch insignifikanter PCs“ und dadurch Reduzierung von Überdiagnostik und Übertherapie. Wie gut erfüllt das mpMRT aktuell diese Forderungen? Le et al. untersuchten die Eignung des mpMRT zur Detektion multifokaler Prostataläsionen. 122 Patienten mit PC erhielten vor RPE ein mpMRT. Die radiologisch detektierten Foci wurden mit Großflächenschnitten verglichen. Die Gesamtsensitivität des mpMRT betrug nur 47 %. 80 % der Indextumoren wurden

detektiert, jedoch nur 21 % der Nicht-Indextumoren. 20 % dieser Nicht-Indextumoren wiesen einen Gleason-Score ≥ 7 auf. Dies spricht dafür, dass derzeit für eine fokale Therapie eine Kombination aus MRT-gestützter Biopsie und systematischer Biopsie vorgesehen werden sollte. Diese Daten wurden aktuell durch die Heidelberger Arbeitsgruppe bestätigt (Radtke et al. Eur Urol 2016). Für die gezielten Biopsien eignen sich neben der Fusion durch einfaches Übereinanderlegen der Bilder verschiedene sog. Software-assistierte Fusionsysteme (bspw. Artemis, Koelis, Biopsee etc.).

Patientenauswahl

Es ist bislang nicht einheitlich geklärt, welcher der „ideale Patient“ für eine Fokale Therapie ist. Es wird deutlich, dass zwischen den Serien ausgeprägte Unterschiede bzgl. PSA-Wert, Gleason-Score, Anzahl positiver Biopsien und Methode der Tumorlokalisierung bestehen. Anfänglich wurden in erster Linie Patienten mit sehr niedrigem Risiko behandelt. Neuere Fallserien beinhalten Patienten mit Gleason-Score bis $4+3=7$. Die Angaben gängiger Leitlinien sind unspezifisch. Zur Orientierung sind die Resultate zahlreicher Artikel hilfreich, in denen mehrere Verfasser gleicher Meinung waren („consensus papers“). Allgemein kann festgestellt werden, dass die empfohlenen Einschlusskriterien über die letzten Jahre von den verschiedenen Konsensusgruppen ausgeweitet wurden. Es zeigt sich, dass die Fokale Therapie weltweit eher als Alternative zur definitiven Therapie des Gesamtorgans denn als Alternative zur Active Surveillance gesehen wird. Grundsätzlich sollten Patienten mit sehr niedrigem Risiko einer Active Surveillance zugeführt werden, da bei diesen Patienten auch eine Fokale Therapie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Übertherapie bedeuten würde.

Behandlungstechnologien

Verschiedenen Technologien wurden im Zusammenhang mit Fokaler Therapie eingesetzt. Hierzu gehören Hoch-intensiver fokussierter Ultraschall (HIFU), Kryotherapie, photodynamische Therapie und fokale Brachytherapie. Neuere Technologien sind fokale Laserablation, transurethrale in-bore-

Ultraschallablation und Irreversible Elektroporation (IRE). Bislang ist nicht klar, welches das optimale Verfahren ist. Vergleichende Studien liegen bislang nicht vor. Hinzu kommt, dass die publizierten Fallserien uneinheitliche Versagenskriterien und Nachsorgeprotokolle enthalten, was indirekte Vergleiche zwischen den Technologien erschwert. Focal One (EDAP-TMS, Lyon, Frankreich) ist ein HIFU-Gerät der neuesten Generation und wurde 2014 zugelassen. Besondere Merkmale sind die Option der intraoperativen Fusion mit dem mpMRT sowie die Möglichkeit der unmittelbaren Therapiekontrolle mittels Kontrastmittel-verstärktem Ultraschall. Limitation der HIFU treten bei großem Prostatavolumen im Bereich der Rückseite der Prostata auf. Kryotherapie ist hier möglicherweise besser geeignet, stößt aber im Gegensatz dazu bei sehr kleinem Prostatavolumen an Grenzen.

Verlaufskontrolle und Versagenskriterien

Die Art der Nachuntersuchung sowie die Definition von Versagenskriterien nach fokaler Therapie stellen eine große Herausforderung dar: Aufgrund des natürlichen Verlaufs der Krebserkrankung ist die PC-spezifische Mortalität kein geeigneter Parameter zur Beurteilung der onkologischen Effektivität, da bei low-/ intermediate-risk-Patienten erst Nachuntersuchungszeiträume von zehn bis 20 Jahren bei großen Patientenkollektiven aufschlussreich wären. Zur Beurteilung der Effektivität verschiedener Technologien müssen also ersatzweise andere Parameter herangezogen werden. Der PSA-Verlauf soll zwar in Studien erfasst werden, seine Verwertbarkeit ist jedoch bislang unklar. Aufgrund der uneinheitlichen Gewebestrukturen innerhalb einer lokal behandelten Prostata (behandeltes Karzinomgewebe, unbehandeltes Adenomgewebe, ggf. entzündliche Umbauprozesse) kann der PSA-Verlauf nach der Behandlung sehr unterschiedlich sein. Zudem ist nach fokaler Ablation ein anderer PSA-Abfall als nach Hemiablation zu erwarten. Versagenskriterien für RPE (PSA >0,2 ng/ml) und Strahlentherapie (ASTRO, Phoenix) können daher nicht angewendet werden. Daher kommt der Bildgebung mittels mpMRT sowie der Stanzbiopsie

eine wichtige Rolle zu. Neben dem Erfassen von Nebenwirkungen und Nachbehandlungen sollen Lebensqualität und funktionelle Parameter mittels validierter Fragebögen erfasst werden.

Ergebnisse nach fokaler Therapie

Mittlerweile liegen zahlreiche Ergebnisse nach Fokaler Therapie vor. Hierbei handelt es sich meist um retrospektive (rückblickende) oder prospektive (zu erwartende) Fallserien. Es liegen keine Ergebnisse aus prospektiv-randomisierten Studien vor. Am meisten Evidenz liegt für Fokale Therapie mittels Kryotherapie und HIFU vor. Die Anzahl behandelter Patienten in den Serien beträgt meist unter 100, die mittlere Dauer der Verlaufskontrolle liegt zwischen sechs Monaten und zehn Jahren. Zwischen den Fallserien herrschen teils deutliche Unterschiede bei Einschlusskriterien, Umfang an präoperativer Diagnostik, Art der fokalen Behandlung sowie Definition der funktionellen Ergebnisse. Die Kontinenzraten betragen meist 100 %. Die erektile Funktion scheint nur gering beeinträchtigt zu werden. Das Spektrum an Nebenwirkungen ist in allen Fallserien gering und umfasst Schmerzen, Dysurie (mit Schmerzen oder Beschwerden verbundenes oder generell erschwertes Wasserlassen), Harnverhalte und Harnwegsinfektionen. Schwerwiegende Komplikationen sind eine Rarität.



Abb.1. Röntgenübersichtsaufnahme des Abdomens nach fokaler Brachytherapie mit Seeds als Halbseitenbehandlung, © S. Machtens

Weltweit rekrutieren weitere Studien zur fokalen Therapie mittels verschiedener Verfahren. Die Einschlusskriterien umfassen alle Risikogruppen, die Anzahl einzuschließender Patienten liegt zwischen neun und 300, und das geplante Follow-up liegt zwischen sechs und 60 Monaten. Der Arbeitskreis für fokale und Mikrotherapie (AKFM) beteiligt sich derzeit an den Studien HEMI und PROFOCUS. Bei HEMI (AUO Protokoll 68/11, LKP R. Ganzer) handelt es sich um eine prospektive Studie zur Hemiablation mittels HIFU bei Patienten mit einseitigem low-/intermediate-risk-PC. Zusätzlich zur (ungezielten) Randoombiopsie darf im mpMRT kein Hinweis auf ein signifikantes Karzinom in der anderen Seite bestehen (PI-RADS 4/5). Ein-Jahres-Ergebnisse mittels mpMRT und Kontrollbiopsie von 50 Patienten liegen Ende 2016 vor. Ziel von PROFOCUS (LKP M. Schostak) ist die MRT-fusionierte Behandlung von maximal zwei biotisch verifizierten MRT-Läsionen (auch bilateral) mittels Focal One (EDAP-TMS, Lyon).

Diskussion

Die Erwartungshaltung von Patienten und Behandlern an die Fokale Therapie des PC ist gleichermaßen hoch. Daher ist es umso wichtiger, fokale Behandlungen nur im Rahmen von Studienprotokollen anzubieten. Andernfalls wird es in den nächsten Jahren nicht möglich sein, ein klares Bild zu Nebenwirkungen, Erhalt an Lebensqualität, Rate an sekundären Behandlungen und onkologischer Effektivität zu gewinnen. Die Irreversible Elektroporation (IRE) ist beispielsweise eine Technologie mit hohem Potential für die Fokale Therapie, da sie eine Ablation von Weichteilgewebe unter selektiver Schonung von Nervengewebe verspricht. Diese Eigenschaft ist jedoch wissenschaftlich bislang nicht belegt. Es liegen aktuell nur 42 publizierte Behandlungsfälle vor. Der Einsatz dieses Verfahrens an kommerziell orientierten Einrichtungen au-

ßerhalb von Studien muss daher kritisch betrachtet werden. Es wird über Einzelkosten von 20.000 bis 30.000 € berichtet, die in Deutschland vom Patienten getragen werden müssen.

Die vorliegenden und geplanten Studien zur fokalen Therapie haben zum einen die Einschränkung, dass auf Grund der Biologie des PC das tumorspezifische Überleben nicht als Endpunkt verwertet werden kann. Zum anderen wird nicht mit großen prospektiv randomisierten Studien zu rechnen sein, welche Fokale Therapie gegen Active Surveillance oder radikale Therapieoptionen untersuchen. Die traurigen Erfahrungen mit der inzwischen beendeten PREFERE-Studie verdeutlichen, welche Herausforderungen mit der Randomisierung bei der Behandlung des lokal begrenzten PC verbunden sind. Daher ist es entscheidend, die bestmögliche Evidenz aus prospektiven Studien zu gewinnen, um den Stellenwert der fokalen Therapie in naher Zukunft besser einordnen zu können.

Fazit

Die Fokale Therapie ist eine vielversprechende Option mit hohem Potential, die Lücke zwischen Active Surveillance und radikaler Therapie zu schließen. Ergebnisse vorliegender Fallserien belegen neben der Machbarkeit den Erhalt an Lebensqualität bei geringen Nebenwirkungen. Der Einschluss von Patienten in Studienprotokolle ist entscheidend, um in den nächsten Jahren mehr Klarheit zur Patientenselektion, Therapieform und zur optimalen Behandlungstechnologie zu gewinnen.

Autor

Dr. Stefan Machtens
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach
Dr.-Robert-Koch-Str. 16
51465 Bergisch Gladbach

Gesundheit des Alternden Mannes: Altershypogonadismus und Therapie mit Testosteron

Von Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Diemer, Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen, Justus-Liebig-Universität Gießen



© privat

Der Begriff des Hypogonadismus wird in der einschlägigen Literatur nicht konsistent verwendet, so dass eine einheitlich akzeptierte Definition nicht abgeleitet werden kann. Das Testosterondefizit ist als klinisches und biochemisches Syndrom definiert, welches durch ein Defizit an Testosteron oder Testosteronwirkung mit relevanten Symptomen und Anzeichen gekennzeichnet ist. Gerade für den erworbenen Hypogonadismus zumeist älterer Männer hat sich darüber hinaus der Begriff des Altershypogonadismus (engl. „Late-onset“ hypogonadism (LOH)) etabliert.

Altershypogonadismus (LOH)

Generell akzeptierte Studien an alternden Männern haben die Verminderung des Serumtestosterons in Abhängigkeit vom Alter zeigen können. Bei gesunden jüngeren Männern liegt der normale Testosteronspiegel (Serum-Gesamttestosteron) zwischen 11 und 40 mmol/l, wobei dieser normale Testosteronspiegel altersabhängig um zirka 30% im Alter zwischen 25 und 75 Jahren abzunehmen scheint.

Klinische Symptome des Testosterondefizits

Unabhängig von den pathophysiologischen Ursachen des Testosterondefizits ergibt sich eine gleichartige klinische Symptomatik. Dabei ist die klinische Symptomatik des Testosterondefizits nicht immer eindeutig. Typisch sind physischer und kognitiver Leistungsverlust, Müdigkeit, Gewichtszunahme, Bauchumfangvermehrung, sexuelle Funktionsstö-

rungen (Libidoverlust, sexuelle Inappetenz, verminderte Morgenerektionen und Erektile Dysfunktion), Gewichtszunahme sowie in ausgeprägten Fällen dermatologische Veränderungen und Depressionen. Symptomfragebögen zur Objektivierung der Symptomatik sind entwickelt worden, die Anwendung wird aber gegenwärtig aufgrund insuffizienter Validierung nicht empfohlen. Am häufigsten findet sich der Urologe wohl mit den Symptomen sexueller Funktionsstörungen konfrontiert, welche den Patienten scheinbar eher therapeutischen Rat suchen lassen als Allgemeinsymptome. Die hohe Prävalenz eines Testosterondefizits einschließlich eindeutiger Symptome bei Patienten mit Diabetes mellitus rückt diese Patientengruppierung insbesondere in den Fokus diagnostischer Bemühungen. Gerade in der urologischen Praxis werden viele Patienten primär mit sexuellen Funktionsstörungen vorstellig werden, insbesondere mit einer Erektile Dysfunktion (ED).

Therapie

Die Therapie des Testosterondefizits besteht üblicherweise in der Therapie mit Testosteron. Dabei ist die Therapie mit Testosteron keine neue Therapiemodalität, epidemiologische Erkenntnisse zur Prävalenz des Altershypogonadismus haben aber seit Mitte der 90er Jahre die Forschung und Entwicklungen rund um die Testosterontherapie beflügelt und das Problem des Testosterondefizits auch in das allgemeine Patientenbewusstsein transportiert. Mit der zunehmenden Anwendung der Tes-

tosterontherapie bei Patienten aller Altersgruppen haben sich dabei auch Fragen der Verträglichkeit, des allgemeinen Therapiebenefits sowie der Nebenwirkungen insbesondere auf die Prostata und das kardiovaskuläre System ergeben.

Indikationen zur Testosterontherapie

Prinzipiell gehören zur Indikationsstellung zur Testosterontherapie 4 Komponenten:

1. Eine klinische Symptomatik, welche mit den Kardinalsymptomen des Testosterondefizits vereinbar ist.
2. Ein durch wiederholte Messung bestätigter, pathologischer Serumgesamttestosteronspiegel (sT) oder (kalkulierter) freier Testosteronspiegel (ft-Value) bei grenzwertigen oder niedrig-normalem Serumgesamttestosteronspiegel.
3. Bei entsprechender Indikation: Wille des Patienten zur Durchführung einer Testosterontherapie und Akzeptanz der Modalitäten der Therapieüberwachung
4. Fehlen von Kontraindikationen.

Grundsätze der Hormontherapie mit Testosteron

Die Therapie des Hypogonadismus besteht typischerweise in der Hormontherapie mit Testosteron. Natürliches Testosteron sowie verschiedene Testosteronderivate stehen hier für die Substitutionstherapie mit unterschiedlichen Applikationsformen zur Verfügung. Die Zielsetzung der Therapie beim jungen Erwachsenen, beim Alternden Mann und im Rahmen einer unterstützenden Therapie bei ED ist dabei die gleiche wie beim jungen hypogonadalen Patienten: Die Serumtestosteronspiegel sollen in den physiologische Normalbereich zurückgeführt werden, exzessive und sehr niedrige Serumtestosteronspiegel sind möglichst zu vermeiden, um Nebenwirkungen zu minimieren.

Kontraindikationen für den Beginn und die Durchführung einer Testosterontherapie sind Hämatokrit >52%, unbehandelte Schlafapnoe, dilatative Kardiomyopathie, männliches Mammakarzi-

nom und ein bekanntes und unbehandeltes oder fortgeschrittenes Prostatakarzinom.

Zur Hormontherapie mit Testosteron stehen gegenwärtig intramuskulär verabreichte Depotpräparate, oral verabreichte Präparate sowie die transkutane Applikationsform mittels Pflaster und Gel speziell im deutschen Markt zur Verfügung. Keine Form der Testosteronsubstitution kann neben einem physiologischen Tagesspiegel ebenso die zirkadiane Rhythmik des Testosteronspiegels korrekt simulieren.

Im Folgenden sollen ausschließlich die typischen und in der Bundesrepublik Deutschland verfügbaren Applikationsformen des Testosterons für eine Hormontherapie kurz vorgestellt werden. Die Klassifizierung richtet sich hierbei primär nach der Applikationsform und nicht nach der chemischen Modifikation des Testosterons.

Orale Testosterontherapie

Die orale Testosterontherapie steht gegenwärtig noch in Form von Testosteronundecanoat zur Verfügung. Aufgrund des hohem first-pass Effektes des Testosterons in der Leber mit raschem Abbau der Substanz sind 3-4 tägliche Einzelgaben notwendig. Die Testosteronserumspiegel sind gekennzeichnet durch scharfe Spitzen nach Testosteroneinnahme und danach schnellem Abfall des Serumspiegels.

Transkutane Therapie

Testosteron ist mittlerweile von verschiedenen Herstellern in Form eines Gels verfügbar, welches einmal täglich auf die Bauchhaut oder die Oberarme/Oberschenkel appliziert werden muss (Dosis 25mg, 50mg, 62,5 mg und 125 mg Testosteron/die). Physiologische Testosteronspiegel können mit Hilfe der Geltherapie gut erreicht werden, die Hautverträglichkeit ist insgesamt besser als bei herkömmlichen Pflaster-basierten Therapieformen, die mittlerweile nicht mehr im Markt erhältlich sind, wobei neue galenische Formen mittels Matrixpflaster ohne derartige Nebenwirkungen mittlerweile ebenso verfügbar sind. Insbesondere

für die Therapieeinstellung beim Altershypogonadismus findet sich aktuell die Empfehlung zur Primäreinstellung mit kurzwirksamen, transkutanen Testosteronpräparaten der „International Society for the Study of the Aging Male“ (ISSAM).

Intramuskuläre Depotinjektionen mit Testosteronderivaten

Die älteste und sicher bewährteste Form der Testosterontherapie erfolgt mit intramuskulären Depotinjektionen mit Testosteronenanthat. Injektionen sind zirka im Abstand von 3 Wochen notwendig, eine tiefe intramuskuläre Injektion ist jeweils erforderlich. Die Spritzintervalle müssen ggf. in Abhängigkeit von den Kontrollspiegeln modifiziert werden. Die intramuskuläre Therapie mit Testosteronenanthat ist sicherlich gegenwärtig die preisgünstigste Therapiealternative. Seit zirka 12 Jahren ist zudem eine Therapiealternative mit der Wirkung eines 3-Monats-Depots verfügbar (Testosteronundecanoat). Testosteronspiegel bleiben nach dieser Depot-Injektion für nahezu den gesamten Therapiezeitraum im physiologischen Bereich.

Therapieerwartungen

Die Testosterontherapie führt bei hypogonadalen (alternden) Männern empirisch zu einer Verbesserung der Stimmungslage und des Allgemeinbefindens. Die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt vor allem in Zusammenhang mit körperlicher Aktivität zu. Ein Fortschreiten einer prävalenten Osteoporose kann vermindert werden. Insbesondere Libidostörungen bei Alternden Männern sprechen gut auf eine Testosterontherapie an, hingegen reicht die endokrine Therapie allein nur in seltenen Fällen zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion aus, kann diese aber in Verbindung mit anderen Therapeutika wirksam unterstützen.

„Überwachung“ unter Testosterontherapie

Es besteht ein allgemeiner Konsens, dass die Therapie mit Testosteron einer regelmäßigen Überwachung bedarf. Hierbei ist zum einen die Effektivität der Therapie zu überprüfen, wobei ausreichende Serumspiegel im Normbereich sowie das klinische

Ansprechen im Vordergrund stehen. Zum anderen ist heute durch alle verfügbaren Leitlinien ein Überwachungsschema etabliert worden, welches sowohl den zeitlichen Rahmen als auch den Umfang der Überwachungsuntersuchungen festlegt. Nach Beginn einer Testosterontherapie sollten die Folgeuntersuchungen nach 3, 6 und 12 Monaten nach Therapieeinstellung erfolgen:

- Blutbildkontrolle, insbesondere Hämatokritbestimmung (>54% ggf. Therapieabbruch)
- IPSS-Score (> 21 Pkt. ggf. Therapieabbruch)
- Digitorektale Tastuntersuchung der Prostata (DRU)
- PSA-Wert

Testosterontherapie und Prostatakarzinom (PCA)

Das männliche Geschlechtshormon Testosteron hat eine außerordentliche Wichtigkeit für die Entwicklung, Funktion und Differenzierung der Prostata sowie für die Pathogenese von zwei wesentlichen Erkrankungen der Prostata des höheren Lebensalters beim Mann: die BPH und das Prostatakarzinom. Auch wenn die Bedeutung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron für die genannten Funktionen schon lange bekannt ist, steht heute der Zusammenhang von Testosteron und Entwicklung beziehungsweise Förderung des Wachstums eines Prostatakarzinoms im Mittelpunkt der Diskussion: Dieses öffentliche Interesse erklärt sich zum einen durch die stetig wachsende Inzidenz und Prävalenz des Prostatakarzinoms in den Industrieländern hervorgerufen durch ein intensiviertes und PSA-gesteuertes Screening älterer Patienten, zum anderen durch die sich zunehmend etablierende Hormonsubstitution beim Alternden Mann mit Testosteronpräparaten.

Im Wesentlichen beeinflussen dabei drei bekannte Phänomene das Meinungsbild vieler Therapeuten zur Rolle des Testosterons in der Entstehung/Progression des Prostatakarzinoms. Dieses wird sowohl aus Ergebnissen älterer Tierexperimente genährt, in denen durch eine verlängerte Gabe von Testosteron ein PCA induziert werden konnte. Zum anderen die Tatsache, dass eunuchoiden Männer

nie ein Prostatakarzinom entwickeln, und ein Testosteronentzug einen signifikanten wachstumsverlangsamenden Effekt beim fortgeschrittenen und metastasierten Prostatakarzinom bewirkt. Beim Mann kann man heute mit einiger Sicherheit davon ausgehen, dass eine Testosterontherapie nicht zur einer Induktion/Entstehung eines PCA führt. PCAs werden bei Patienten unter Testosterontherapie nicht häufiger diagnostiziert als in einem Kontrollkollektiv. Bei diagnostiziertem (unbehandeltem) Prostatakarzinom oder einem fortgeschrittenen oder metastasierten Prostatakarzinom besteht eine Kontraindikation für die Testosterontherapie. Männer mit kurativ behandeltem Prostatakarzinom und Testosterondefizit mit relevanter, klinischer Symptomatik können mit Testosterontherapie bei stabiler Gesundheit therapiert werden, die EAU-Leitlinie gibt hier aktuell die Empfehlung, dies frühestens nach einem Jahr Stabilität nach kurativer Therapie zu tun.

Zusammenfassung

Die Testosterontherapie bei Testosterondefizit hat sich im Verlauf der letzten Jahre weitgehend etab-

liert. Anfängliche erhebliche Bedenken gegenüber der Hormontherapie mit Testosteron – insbesondere bei älteren Patienten – aufgrund gefürchteter Nebenwirkungen und Komorbiditäten haben sich in ihrer Gesamtheit als unbegründet gezeigt. Somit hat die Testosterontherapie nach und nach ihren Eingang in den normalen urologischen Alltag gefunden. Diverse Präparate stehen zur Testosterontherapie zur Verfügung. Mittlerweile stehen zur Orientierung mehrere Leitlinien zur Testosterontherapie zur Verfügung, es gibt hier klare und praktische Handlungsanweisungen zur Indikationsstellung, Kontraindikationen, Therapiedurchführung und Monitoring.

Korrespondenzanschrift

Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Diemer
Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie
und Andrologie, Universitätsklinikum Giessen
und Marburg GmbH, Standort Giessen
Justus-Liebig-Universität Giessen
Rudolf-Buchheim-Straße 7, 35385 Giessen
E-Mail: Thorsten.Diemer@chiru.med.uni-gies-
sen.de

Herzlich Willkommen im BPS

Wir begrüßen herzlich die neu aufgenommenen Gruppen (seit September 2016):

SHG Neuss

Hans-Jürgen Schulz, Am Acker 7, 41352 Korschenbroich, E-Mail: hans-j.schulz@web.de

1. Mitgliederversammlung des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V.

Von Wolfgang Fuchs, Vorsitzender des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V.

Zur 1. Mitgliederversammlung mit Fortbildungsveranstaltung trafen sich die Vorsitzenden und Stellvertreter der Selbsthilfegruppen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland am 21. und 22. September 2016 in Allenbach bei Idar-Oberstein. Die Planung und Organisation der zweitägigen Veranstaltung hatte die SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. übernommen.

Der Vorsitzende Wolfgang Fuchs stellte im Jahresbericht die seit der Gründung des Regionalverbandes erfolgten Aktivitäten im Vorstand, die Unterstützung der SHGen beim Thema „Nachfolgeregelungen“ in den Gruppen und die Diskussion über die Festlegung von Tätigkeitsschwerpunkten für Gruppenleiter vor.

Der Bericht des Schatzmeisters Manfred Olbrich und der Kassenprüfung bestätigte die sachgerechte Verwaltung, sodass Vorstand und Schatzmeister einstimmig entlastet wurden.

Da die in der Gründungsversammlung verabschiedete Satzung vom Finanzamt nicht genehmigt werden konnte, war die Änderung einiger Punkte erforderlich. Die vorgelegten Änderungsanträge wurden diskutiert und einstimmig verabschiedet. Diese geänderte Satzung soll schnellstmöglich beim Finanzamt eingereicht und eine Gemeinnützigkeitserklärung beantragt werden.

In einer Abfrage zum Thema „Delegiertenprinzip bei Mitgliederversammlungen des BPS“ entschieden sich die Mitglieder überwiegend gegen ein Delegiertenprinzip.

Wie auf der Vorstandssitzung im Februar 2016 beschlossen, wird der Regionalverband Südwest einen Flyer drucken lassen, der von allen SHGen verwendet werden kann. Die vorgestellte Version wurde verabschiedet und der Vorstand beauftragt, 5.000 Stück des neuen Flyers drucken zu lassen und an die einzelnen Gruppen zu verteilen.



Abb 1 (links). Wolfgang Fuchs, (Vorsitzender), in der Mitte Norbert Kehl (2. Vorsitzender des RV) und rechts Dr. Holger Uthhoff (Vorsitzender der niedergelassenen Urologen in Rheinland-Pfalz).

Abb 2 (rechts). Prof. Dr. Stefan Siemer Uniklinik Homburg Saar und Wolfgang Fuchs, alle Fotos: © W. Fuchs

Weiterhin wird der Regionalverband zeitnah versuchen, eine eigene Homepage einzurichten. Dazu ist es erforderlich, ein Angebot für die Erstellung und die Pflege einzuholen. Der Vorstand wurde beauftragt, ein eigenes „Logo“ bzw. eine Startseite zu entwerfen und hierzu auch Verbindung über den BPS zu Holger Jünemann aufzunehmen.

Im integrierten Fortbildungsprogramm referierte Dr. Holger Uthoff, Vorsitzender der niedergelassenen Urologen im LV Rheinland-Pfalz, zur „PREFERE-Studie“ und zum Aufklärungsbogen „Niedrigrisiko-Prostatakarzinom“ aus Sicht der niedergelassenen Urologen sowie die Verteilung der S3-Leitlinien beim Erstgespräch mit dem Urologen. Es schloss sich eine kontroverse Diskussion

an. In einem weiteren Vortrag referierte der Stv. Klinikdirektor für Urologie in der Uniklinik Homburg/Saar, Prof. Dr. Stefan Siemer zum Thema „Da Vinci – OP-Technik, Historie“.

Am Nachmittag des zweiten Tages berichtete der Chefarzt der urologischen Abteilung im Theresienkrankenhaus Mannheim, Prof. Dr. Köhrmann über den aktuellen Stand der focalen Therapien allgemein, besonders aber über die „HIFU-Behandlung“ speziell mit dem seit dem Jahr 2013 im Einsatz befindlichen Gerät „Focal One“.

Die 2. Mitgliederversammlung des RV Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V. wird am 26./27. September 2017 stattfinden, der Veranstaltungsort muss noch festgelegt werden.

Herbsttagung 2016 des RNBPS in Rheinsberg

Von Christel Prüßner, Leiterin Selbsthilfegruppe Griese Gegend

Der Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (RNBPS) zeichnet sich aus durch den Zusammenschluß aller sechs ostdeutschen Bundesländer (inkl. Berlin) unter einem Dach. Der RNBPS hat die diesjährige Herbsttagung (7. bis 9. Oktober 2016) mit dem Versuch gestartet, den Interessen der einzelnen Bundesländer mehr Gewicht zu geben. Darum trafen diese sich an getrennten Tischen.

Nachfolgende Vorträge konnten beim Patiententag am Samstag angeboten werden:

- „Tumorzentrum und medizinische Hochschule Neuruppin“, Dr. André Buchali, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Ruppiner Kliniken GmbH,

- „Harnblasen und Prostatakarzinom: Operation und Behandlung von Komplikationen“, Dr. Steffen Lebentrau, Klinik für Urologie und Kinderurologie Ruppiner Kliniken,
- „Prostatakarzinom: Strahlentherapie sowie Behandlung der Therapiefolgen“, Dr. Andre Buchali,
- „Möglichkeiten der Palliativversorgung“, Dr. Christoph Löschner, Medizinische Klinik Ruppiner Kliniken,
- „Möglichkeiten der Rehabilitation und sozialen Versorgung“, Susanne Wuttke, somatischer Sozialdienst Ruppiner Kliniken.

Überraschend war für viele Anwesenden, dass es im Land Brandenburg nun auch eine medizini-



Holger Hemmer (SHG Rostock) stellt dem Vorstand die Planungen für den Männer-Gesundheitstag 2017 vor (von links nach rechts: Dr. Klaus Wand, Günther Model, Hans Grimmer, Holger Hemmer, Klaus Höhne, Rüdiger Bolze), © C. Prüßner

sche Hochschule gibt, die tatsächlich noch recht jung ist und in der Ausbildung auch neue Wege beschreiten will (weitergehende Infos unter <http://www.mhb-fontane.de>).

2017 ist in enger Zusammenarbeit mit der Uniklinik Rostock der dortige erste „Männergesundheitstag“ geplant, zu dem die Vorbereitungen bereits

laufen. Schon in dieser Phase haben sich in Mecklenburg-Vorpommern Kooperationen ergeben, die eine wesentliche Ausweitung des Spektrums über den Prostatakrebs hinaus möglich machen. Alles in allem ein Erfolg der guten Zusammenarbeit der zur Zeit fünf Selbsthilfegruppen in Mecklenburg-Vorpommern.

10jähriges Jubiläum Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven

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

Am 25. Juni 2016 feierte die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven/Friesland zehnjähriges Jubiläum. Vor zahlreichen Ehrengästen gab der Vorsitzende Ulf Lümekmann einen kurzen Rückblick auf die vergangenen Jahre, in denen die Selbsthilfegruppe vielen Menschen durch Beratungen und Hilfestellungen Mut gemacht hatte.

Posthum wurde Gustav Conrads geehrt, der 2015 verstarb und unter dessen Leitung sowie der seines Stellvertreters Horst Zohren die Anzahl der Gruppenmitglieder stetig stieg.

Die Bundestagsabgeordnete Karin Evers-Meyer, erste Behindertenbeauftragte der Bundesregie-

rung, freute sich, dass diese Selbsthilfegruppe sehr viel Anerkennung erfahre. Der Landtagsabgeordnete Holger Ansmann, der als Vorsitzender des Sozialausschusses im Niedersächsischen Landtag das Jubiläum besuchte, unterstrich die Wichtigkeit der Arbeit von Selbsthilfegruppen. Wilhelmshavens Bürgermeister Holger Barkowski wies in seinem Grußwort darauf hin, dass in der Region Wilhelmshaven, Friesland und Wittmund in über 100 Selbsthilfegruppen etwa 4.000 Mitglieder organisiert sind. Er kündigte an, dass es Bestrebungen in dieser Region gebe, im Doppelhaushalt 2017/18 einen Sozialfond zu initiieren. Somit wird die Selbsthilfekontaktstelle mit einem Zuschuss rechnen können. Joachim Böckmann, stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes, überbrachte die Glückwünsche des gesamten Bundesvorstandes. Mit einem witzigen Gedicht erfreuten der 1. Vorsitzende Helmut A. Kurtz und der Schatzmeister Peter Otto vom Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Niedersachsen/Bremen die Versammlung. Der 1. Vorsitzende der Selbsthilfegruppe Wittmund, Volker Tobias, berichtete, wie er zur Selbsthilfe gekommen ist, und wie wichtig er die Ansprache an die Patienten sehe. Zum Schluss gratulierte der Urologe Dr. Bertjis der Selbsthilfegruppe und versprach, als Ansprechpartner weiterhin zur Verfügung zu stehen.

Nach diesem Marathon wurden bei gegrillten Würsten und Salaten bis zum Abend nette Gespräche geführt und neue wertvolle Kontakte geknüpft.



(von links): Holger Barkowski (Bürgermeister Wilhelmshaven), Peter Otto (Schatzmeister RV Niedersachsen/Bremen), Karin Evers-Meyer (Bundestagsabgeordnete), Uwe Nolle (Vorstandsmitglied SHG), Holger Ansmann (Landtagsabgeordneter), Ulf Lümekmann (Vorsitzender SHG), Peter Lehnert (Stv. Vorsitzender SHG), Joachim Böckmann (BPS-Vorstand), Helmut A. Kurtz (Vorsitzender RV Niedersachsen/Bremen), © H. A. Kurtz

1. Marburger Uro-Marsch 2016 – Erfolgreiche Premiere

Von Prof. Dr. Axel Hegele, Klinik für Urologie und Kinderurologie, UK Gießen und Marburg

Unter dem Motto „Natur aktiv gemeinsam erleben“ veranstaltete die Selbsthilfegruppe Marburg zusammen mit Prof. Dr. Axel Hegele, Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, am 24. Juni 2016 den 1. Marburger Uro-Marsch, eine gemeinsame Wanderung für Patienten mit uro-onkologischen Erkrankungen.

Die Gruppe, bestehend aus 32 gut gelaunten Wanderern startete am Marburger Schloss zu einem 11 km langen Marsch über eine der schönsten Etappen des Lahnwanderweges, beginnend am Marburger Schloss bis nach Oberweimar.

Die Wetterbedingungen versprachen schon am Morgen hohe Temperaturen, sodass die Mittagspause an der Weinstraße mit kühlen Getränken und Verpflegung wohlverdient war.

Die Wege stellten mancherorts eine Herausforderung dar, weil sie durch den lang anhaltenden

Regen sehr rutschig und matschig waren. Alle Wanderer haben die Herausforderung erfolgreich gemeistert. Gerade noch rechtzeitig vor einem großen Unwetter erreichte die Wandergruppe trockenen Fußes gemeinsam das Ziel in Oberweimar und

tauschte in geselliger Runde bei Speis und Trank die gewonnen Eindrücke der Wanderung aus.

Alle waren sich einig: So macht Wandern Spaß und freuen sich auf den 2. Marburger Uro-Marsch – spätestens 2017!



© A. Hegele

SHG Marburg verabschiedet Leiter des Prostatakrebscenters

Von Hans-Werner Biehn, Leiter der Selbsthilfegruppe Marburg

Mit einer Schultüte, gefüllt mit den wichtigsten Artikeln für einen Neubeginn, haben die Mitglieder der Marburger Selbsthilfegruppe den langjährigen Leiter des Prostatakrebscenters PD Dr. Peter Olbert verabschiedet, der nach Brixen in Italien zieht. In einer sehr persönlichen Abschiedsrede dankte der Sprecher der Selbsthilfegruppe Dr. Olbert für die hervorragende Zusammenarbeit. Er hob die kurzfristige Ansprechbarkeit bei Problemen einzelner

Gruppenmitglieder, die kompetente Vortragsarbeit und die vertrauensvolle Kooperation etwa im Rahmen der interdisziplinären Sprechstunde hervor.

Abschließend lud Dr. Olbert die Männer der Selbsthilfegruppe und ihre Frauen zu einem Besuch nach Brixen ein, sodass die Gruppe ihn mit einem weinenden und einem lachenden Auge ziehen lassen konnte.

(von links): Manfred Junk, Hans-Werner Biehn, Ernst Meyer, PD Dr. Peter Jochen Olbert, Hartmut Hommel, Gerhard Venter, Werner Weber-Heuser und Dr. Friedemann Nassauer, © Lucia Geisemeier.



Tagesausflug nach Bad Bocklet

Von Inge Zettler, Schriftführerin der Selbsthilfegruppe Adelsheim & Umgebung

Die Mitglieder der SHG Adelsheim & Umgebung besuchten im Juni das Reha- und Präventionszentrum in Bad Bocklet. Die Gruppe wurde vom Gästemanager Herrn Fellner in Empfang genommen und nach einem ausgiebigen Klinik-Rundgang durch die Therapiebereiche von Dr. Thomas Seyrich, Leitender Oberarzt der Urologie, begrüßt. Sein Fachvortrag mit anschließender Diskussion war für alle sehr lehrreich. Es folgte die Besichtigung der urologischen Diagnostik- und Therapieabteilung. Im PelviCenter durften modernste Beckenbodengeräte getestet werden.

Nach dem Mittagessen ging es mit dem Bus weiter nach Würzburg, wo eine zweistündige Schifffahrt den Nachmittag abrundete. Der Ausflug en-

dete mit einem gemütlichen Abendessen in einem Gasthaus.



© I. Zettler

Arzt-Patienten-Selbsthilfe-Gespräche

Von Günter Kupke, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.

Nach Gründung des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg haben die onkologischen Selbsthilfegruppen der Metropolregion Rhein-Neckar 2011 einen Kooperationsvertrag mit dem NCT geschlossen. Dabei wurde auch die Idee geboren, innerhalb des „Heidelberger Curriculum Medicinale“ (HeiCuMed) für die Studenten der Human-Medizin im 7. Semester an der Universität Heidelberg ein jeweils 90-minütiges Seminar „Arzt-Patienten-Selbsthilfe-Gespräche“ anzubieten.

Jeweils zehn bis zwölf Studenten pro Selbsthilfegruppe versammeln sich mit einem Moderator (Dozent) und einem Mitglied der jeweiligen Selbsthilfegruppe (Betroffener) in einem Seminarraum.

Vor dem eigentlichen Seminar:

Der Selbsthilfgruppenvertreter gibt Bescheid, dass er da ist; danach wartet er ca. 15 Minuten. Wäh-

rend dieser Zeit üben die Studierenden Fragen zur Einleitung des Gesprächs und der Dozent gibt ihnen eine Einführung, um die Lernziele zu konkretisieren. Über das Krankheitsbild haben sich die Studierenden schon vorab informiert, um fachliche Fragen stellen zu können.

Der Dozent kommt kurz heraus, um sich mit dem Selbsthilferepreter bekannt zu machen und den Ablauf zu besprechen.

Es ist dann folgender Ablauf vorgegeben:

1. Anamneseerhebung: Es soll geschildert werden, was der Betroffene mit seinem Arzt/seiner Ärztin erlebt hat auf dem Weg der mehr oder weniger langen Diagnose- und Therapiefindung. Gab es dabei eine „Ärzte-Odysée“, welche Gefühle hatte der Betroffene dabei? Hat sich der Betroffene damals gut aufgehoben gefühlt beim Arzt oder fühlte er sich ein Stück weit allein gelassen in dieser

schwierigen Phase, die er durchlebt hat?

2. Fragen und Diskussion und Anliegen des Patienten: Der Selbsthilfvertreter sollte nicht nur Betroffener sein, sondern auch zeitweilig die Dozentenrolle übernehmen und den Studenten, der ihn befragt, selbst auch Fragen stellen: z.B. kann man hinweisen auf Fragen, die man von den Studierenden erwartet hätte, die man wichtig findet, die aber nicht abgefragt wurden im Gespräch: z.B. „Sie haben ja das und das nicht gefragt, das hätte ich wichtig gefunden.“

3. Persönliche Erfahrungen mit der Selbsthilfegruppe, wo hat sie geholfen, wie hat sie Unterstützung geben können?

Mittlerweile bereiten wir uns auf das 9. Seminar vor. Fragen zur Selbsthilfe sind Bestandteil des Exams geworden. Für die Prostatakrebs Selbsthilfe nehmen Günter Kupke, Wilhelm Kraushaar und Reinhard Strozyk diese Termine wahr. Mittelfristig ist vorgesehen, auch die Patientenschauspieler zu schulen.

Familiär bedingter Prostatakrebs

Von Ulrich Schwenkbier, Leiter der Selbsthilfegruppe Bamberg

Im Juni 2016 sprach Prof. Kathleen Herkommer, Oberärztin am Universitätsklinikum München rechts der Isar, in der Selbsthilfegruppe Bamberg über das familiär bedingte Prostatakarzinom. Seit

1993 existiert das Forschungsprojekt „Familiäres Prostatakarzinom“, das am Universitätsklinikum Ulm initiiert wurde und seit Oktober 2006 an der Klinik für Urologie des Klinikums München rechts der Isar weitergeführt wird. Dieses Projekt, das Prof. Dr. Kathleen Herkommer leitet, wird in Kooperation mit zahlreichen Kliniken und niedergelassenen Urologen in ganz Deutschland durchgeführt.



(von links) Ulrich Schwenkbier (SHG Bamberg), Stephan Mühlich (Urologe Bamberg), Prof. Herkommer (Klinikum München rechts der Isar), Werner Selig (SHG Marktredwitz, Vors. der Landesgruppe Bayern im BPS), Alfons Swazyna (SHG Regensburg), © A. Duckstein

SHG Burgdorf besucht die Urologie der Uniklinik Lübeck

Von Jürgen Mindermann, Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf

Bereits zum achten Mal in neun Jahren hat die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf eine Informationsreise in die Ferne unternommen. Im letzten Jahr wurde diese Tradition unterbrochen – da feierte die Gruppe ihr 10-jähriges Bestehen. In diesem Jahr folgten 56 Gruppenmitglieder ei-

ner Einladung von Prof. Dr. A. Merseburger, dem Chefarzt der Urologischen Abteilung des Universitätsklinikums in Lübeck. Nach einem Imbiss und einer kurzen Klinikführung zeigte Prof. Merseburger im ersten Vortrag die neuesten Therapiemöglichkeiten beim fortgeschrittenen Prostatakrebs auf. Im



(von links) PD Dr. Cronauer, Oberarzt Dr. Cordes, Jürgen Mindermann, © J. Mindermann

zweiten Vortrag erörterte der Molekularbiologe PD Dr. M. Cronauer das Thema „Molekulare Diag-

nostik des Prostatakrebses“ und vermittelte einen Einblick in die Komplexität der Genforschung. Dr. Cronauer gebührt Hochachtung und Dank für seine Bemühungen, den Gruppenmitgliedern den Aufbau und die Funktion der „AR-Spleißvariante AR-V7“ zu verdeutlichen. Derzeit wird in einer kleinen Studie wissenschaftlich geprüft, ob Männer mit der Variante des Gens AR-V7 möglicherweise signifikant anders auf den Einsatz von Docetaxel bzw. Abiraterone/Enzalutamid reagieren. Wir danken dem Ärzteteam und den Mitarbeiterinnen für ihre Gastlichkeit und die Offenheit.

Im Anschluss genoss die Gruppe noch eine humorige Führung durch Lübeck. Die Teilnehmer waren sich einig, dass die Reise nicht nur wegen des schönen Wetters ein trefflicher Erfolg war.

Studienfahrt ins REHA-Zentrum Bad Bocklet

Von Bruno Lankuttis, Schriftführer der Selbsthilfegruppe Sprendlingen und Umgebung

33 Mitglieder der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Sprendlingen und Umgebung unternahmen am 7. Juli 2016 eine Studienfahrt in das Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet. Der Gästemanager führte die Gruppe in den Fitnessraum, die Gehschule, die Balthasar-Neumann-Therme sowie die Einzel- und Doppelzimmer. Anschließend referierte der leitende Oberarzt Dr. Thomas Seyrich über die Möglichkeiten der Therapie bei Inkontinenz in der Reha, wie Beckenbodengymnastik, Biofeedback-Therapie oder Elektrostimulationstherapie. Nach dem Vortrag konnten die Teilnehmer beispielsweise einen Magnetstuhl oder das Elektrostimulationsgerät testen. Der Abschluss mit

Gedankenaustausch beim Winzer Huth in Sprendlingen kam leider etwas zu kurz, da das Fußballspiel Deutschland-Frankreich bevorstand und dies natürlich keiner verpassen wollte.



© B. Lankuttis

10jähriges Jubiläum der SHG Landkreis Heidekreis e.V.

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

Im Juli 2006 wurde die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Heidekreis in Soltau gegründet. Zu den Gründungsmitgliedern gehörten Dieter Herzberg

und Friedel Holst, die auch dem Vorstand angehörten. Ab 2009 übernahm Helmut A. Kurtz den Vorsitz und leitet bis heute die Geschicke des Vereins.



Abb links. Helmut A. Kurtz, Dieter Herzberg, Friedel Holst, alle Fotos: © H. A. Kurtz

Abb. rechts. Auf dem Planwagen

Anlässlich des Jubiläums wurde eine Planwagenfahrt gemeinsam mit den Partnerinnen durchgeführt. Eine deftige Vesper und ein gemütliches Kaffeetrinken hat allen viel Freude gemacht und

es wurden viele Erinnerungen aus den letzten zehn Jahren ausgetauscht. Die Teilnehmer waren sich einig, dass alle Aktivitäten in der Selbsthilfegruppe wie bisher betrieben werden sollten.

SHG Prostataerkrankungen Bottrop besucht Klinik Bad Oexen

Von Rolf Schmidt, Leiter Selbsthilfegruppe Prostataerkrankungen Bottrop e.V.

Im August 2016 besuchten Mitglieder der Selbsthilfegruppe Bottrop die Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung Bad Oexen in Bad Oeynhausen. Die Busfahrt wurde durch die Unterstützung der Krankenkasse „Knappschaft“ ermöglicht.

Birte Werkmeister, Selbsthilfebeauftragte der Klinik, und Pflegedienstleiterin Carmen Schwies stellten die Klinik vor, die seit 1904 besteht, seitdem in Familienbesitz ist und jährlich etwa 5.200 onkologische Patientinnen und Patienten betreut.

Zur Förderung der Kommunikation zwischen den Tumorpatienten werden gleichaltrige Gruppen gebildet, die sich in vergleichbaren Lebensphasen befinden. Neben Rehabilitationsmaßnahmen werden auch Vorträge, Gruppen- und Einzelgespräche angeboten. Die Klinik ist seit 2013 vom „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ als „Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik“ zertifiziert.

Schwerpunkt eines anschließenden Vortrags war die tumorbedingte Fatigue, d. h. akute oder chronische Mattigkeit/Müdigkeit bei Krebs, die

möglicherweise mehrere Auslöser hat. Die Sozialdienstmitarbeiterin Frau Poppendiek erläuterte nachfolgend sozialrechtliche Themen und die Psychologin Gisela Albrecht referierte zum Thema „Sexualität und Krebs, insbesondere Prostatakrebs“.

Nach den Vorträgen führte Frau Werkmeister durch das Haus, den ausgedehnten Park und der Vorsitzende Rolf Schmidt bedankte sich mit einem kleinen Präsent.



Gruppenmitglieder Johannes-Martin Düngelhoff und Uwe Hemming im Eingangsbereich der Klinik, © R. Schmidt

Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis Rastatt auf Exkursion

Von Anton Kreiß, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis Rastatt

Traditionell organisiert die Selbsthilfegruppe in der Ferienzeit eine Besonderheit. Dieses Mal sind wir in der Region geblieben und besuchten mit über 50 Personen die Staustufe Iffezheim mit den größten Schleusen Europas, dem Rheinkraftwerk, einem Bestandteil der Staustufe, das das größte Laufwasserwerk in Deutschland und eines der größten Laufwasserwerke in Europa ist.

Auf Einladung der EnBW haben wir an einer Informationsveranstaltung mit einer Besichtigungstour durch das Kraftwerk teilgenommen. Der Abschluss der Exkursion wurde in Iffezheim bei einem Vorstandsmittglied der SHG mit badischen Spezialitäten, Kuchen und guten Gesprächen geführt – ein schöner, aber auch anstrengender Tag mit



Die Teilnehmer vor dem Eingang zum Informationszentrum des Kraftwerks, © A. Kreiß

dem Wunsch nach Wiederholung.

Abschließend bedankte sich Anton Kreiß für die Einladung von EnBW sowie bei der Familie Hilser, den Organisatoren, dem Küchenchef Walter und den Frauen mit einem kleinen Geschenk.

Boule und Brettspiele in Bielefeld

Von Wolfhard D. Frost, Leiter der Selbsthilfegruppe Bielefeld

Der französische Nationalsport Boule hat jetzt Eingang in die beiden Selbsthilfegruppen in Bielefeld und Lippe gefunden. Vier Mannschaften versuchten in Bad Salzuflen in einem spannenden Wettkampf das Schweinchen, eine kleine farbige Holzkugel, mit ihren Boulekugeln zu treffen oder so nahe wie möglich heranzukommen. Es entwickelte sich sportlicher Ehrgeiz. Schiedsrichter und Organisator Alfons Breuer von der lippischen SHG nahm genau Maß, wessen Kugel dem Schweinchen am nächsten lag. Die Spieler, Damen und Herren der Bielefelder PSA und der SHG aus Lippe ohne Erfahrung mit dem französischen Freizeitsport, erkannten schnell, Boule hat einen hohen Spaßfaktor und trägt während des Spiels zur gegenseitigen Kommunikation und Geselligkeit bei. Und in der Tat, auch diejenigen, deren Beweglichkeit eingeschränkt schien, spielten emsig mit. Bei Kaffee und

Kuchen fand das ostwestfälische Boule Derby dann in einem Bauerncafe seinen Ausklang. SHG-Vorsitzender Frost aus Bielefeld: „Mit Boule kann man lächelnd älter werden. Auch im fortgeschrittenen Alter muß man auf eine aktive Lebensgestaltung mit Spiel und Spaß nicht verzichten.“



Boule in Bielefeld, © alle Fotos: W. D. Frost

„Männer hören nicht auf zu spielen, weil sie alt werden, sie werden alt, weil sie aufhören zu spielen“, war das Fazit von Gruppensprecher Wolfhard D. Frost nach dem vergangenen Novembertreffen der PSA Selbsthilfegruppe in Bielefeld. Für gut drei Stunden drehte sich in der Begegnungsstätte der AWO alles um Spiele und ganz bewußt nicht um Prostatakrebs, Gleason-Score, PSA und Hormontherapie. Geselligkeit und Gemütlichkeit standen

im Vordergrund. Es wurde gespielt, geknobelt und gelacht. Brettspiele, Kniffel, Abalone, das Spiel mit den Kugeln und natürlich die Klassiker Schach, Mensch-Ärgere-Dich-Nicht, Bridge, Skat und auch Scrabble fehlten nicht. Es scheint wohl immer noch oder mehr denn je eine große Faszination von Spielen auszugehen, nämlich Mitspielern in einer Spielerunde beim Gewinnen oder Verlieren direkt in die Augen schauen zu können.



Olaf Thon unterstützt Selbsthilfegruppe Gelsenkirchen & Buer

Von Karl Dahm, Leiter Selbsthilfegruppe Gelsenkirchen-Buer

Rund 200 Männer sind in der seit 13 Jahren bestehenden SHG Gelsenkirchen-Buer organisiert. Jetzt erfährt der Leiter der Gruppe, Karl Dahm, Unterstützung: Olaf Thon engagiert sich für die Früherkennung des Prostatakrebs und bringt es auf den Punkt: „Vorsorge ist kein Firlefanz. Vorsorge kann Leben retten.“ Als Rolf Rüssmann 2009 mit 58 Jahren am Prostatakrebs verstarb, sei das auch für ihn ein großer Schock gewesen, sagt der Fußballweltmeister von 1990, der ebenso wie Rüssmann zu den Legenden des FC Schalke 04 gehört.

Privat-Dozent Dr. Stephan Miller, Chefarzt der Klinik für Urologie am Bergmannsheil Buer, nennt Zahlen: „In Gelsenkirchen erkranken rund 160



Männer jährlich an Prostata-Krebs. Bundesweit gibt es jedes Jahr 68 000 Neuerkrankungen. Damit steht der Prostata-Krebs an Nummer eins der Statistik der Krebsneuerkrankungen. Jeder dritte Mann erkrankt an der Prostata – immer mehr Männer sind jünger als 60 Jahre.“ Männer ab dem 45. Lebensjahr sollten – so Miller – einmal jährlich zur Prostata-Vorsorgeuntersuchung gehen. Dazu gehören Ultraschalluntersuchung, Urintest und Abtasten der Prostata. Die Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens, auch PSA genannt, gibt als Tumormarker einen frühzeitigen Hinweis auf eine mögliche Erkrankung.

Für Karl Dahm war die eigene Krebsdiagnose im Jahr 2000 der Anlass, die Selbsthilfe als Teil der Krebs-Therapie für die betroffenen Männer und ihre Frauen („der Krebs verändert auch das Leben des Partners!“) zu verstehen. „Die Selbsthilfegruppe weicht keiner Frage aus. Hier ist nichts peinlich. Impotenz und Inkontinenz sind Themen,

die den Männern unablässig während der Therapie im Kopf kreisen. Wir sprechen offen über unsere Krankheit, tauschen Erfahrungen aus, lernen neue Therapie- und Diagnosemöglichkeiten kennen. Wir reden über unsere Ängste und verlassen die Einsamkeit und Isolation, geben uns Trost und neuen Mut.“

Jeden ersten Dienstag im Monat um 18.00 Uhr

treffen sich rund 50 Betroffene zu den Infoveranstaltungen der Selbsthilfegruppe im Bergmannsheil Buer am Schernerweg. Mit Fachvorträgen unterstützen die Urologen das Jahresprogramm der Selbsthilfegruppe. An allen anderen Dienstagen bietet die SHG eine Sprechstunde für stationäre Patienten auf der Urologischen Station des Bergmannsheil Buer an.

„Erste Hilfe für Senioren“ als Tagesseminar

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

Vom 5. bis 6. Oktober 2016 fand die 10. Ordentliche Mitgliederversammlung des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. Niedersachsen/Bremen statt, in deren Rahmen gemeinsam mit den Partnerinnen das wichtige Thema: „Erste Hilfe für Senioren“ als Tagesseminar angeboten wurde.

Um die Teilnehmer und deren Partnerinnen auf den Notfall entsprechend vorzubereiten, wurden unter anderem auch die Symptome eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts und die unterschiedlichen

Maßnahmen erklärt. An praktischen Beispielen wurde unter anderem die stabile Seitenlage geübt und durch die Mund-zu-Mund-Beatmung ergänzt, der Blutdruck gemessen und ein Rettungswagen besichtigt. Es war ein überaus gelungenes Tagesseminar.



Tagung der niedersächsischen Krebsselfhilfegruppenleiter

Von Dr. Bärbel Burmester, Bettina Hallmann, Annette Schmidt, Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.

Auf Einladung der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V. und der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heidekreis fand am 10. September 2016 in Rotenburg die jährliche Tagung der niedersächsischen Krebsselfhilfegruppenleiter/innen statt. Zu diesem nun schon achten Treffen waren gut 50 Vertreter aus verschiedenen Selbsthilfegruppen aus ganz Niedersachsen angereist.

Die diesjährige Tagung stand unter dem Motto: „Therapien, Studien und die Rechte für Patienten“. Nach der Begrüßung durch die Organisatoren hielt der 1. Vorsitzende der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heidekreis und des BPS-Regionalverban-

des Niedersachsen/Bremen e.V., Helmut A. Kurtz einen Vortrag über das Patientenrechtegesetz und schilderte eingehend, welche Bedeutung und Auswirkung das Gesetz auf die praktische Arbeit der Selbsthilfegruppen hat.

Im zweiten Vortrag stellte Dr. med. Albrecht Werner sehr anschaulich palliative Pflege und Palliativmedizin sowie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vor. Sein Thema weckte großes Interesse und die anschließende angeregte Diskussion zeigte einmal mehr, wie aktuell das Thema für die Gruppenleiter ist und sie bewegt.

Den ersten Vortrag am Nachmittag übernahm

der niedergelassene Facharzt für Urologie Jan Franz aus Tostedt zum Thema „Krebs und Sexualität“, den zweiten Vortrag hielt Ludwig Pabst, Hotlineberater Bundesverband Prostatakrebs e.V., zum Thema: „Krebs gezielt erkennen und behandeln“. Er sprach über Hoffnungen in und Erwartungen an die Medizin zur Tumordiagnostik und -therapie aus Patientensicht.

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V. veranstaltet diese Tagung einmal jährlich in Zusammenarbeit mit einer Krebs-Selbsthilfegruppe aus Niedersachsen. Das nächste Treffen wird voraus-

(v.l.n.r.: Annette Schmidt (Nds.KG), Helmut A. Kurtz (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heidekreis), Bettina Hallmann (Nds.KG), Dr. Bärbel Burmester (Nds.KG),



sichtlich im September 2017 in Oldenburg stattfinden.

Die SHG Bad Buchau beim Gesundheitstag in Federsee

Von Gerhard Beck, Leiter Selbsthilfegruppe Bad Buchau-Federsee

Beim Tag der offenen Tür des Gesundheitszentrums Federsee waren nicht nur die Vorträge mit Fachärzten der Kliniken sehr gut besucht, sondern auch die Haus- und Themenführungen, wie Kapellenführung & Kurseelsorge oder die Funktionsgruppe Ergotherapie. Gleichzeitig präsentierten sich Selbsthilfegruppen mit Infoständen – wie auch die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Buchau-Federsee, die mit einer umfangreichen Auswahl an Broschüren vor Ort war.

Angesichts des regen Interesses hatten nicht nur die Männer der Selbsthilfegruppe, sondern auch deren Ehefrauen alle Hände voll zu tun. So konnte sich die SHG Bad Buchau gut präsentieren,



Die Männer der SHG Bad Buchau mit ihren Ehefrauen am reich bestückten Informationsstand, © G. Beck

wertvolle Auskünfte erteilen und für ihre nächsten Gruppentreffen einladen.

Selbsthilfegruppe Oschatz im Jahr 2016

Von Werner Breitenborn & Gerhard Oehmichen, Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung

Es war ein würdiger Höhepunkt und Abschluss des Jahres 2016 zu der Gerhard Oehmichen nicht nur die Mitglieder mit ihren Ehe-und/oder Lebenspartnern, sondern auch Prof. Dr. med. Frank Steinbach vom Tumorzentrum Dresden-Friedrichstadt, in die „Residenz an der Döllnitz“ eingeladen hatte.

Ein Rückblick auf die Aktivitäten der Gruppe im ablaufenden Jahr, machte deutlich, welche Anstrengungen zur Gesunderhaltung und Geselligkeit in der Gruppe entwickelt wurden und bei den Teilnehmern recht gut ankamen:

Hierzu gehörte ein Besuch des Museums für His-



Abb. 1 (im Uhrzeigersinn) Ausflüge der SHG ins Museum für Historische Maschinen & Fahrzeuge, in einen Champignonszuchtbetrieb, zum Patiententag in Leipzig und zum traditionellen Treffen an der SHG-eigenen Weißweide, © alle Fotos: G. Oehmichen



Fester Bestandteil der Treffen ist auch der Besuch der vor drei Jahren gepflanzten Weißweide. Der Vereinsvorsitzende Gerhard Oehmichen

torische Maschinen & Fahrzeuge in Leisnig, einer Champignonszucht Münzner in Reitzenhain, des Sächsischen Adler- und Jagdfalkenhof auf Schloss Augustsburg sowie die Teilnahme der Gruppe am Informationstag des Universitätsklinikums Leipzig.

sprach auch in diesem Jahr über Erreichtes, aber noch mehr über Vorgesehenes in diesem und im kommenden Jahr zu den Themen „Medizin“, „Gesundheit“ und die „Pflege der Zusammengehörigkeit und der Geselligkeit“.

Fortbildung „Führungskräfte gewinnen und binden“

Von Dieter Schäfer, Schriftführer Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

Zu einem Fachforum „Führungskräfte gewinnen und binden“ trafen sich vom 10. bis 11. Oktober 2016 die hessischen Selbsthilfegruppenleiter und/oder deren Vertreter in Butzbach. Gegenstand der Fortbildung war das wichtige und für alle Selbsthilfegruppen relevante Thema, wie Vereine und Initiativen den Generationswechsel im Vorstand gestalten. Hierfür konnte die gelernte Journalistin und Verlagsfachwirtin, Patricia Ortmann gewonnen werden, die seit 2012 als Geschäftsführerin das Freiwilligenzentrum für Stadt und Landkreis Gießen leitet. Sie coacht und begleitet Vereine bei der Nachwuchsförderung für Vorstandsämter im Rahmen des Förderprogramms „Engagement braucht Leadership“ der Robert Bosch-Stiftung. Frau Ortmann gehört außerdem zum Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligen-

agenturen und ist bundesweit als Moderatorin und Trainerin für die Bundesarbeitsgemeinschaft aktiv. In diesem Zusammenhang berät sie Freiwilligenagenturen, Vereine und Initiativen rund um das Thema „Engagementförderung“.



© W. Rüth

Die SHG Schönebeck und Umgebung berichtet

Von Bernd Schröder, Selbsthilfegruppe Schönebeck und Umgebung

Die diesjährige Exkursion führte die Mitglieder der Selbsthilfegruppe und deren Partnerinnen zur Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Onkologie Kalbe /Milde sowie zur Besichtigung der Baumkuchenbäckerei in Salzwedel.

Dort stellt die Chefärztin für Onkologie, Frau Dr. Molenda, die Klinik mit ihren vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten vor und führte ebenfalls durch die Behandlungsräume.

Nach einem Besuch des Ortes Kalbe/Milde und einem gemeinsamen Mittagessen in der Klinik ging es weiter mit dem Bus nach Salzwedel. Hier erwartete die Gruppe schon der Kaffeetisch, Wissenswertes zu Herstellung des Baumkuchens und ein



© B. Schröder

Rundgang durch Salzwedel. Für alle Teilnehmer war es eine schöne Fahrt, die die Zusammengehörigkeit der Betroffenen erhöht und uns sicher Kraft gibt, mit unserer Krankheit besser umzugehen.

SHG Bergisch Gladbach feiert 10-jähriges Jubiläum

Von Dr. Stefan Machtens, Klinik für Urologie und Kinderurologie Marienkrankenhaus Bergisch Gladbach

Mit einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung hat die Prostata-selbsthilfe Bergisch Gladbach ihr 10-jähriges Bestehen gefeiert.

Am 29. Oktober kamen zahlreiche Interessierte und Betroffene zur Veranstaltung in das Marienkrankenhaus. In einem Rückblick fasste der Vorsitzende der Selbsthilfegruppe, Jürgen Klein, die Ereignisse und Entwicklungen der letzten zehn Jahre zusammen. Er hob insbesondere die Bedeutung der Selbsthilfegruppe als Anlaufstation für den Informationsaustausch zwischen vom Prostatakrebs



SHG-Leiter Jürgen Klein, © Pressestelle Marienkrankenhaus

betreffenen Patienten, die erst jüngst von ihrer Diagnose erfuhr und bereits länger Betroffenen hervor. Die Selbsthilfegruppe als Ort des Austausches über alle Aspekte der Erkrankung und für die neutrale In-

formationsbeschaffung wurde von ihm betont.

Wissenschaftlich wurde das Programm durch Vorträge von Oberarzt Udo Herbst und Chefarzt Dr. Stefan Machtens unterstützt, die Neuigkeiten zur Früherkennung, der Bildgebung und der Therapie des Prostatakarzinoms zeigten. Abgerundet wurde das Programm durch Begehungen der endourologischen Operationsräume und der uroonkologischen Tagesklinik. Die Programmpunkte wurden fachmännisch durch Mitglieder der Selbsthilfegruppe Bergisch Gladbach kommentiert und moderiert.

Persönliche Gratulanten waren Nicole Stein von der paritätischen Selbsthilfe-Kontaktstelle Bergisches Land und Bernd Troche, der BPS-Landesverbandsvorsitzende der Prostatakrebs-selbsthilfe NRW. Abgerundet wurde das Teilnehmerfeld durch die Leiterin einer der größten Sportgruppen von Prostatakrebsbetroffenen in Deutschland bei der TS 79 Bergisch Gladbach, Claudia Abrahams und einer Gruppe von Mitarbeitern aus der Kurklinik Bad Nauheim.

BPS-Basisseminar in Kassel

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

Der BPS veranstaltete vom 26. bis 28. Oktober 2016 ein Basisseminar in Kassel. Teilnehmer dieses Seminars waren erfahrene Gruppenleiter, die ihr Wissen auffrischen wollten, oder Leiter, die erst einige Monate im Amt sind.

Neben den im Seminarheft angegebenen Themen ergaben sich gerade durch die Mischung von „alten Hasen und Youngstern“ anregende Diskussionen über die gesamte Selbsthilfearbeit. Die vorgegebenen Inhalte wurden angesichts der sehr guten Mitarbeit aller Teilnehmer zügig abgearbeitet, so dass darüberhinaus noch Zeit für das Thema „Patientenrechte“ war.

Alle Teilnehmer waren einstimmig der Meinung,

dass dieses Seminar eine hilfreiche Unterstützung der nicht sehr einfachen Arbeit in den Selbsthilfegruppen darstellt.



Ekkehard Krause (SHG Teltow), Günther Haas (SHG Zwickau), Dieter Brandts (SHG Emden), Werner Heidel (SHG Rendsburg), Helmut A. Kurtz (SHG Heidekreis), Ekhart Loh (SHG Gevelsberg), Hinrich Uphoff (SHG Norden), © H. A. Kurtz

Patientenkongress Krebs Bad Boll – Was man(n) wissen muss

Von Ulrike Luthmer-Lechner

Beim Patientenkongress zum Thema Krebs in Bad Boll, unter wissenschaftlicher Leitung von Privatdozent Dr. Martin Bommer, Chefarzt der Alb-Fils-Kliniken, präsentierte sich erstmals auch die Prostata-Selbsthilfegruppe Göppingen. Im Rahmen der ganztägigen Veranstaltung des Patientenbeirates der Deutschen Krebshilfe informierten Fachärzte, Psychoonkologinnen und Selbsthilfe-Vertreter zu den einzelnen Krebsarten und den neuen Möglichkeiten der Behandlung nach aktuellen Erkenntnissen der Forschung. Reinhold Kurz, Ansprechpartner der Prostata Selbsthilfegruppe in Göppingen, freute sich mit seinem Team über das rege Interesse an seinem Stand: „Es kamen viele Fragen rund um den Prostata-Krebs und es gab teilweise hochwertigen Austausch mit Neu-Erkrankten und deren Angehörigen“. Dass man nicht in einen Abgrund fallen muss und der meist großen Verunsicherung keinen Nährboden bietet, sondern neuen Mut fassen und sich dem Thema eigenverantwortlich stellen sollte, zeigte die Selbsthilfegruppe Göppin-

gen auf. Weil nur der aufgeklärte Patient mit den individuellen Symptomen seiner Krebserkrankung umgehen kann, hielt die Selbsthilfegruppe Prostata auch eine Vielzahl von Ratgebern und Info-Lektüre parat. Die rund 80 Mitglieder zählende Selbsthilfegruppe Göppingen trifft sich jeden ersten Mittwoch im Monat und bietet vor, während und nach der medizinischen Behandlung alltagsnahe Unterstützung.



Interessenten lassen sich von Reinhold Kurz (links) am Stand der Selbsthilfe Göppingen beraten, © U. Luthmer-Lechner

BPS-Seminar „Psycho-Onkologie“ in Kassel

Von Christel Prüßner, Leiterin Selbsthilfegruppe Griese Gegend

„Der Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen ist eine der schwierigsten Aufgaben in der Selbsthilfearbeit.“ Mit diesem Worten beginnt die Beschreibung des Seminars, das Anfang September in Kassel angeboten wurde, geleitet von Jürgen Reichelt. Für alle Gruppenleiter gibt Berührungen mit Fragen zu diesem Thema. Dieses Seminar ist der erste Schritt, einen Einblick zu bekommen: Wo beginnt das Aufgabenfeld, wie umfassend stellt sich der Wirkungskreis dar etc. – eine umfangreiche Thematik, die in zwei Tagen nicht bewältigt werden kann. Daher lag der Schwerpunkt bei diesem Zusammensein auf einem kleinen Bereich: Palliativ-Medizin, Hospizarbeit und Krankenhausseelsorge.

Die jeweiligen Fachleute waren sehr bemüht, ihre Arbeit vorzustellen und

(von links):
Anton Kreiss; Holger Hemmer;
Werner Heidel; Jacek Wajcik;
Gunnar Ravn; Helga Scheewe;
Helmut Reekers; Ulrich
Grzenkowski, © C. Prüßner



auf die Fragen der Teilnehmer einzugehen. Dabei gebührt Professor Dr. Björn Volkmer ein besonderer Dank. Nicht nur, weil er bei der Vorbereitung des Seminar eine sehr wertvolle Hilfe darstellte; er wick aufgrund der direkten Beteiligung aus dem Kreis der Teilnehmenden von seinem Konzept ab und stellte den medizinischen Bereich der Palliativmedizin an konkreten Beispielen sehr anschaulich dar.

Für die Zukunft könnten aus diesem Seminar durchaus drei Angebote erwachsen (verteilt auf drei Jahre): Begleitung rund um Erst-Diagnose und erste Therapien, Palliativ-Medizin sowie Schwerkranken und Sterbenden.

Jubiläen 2016

Februar	SHG Prostatakrebs – Landkreis Rastatt	20jähriges Jubiläum
März	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Schwäbisch Gmünd	10jähriges Jubiläum
April	SHG Prostatakrebs Norden	15jähriges Jubiläum
	SHG Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.	15jähriges Jubiläum
Mai	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Ammerland e.V.	10jähriges Jubiläum
Juni	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Düsseldorf	15jähriges Jubiläum
	SHG Prostatakrebs Wilhelmshaven/Friesland	10jähriges Jubiläum
September	SHG Prostatakrebs Karlsruhe	15jähriges Jubiläum
	SHG Prostatakrebs Hochsauerland	10jähriges Jubiläum
November	SHG Prostatakrebs Aurich	10jähriges Jubiläum

Zum 10. Todestag von Wolfgang Petter – Gründer des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Die Suche nach mehr Information, nach Gleichbetroffenen bewog Wolfgang Petter (1944 – 2006) eine Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs in Hannover zu gründen. Schnell vernetzte er sich mit weiteren 18 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland und gründete im Jahr 2000 die Bundesarbeitsgemeinschaft Prostatakrebs.

Mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe wuchs die Arbeitsgemeinschaft. 2001 gründete er mit Gleichgesinnten den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., deren Vorsitzender er bis zu seinem Tode am 14. Dezember 2006 blieb.

Wolfgang Petter war ein Vordenker und Netzwerker, gelenkt von seinem hohen sozialen Engagement, welches sich durch sein ganzes Leben zog.

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe wird Wolfgang Petter stets ein ehrendes Andenken bewahren.



© privat

**Im Jahr 2016
verstarben die Selbsthilfegruppenleiter**

**Hansjörg Burger
Ulrich Rau**

**Klaus Schmied
Malte Rathmann**

Hans-Joachim Schulz

**Wir trauern um sie und bewahren
sie in dankbarer Erinnerung**

**Bundesverband Prostatakrebs
Selbsthilfe e. V.**

Beckenbodentraining für Männer

Eine Buchempfehlung von Lothar Stock, Selbsthilfegruppe Siegen

Nach einer Prostata-Totaloperation (Prostatektomie) müssen die meisten Männer eine Rehabilitationsmaßnahme durchführen. Vorrangige Ziele dabei sind die Rückerlangung der Harnkontinenz und möglichst auch der Erektionsfähigkeit. Durch die plötzlich auftretende Blasenschwäche und/oder durch den Verlust der Erektionsfähigkeit sind viele Männer geradezu wie stigmatisiert, denn die Lebensqualität ist z.T. erheblich eingeschränkt; die Männer sind nicht nur physisch, sondern auch psychisch verletzt. Natürlich ist davon auch die partnerschaftliche Beziehung gravierend betroffen.

Uta Michaelis ist Medizinpädagogin und Physiotherapeutin mit Schwerpunkt „Urologie des Mannes“ und hat dafür eine eigene Praxis in Bad Nauheim. In ihrem „Patientenhandbuch“ stellt sie aus ihren jahrelangen Erfahrungen ein speziell für Männer entwickeltes Beckenboden-Übungsprogramm vor, das wesentlich dazu beitragen kann, die bestehenden Probleme und Störungen zu überwinden oder wenigstens zu mildern.

Zunächst einmal werden die Männer mit den Funktionen ihres Beckenbodens vertraut gemacht, denn die meisten von ihnen haben sich vorher noch nie mit solchen Problemen beschäftigt. Das

Übungsbuch enthält neben vielen Erklärungen, Hinweisen und Tipps ca. 80 leicht nachvollziehbare und praxiserprobte Beckenboden-Übungen und über 150 Zeichnungen, die veranschaulichen, worauf es bei der Durchführung der einzelnen Bewegungen ankommt. Somit wird schnell klar, wie die Beckenbodenmuskulatur bewusst eingesetzt und gestärkt werden kann.

Das vorgestellte Beckenboden-Training ist ideal auf die oft notwendige Reha-Maßnahme nach einer Prostatektomie abgestimmt. Zusätzlich kann es aber auch zur eigenständigen Vorsorge oder als begleitende Therapie bei organisch bedingten Erektionsstörungen eingesetzt werden.

Ute Michaelis: Beckenbodentraining für Männer – Harninkontinenz und Erektionsstörungen mindern und überwinden. 4. Auflage 2013, Verlag Urban & Fischer, ISBN 978-3-437-45189-8; € 19,99



Medikationsplan ab Oktober 2016

(Red ug) Da in Deutschland immer noch zu viele Menschen an unerwünschten Wechselwirkungen sterben, gibt es ab Oktober 2016 für Kassenpatienten einen Medikationsplan, die drei oder mehr rezeptpflichtige Arzneimittel anwenden. Dazu werden unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund sowie sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt. Auch rezeptfreie Mittel sol-

len vermerkt werden. Den Medikationsplan erstellt in der Regel der Hausarzt. Haben Patienten keinen Hausarzt, sind auch Fachärzte in der Pflicht. Apotheker sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Beginnend ab 2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein.

Register BPS-Magazin 2016

Ausgabe 1

Editorial

Aktuell

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

Diagnose und Therapie

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

Verbandsnachrichten

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

Für Sie notiert

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

Ausgabe 2

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

Ausgabe 3

Editorial

Aktuell

Prof. Dr. Tilman Kälble – Präsident der DGU 2017 im Interview	2
Erklärfilm zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses	5
DGU-Kongress 2016 in Leipzig	5

Therapie und Diagnose

Radikaloperationen bei Prostatakrebs erfolgen vermehrt in Kliniken mit zu geringer Erfahrung: Fehlentwicklung zulasten der Patienten	7
Fokale Therapie des Prostatakarzinoms – was gibt es Neues?	9
Gesundheit des Alternenden Mannes: Altershypogonadismus und Therapie mit Testosteron	14

Verbandsnachrichten

Herzlich Willkommen im BPS	18
1. Mitgliederversammlung des Regionalverband Selbsthilfe Südwest e.V.	18
Herbsttagung 2016 des RNBPS in Rheinsberg	19
10jähriges Jubiläum Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven	20
1. Marburger Uro-Marsch 2016 – Erfolgreiche Premiere	21
SHG Marburg verabschiedet Leiter des Prostatakrebscenters	21
Tagesausflug nach Bad Bocklet	22
Arzt-Patienten-Selbsthilfe-Gespräche	22
Familiär bedingter Prostatakrebs	23
SHG Burgdorf besucht die Urologie der Uniklinik Lübeck	23
Studienfahrt ins REHA-Zentrum Bad Bocklet	24
10jähriges Jubiläum der Landkreis Heidekreis e.V.	24
SHG Prostataerkrankungen Bottrop besucht Klinik Bad Oexen	25
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Landkreis Rastatt auf Exkursion	26
Boule und Brettspiele in Bielefeld	26
Olaf Thon unterstützt Selbsthilfegruppe Gelsenkirchen & Buer	27
„Erste Hilfe für Senioren“ als Tagesseminar	28
8. Tagung der niedersächsischen Krebs-Selbsthilfegruppenleiter	28
Die SHG Bad Buchau beim Gesundheitstag in Federsee	29
Selbsthilfegruppe Oschatz im Jahr 2016	29
Fortbildung „Führungskräfte gewinnen und binden“	30
Die SHG Schönebeck und Umgebung berichtet	31
Prostataselbsthilfe Bergisch Gladbach feiert 10-jähriges Jubiläum	31
BPS-Basisseminar in Kassel	32
Patientenkongress Krebs Bad Boll – Was man(n) wissen muss	32
BPS-Seminar „Psycho-Onkologie“ in Kassel	33
Jubiläen	33
10. Todestag Wolfgang Petter	34
Nachruf	34

Für Sie notiert

Beckenbodentraining für Männer	35
Medikationsplan ab Oktober 2016	35
Register 2016	36
KOKONinfo ist online	37
Ernährung bei Krebs – neues Info-Portal jetzt online	37

KOKONinfo ist online

Das Kompetenznetz Komplementärmedizin in der Onkologie" stellt eine Informationsplattform für Krebspatienten und -patientinnen im Internet unter www.kokoninfo.de oder über www.kompetenznetz-kokon.de frei zur Verfügung.

Dort finden Betroffene und Angehörigen einen Überblick zum Thema Komplementärmedizin in der Onkologie sowie qualitätsgesicherte Informationen zu Behandlungsverfahren und zum Umgang mit Symptomen und Belastungen.

In verständlichen Texten und Videos gibt es Informationen zu möglichen Kosten der Behandlungen, Anregungen für Fragen, die den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gestellt werden können, Hilfen bei der Suche nach kompetenten Anbietern sowie Hinweise auf Selbsthilfegruppen und weiterführendes Informationsmaterial (Patientenzeitschriften etc.).



Ernährung bei Krebs – neues Info-Portal jetzt online

Die Arbeitsgruppe „Ernährung und Krebs“ des Tumorzentrums München (TZM) hat wichtige Informationen zum Thema zusammengefasst und nun in einem Infoportal zur Verfügung gestellt. Dieses TZM-Infoportal erklärt unter <http://www.tumorzentrum-muenchen.de/patienten/ernaehrung/tzm-infoportal.html> einfach und verständlich wichtige Facetten der Ernährung, gibt praktische Hilfestel-

lung und vermittelt Kontakte zu anerkannten Therapeuten und Beratungsstellen.

Da die Ernährung entscheidenden Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krebserkrankungen haben kann, richtet sich das TZM-Infoportal nicht nur an Betroffene, sondern auch an diejenigen, die mit Ernährung gezielt Krebs vorbeugen möchten.

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



Informationsmaterial Heft 3/2016

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

luise / pixelart.de

Dom zu Magdeburg

BPS-Jahrestagung 2017

Die Jahrestagung des BPS mit der 17. Ordentlichen Mitgliederversammlung findet statt von

Mittwoch, 31. Mai bis Freitag, 2. Juni 2017

Tagungsort:

Maritim Hotel Magdeburg

Otto-von-Guericke-Straße 87, 39104 Magdeburg



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.