

Gleason-Grad 2019



**Augenblick und Ausblick
Prostatakrebspathologie**

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 1, 2019

Editorial

Aktuell

Interview mit Prof. Dr. Oliver Hakenberg – DGU-Präsident 2019	2
Haus der Krebs-Selbsthilfe wählt neuen Vorstand	4
Deutsche Krebsgesellschaft startet Pilotprojekt zur ärztlichen Zweitmeinung	5
Ein Hotline-Nachmittag	6

Diagnose und Therapie

Der Gleason-Grad 2019	8
Apalutamid bei Prostatakrebs – Neue Hormontherapie für das nicht-metastasierte, kastrationsresistente Prostatakarzinom	12
18-monatige Hormonentzugstherapie nach Bestrahlung kann bei Hochrisiko-Prostatakrebs ausreichen	14
Präzisionsbestrahlung bei Prostatakrebs: HYPOSTAT-Studie erfolgreich beendet – HYPOSTAT-II-Studie knüpft nahtlos an	15
Auf dem Weg zu einer personalisierten Medizin mit Ausblick auf die Zukunft ...	17

Verbandsnachrichten

Staffelübergabe im Landesverband Bayern	19
15 Jahre erfolgreiche ehrenamtliche Tätigkeit	19
10 Jahre DRK Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Luckenwalde	20
20 Jahre Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung	21
Laudatio zum 15-jährigen Bestehen der SHG Coburg	22
Aktivitäten der SHG Marburg und Umgebung	23
SHG Weyhe und Umgebung bei der Radiosendung „Die Plattenkiste“	24
Jahresthema weckte auch öffentlich Interesse	25
Reha-Kliniken – wichtige Kooperationspartner der SHG Chemnitz	26
10 Jahre SHG Hann. Münden – Vorsitzender Wolfgang Fink geehrt	28
100. Wanderung der SHG Hochfranken-Fichtelgebirge	29
SHG Gera und Umgebung – ganz in Bewegung	29
SHG Wuppertal aktiv bei Präsentation der Wuppertaler Selbsthilfegruppen	30
Arbeitskreise berichten: Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs (AK FPK)	31

Für Sie notiert

Versorgungs-Report 2019 des WIdO	32
Euro-WC-Schlüssel für Behindertentoiletten	33

Titelfoto: kkolosov – Fotolia.com

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), Dr. Hartmut Härtner, Hans-Jürgen Schulz (stv. Vorsitzende)
 Schriftleitung: Günter Feick, Ute Gräfen

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
 Thomas-Mann-Straße 40
 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33889-500
 Fax: 0228 33889-510

E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
 Internet: www.prostatakrebs-bps.de

Druck:

C.V. Engelhard
 Weidendamm 10
 30167 Hannover

Bankverbindung:

Sparkasse Hannover
 IBAN DE64250501800007020100
 BIC SPKHDE2HXXX

Spendenkonto:

Sparkasse Hannover
 IBAN DE62250501800007020621
 BIC SPKHDE2HXXX

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:
 VR-NR. 7824

Gemeinnützigkeit durch
 FA Bonn-Innenstadt: 205/5760/1474

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,

seit 2003 ist das BPS-Magazin 54-mal erschienen und die bisherige Gesamtauflage beläuft sich auf mehr als 550.000 Exemplare. Autoren aus Medizin, Wissenschaft, Selbsthilfegruppen und BPS-Gremien unterstützen mit ihren Gastbeiträgen die Redaktion des BPS-Magazins. Diese gute Zusammenarbeit macht es möglich, Sie über Aktuelles und wissenschaftlich Gesichertes zum Prostatakrebs zu informieren. Ihnen allen möchte die Redaktion herzlich danken.

Seit der ersten Ausgabe des Magazins haben Leser ihre Wertungen und Vorschlägen mit uns geteilt. Dafür sind wir dankbar, sie haben uns ebenfalls geholfen, zu reflektieren und uns zu verbessern. Weil wir von noch mehr Lesern eine Bewertung des Magazins wünschen, haben wir Sie in der Ausgabe 3/2018 gebeten, wenige Fragen zum Magazin zu beantworten.

Die eingegangenen Antworten können wie folgt zusammengefasst werden: Die Rubrik „Diagnose

und Therapie“ ist Lesern am wichtigsten, gefolgt von den Beiträgen in „Aktuelles“, „Verbandsnachrichten“ und „Für Sie notiert“. Als interessant wurden bewertet in folgender Reihenfolge die Themen Komplementärmedizin, Gesundheitspolitik, Ernährung, Sport. Die Verständlichkeit der Texte und das Gefallen des Magazins wurden mehrheitlich als gut gewertet. Rund 10 % der Leser haben an diesen Stellen mit „geht so“ gewertet.

Für ein abschließendes Verständnis muss sich die Redaktion des BPS-Magazins noch weiter mit den erhaltenen Antworten auseinandersetzen. Vom Ergebnis werden Sie, die Leser, erfahren und uns hoffentlich weiterhin mit Ihren Kommentaren unterstützen.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Interview mit Prof. Dr. Oliver Hakenberg – DGU-Präsident 2019

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

Die DGU unterstützt durch Stipendien (z.B. Eisenberger-Stipendien) einjährige Forschungsarbeiten junger ärztlicher Wissenschaftler in der Grundlagenforschung. Dabei wurden bislang mehrere Stipendien für Projekte zum Prostatakrebs vergeben. Die jährliche AUF (Arbeitsgemeinschaft Urologische Forschung) Tagung im Herbst präsentiert zahlreiche Grundlagenprojekte zum Prostatakrebs, die von den anwesenden Forschern begutachtet und diskutiert werden. Ähnliches geschieht auf dem Jahreskongress der DGU im September, dort werden auch größere klinische Studien zum Prostatakrebs vorgestellt und diskutiert.

Prof. Dr. Oliver Hakenberg ist seit 2006 Direktor der Urologischen Univ.-Klinik Rostock. Seine Facharztausbildung absolvierte er an der Urologischen Univ.-Klinik in Freiburg, arbeitete danach zwei Jahre als Fellow an der Universitätsklinik in Adelaide, Australien, und danach zehn Jahre als Oberarzt, später als Leitender Oberarzt an der Urologischen Univ.-Klinik in Dresden, bei Prof. Manfred Wirth.

Wie groß ist die Chance für ein Konzept koordinierter nationaler oder europäischer Prostatakrebsforschung?

Ein Konzept koordinierter nationaler oder europäischer Prostatakrebsforschung ist so ohne Weiteres weder möglich noch sinnvoll. Aus der Frage spricht die Hoffnung, man müsse die Hoffnung nur richtig organisieren und bündeln, dann wäre das Problem des Prostatakrebses schon zu lösen. So einfach ist es aber nicht. Forschung vollzieht sich in tausend kleinen Schritten und Einzelerkenntnissen, von denen einige weiterführen, viele aber auch nicht unbedingt. Daran ist durch Organisation nichts zu

ändern. National, europäisch und auch international wird sehr viel Geld für die Forschung zum Prostatakrebs ausgegeben. Die Fortschritte lassen sich insbesondere in der wesentlich verbesserten Therapie des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms ablesen (neue Medikamente, neue nuklearmedizinische Therapie), aber auch verbesserter Lokalthérapien (bessere Bestrahlungstechniken, bessere Operationsmethoden). Dies alles darf man nicht geringerschätzen. Ich bin zuversichtlich, dass es wei-



© privat

tere Fortschritte geben wird. Aber nationale Maßnahmen helfen sicherlich nicht weiter.

Welche Bedeutung hat die Zählung und Charakterisierung zirkulierender Tumorzellen für die Therapiekontrolle gewonnen?

Zirkulierende Tumorzellen haben bislang keine klare Bedeutung in der Therapie des Prostatakrebses. Das liegt daran, dass die Anzahl und

der Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen nicht zuverlässig mit dem Krankheitsstadium und dem Krankheitsverlauf übereinstimmen, der Nachweis zirkulierender Tumorzellen also nicht unbedingt eine klare klinische Bedeutung hat.

Sind Änderungen in der Zulassung zum Medizinstudium nötig, um prognostiziertem Ärztemangel zu begegnen?

Ich glaube nicht, dass Änderungen zur Zulassung zum Studium etwas Wesentliches verbessern können. Zum einen ist die Zahl der Studienplätze begrenzt, diese sind für die Universitäten und damit für den Staat teuer und nicht unbegrenzt vermehrbar. Es ist auch ein Irrtum, zu glauben, dass schlechtere Abiturnoten bei hoher Motivation bessere Ärzte hervorbringen. Die Rate an Studienabbrechern ist bei Studenten mit schlechteren Abiturnoten deutlich höher als bei denen mit den besseren Abiturnoten. Und was die Universitäten zu Recht wollen, ist Studenten zum Studium zuzulassen, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie erfolgreich das Studium absolvieren werden, hoch ist. Zum Arztberuf gehören neben Motivation und Empathie auch in hohem Masse Arbeitsfähigkeit und intellektuelle Leistungsfähigkeit. Bevor man also das Zulassungssystem verändert, sollte man wissen, was die Änderungen bewirken können. Da die Zulassung zum Medizinstudium international überall auf guten Schulabschlüssen beruht, sollte man annehmen dürfen, dass dies schon gewisse Gründe hat.

Welche Schwerpunkte setzen Sie in Ihrer Präsidentschaft?

Ich sehe gegenwärtig, wie viele andere auch, negative Folgen der Ökonomisierung der Medizin, was sich in dem Begriff der „Gesundheitswirtschaft“, der heute gern gebraucht wird, ausdrückt. Hier sind deutliche Fehlentwicklungen zu sehen: Personalverknappung in der Medizin, Bürokratisierung der Behandlung, Digitalisierung, die letztendlich zu mehr Kontrolle durch die Kostenträger führt. Bei gesundheitspolitischen Lippenbekenntnissen zu „mehr sprechender Medizin“ und „Individualisie-

rung“ tritt oft genau das Gegenteil ein. Diese Widersprüche bewusst zu machen, soll ein wesentlicher Schwerpunkt meiner Präsidentschaft sein.

Welche Bedeutung für Patienten und Kliniken wird das Messen, Berichten und Vergleichen mit identischen Qualitätsindikatoren in Zukunft haben?

Qualitätsindikatoren sind ein Konzept, das aus der industriellen Fertigung auf die Medizin übertragen wurde. Diese Übertragung beinhaltet aber viele Fehlerquellen. Die Individualität jedes Falles steht einer direkten Vergleichbarkeit oft im Wege. Natürlich gibt es relevante Qualitätsindikatoren auch für die Medizin, z.B. Mortalität bei standardisierten Routineeingriffen. Hierbei sind aber die Zahlen in Deutschland oft verschwindend gering, so dass die Relevanz des Vergleiches dann kaum noch gegeben ist. Auch hier sind die Kostenträger eine wesentliche treibende Kraft, denn sie wollen Vergleichbarkeit und Kontrolle über die Klinikbehandlungen. Wirkliche Vergleichbarkeit wird aber sehr kompliziert, wenn man die zahlreichen Einflussfaktoren mit analysieren wollte – beispielsweise beim Indikator Kontinenz nach radikaler Prostatektomie das Alter der Patienten. Nur wenn man ernsthaft eine sehr komplexe Analyse macht, könnte dies Sinn machen. Der Aufwand dafür ist aber auch sehr groß.

Ist URO-Tube als Patienteninformation auch sinnvoll nutzbar?

URO-Tube kann durchaus auch als Patienteninformation genutzt werden. Allerdings ist nicht jedes Format auf Patienten ausgerichtet, was sich in Inhalt, Sprache und anderem ausdrückt.

Welche Telemedizin-Dienste können Urologen zukünftig Patienten anbieten?

Es gibt zahlreiche Telemedizin-Dienste im Internet. Die Vielzahl ist so groß, dass die Auswahl schwierig ist. Die Empfehlungen sollte sich auf seriöse und nicht kommerziell orientierte Anbieter beschränken: dazu zählen die Fachgesellschaften und andere Institutionen, wie die Deutsche Krebshilfe o.ä..

Haus der Krebs-Selbsthilfe wählt neuen Vorstand

Das Haus der Krebs-Selbsthilfe – BV hat auf seiner Ordentlichen Mitgliederversammlung am 27. Februar 2019 gewählt. Ernst-Günther Carl ist neuer Vorsitzender. Er war zuvor Schatzmeister und tritt nun die Nachfolge von Ralf Rambach an, der sein Amt aus persönlichen Gründen im letzten Jahr niedergelegt hatte. „Ihm gilt unser Dank für ein engagiertes Eintreten für die Interessenvertretung von an Krebs erkrankten Menschen“ fasst Carl das Wirken von Rambach, der maßgeblich an der Gründung des HKSH-BV beteiligt war, zusammen.

Mit Ernst-Günther Carl als Vorsitzenden votieren die Mitgliedsverbände für Zusammenarbeit in Zeiten der Selbsthilfe im Wandel

Carl bringt ein umfassendes gesundheitspolitisches, medizinisches und ökonomisches Wissen in sein neues Amt mit und kann insbesondere auf eigene Erfahrungen aus der Krebs-Selbsthilfe zurückgreifen. So leitet er nicht nur seit über zehn Jahren eine Selbsthilfegruppe und ist im Vorstand des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., sondern ist auch Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, Mitglied des Lenkungsausschusses Schleswig-Holstein und in verschiedenen S3-Leitlinienkommissionen sowie mit Europa Uomo auch in der europäischen Selbsthilfe unterwegs.

Als stellvertretender Vorsitzender ist Werner Kubitzka neu in den Vorstand gewählt worden. Er löst Joachim Weier ab, der in der Interimsphase die Ämter des Vorsitzenden weitergeführt, sich nun aber nicht mehr zur Wahl gestellt hatte. Auch ihm gilt der Dank des neuen Vorstands.

Den vertretungsberechtigten Vorstand ergänzen zudem Dr. Karl-A. Rinast als Schatzmeister, ebenfalls neu in den Vorstand gewählt, sowie Hedy Kerek-Bodden, die zuvor bereits Vorstandsmitglied war und nun als Schriftführerin Andrea Hahne ablöst. Hahne stand für dieses Amt nicht mehr zur

Wahl, bleibt dem HKSH-BV aber als Vorstandsmitglied erhalten. Weitere Vorstandsmitglieder sind Herbert Hellmund und Lutz Otto, beide in ihrem Amt bestätigt.

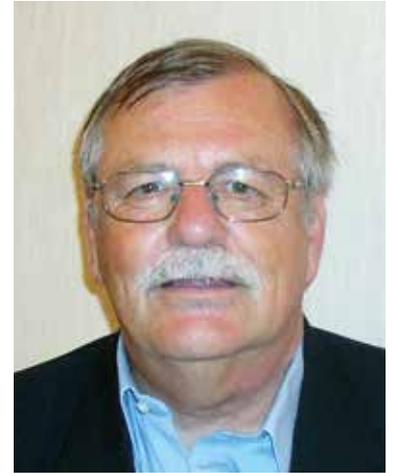
Die neu gesteckten Aufgaben und Ziele des HKSH-BV sind vielfältig und weitreichend.

Gleichwohl tritt der Vorstand mit dem Anspruch an, eine Schärfung auf wesentliche Schwerpunkte durchzusetzen. So wird das HKSH-BV sich zusammen mit seinen Mitgliedsverbänden den Herausforderungen einer sich im Wandel befindlichen Krebs-Selbsthilfe stellen. „Wir setzen hierbei auf die Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlich engagierten Personen und deren Fortbildung“ so Carl. „Dies gilt auch und gerade vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung“ skizziert der neue Vorsitzende den Fokus der kommenden Arbeit.

Krebs-Selbsthilfe ist zudem längst in der gesamten Landschaft gesundheitlicher Gremien vertreten. Das HKSH-BV ist dabei Partner seiner Mitgliedsverbände und vertritt insbesondere bundespolitisch deren entitätsübergreifenden Interessen und damit die der Patienten und ihrer Angehörigen. Carl freut sich, für diese Aufgaben die Mitgliedsverbände des HKSH-BV hinter sich und seinen Kollegen im Vorstand zu wissen und schaut gespannt und mit Tatendrang auf die kommende zweijährige Legislaturperiode.

Der ausdrückliche Dank gilt der Deutschen Krebs-hilfe, die als Hauptförderer all diese Arbeit überhaupt erst möglich macht. Detailliertere Informationen sowie laufende Aktivitäten können auf www.hausderkrebsselbsthilfe.de eingesehen werden.

Quelle: HKSH-BV, März 2019



Ernst-Günther Carl, © BPS

Deutsche Krebsgesellschaft startet Pilotprojekt zur ärztlichen Zweitmeinung

Darm- und Prostatakrebspatienten, die eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung wünschen, können künftig von der Expertise der Zentren mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) profitieren. Rund 140 DKG-zertifizierte Darm- und 40 Prostatakrebszentren stellen ihr Know-how ab April 2019 auf dem Zweitmeinungsportal www.krebszweitmeinung.de der HMO AG zur Verfügung. Das Portal vermittelt den Kontakt zu den DKG-zertifizierten Zentren und übernimmt die organisatorische Betreuung der Ratsuchenden beim Einholen der Zweitmeinung – die Betroffenen haben die Wahl zwischen der Beurteilung ihres Falls nach Aktenlage allein oder nach einer zusätzlichen persönlichen Vorstellung an einem zertifizierten Zentrum. Die Zweitmeinung wird nach interdisziplinärer Fallbesprechung in der Tumorkonferenz erstellt. Die DKG begleitet diesen Zweitmeinungsservice durch eine wissenschaftliche Evaluation.

Bei den Zentren mit einer Zertifizierung der DKG handelt es sich um interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke, in denen alle relevanten ärztlichen Fachrichtungen eng zusammenarbeiten und sich freiwillig einer strengen Qualitätskontrolle unterziehen. Viele der Qualitätsanforderungen, die für eine Zertifizierung erfüllt sein müssen, leiten sich aus den Empfehlungen der aktuell geltenden onkologischen Leitlinien ab. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass das aktuell verfügbare medizinische Wissen in die Therapieentscheidung einfließt.

Insgesamt mehr als 1000 Zentren in über 440 Krankenhäusern weisen mittlerweile ein Zertifikat der DKG auf, rund 40 Prozent aller Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose Krebs in Deutschland werden an einem DKG-zertifizierten

Zentrum behandelt. „Verschiedene Studien zeigen, dass statistisch gesehen das Gesamtüberleben der Patienten an zertifizierten Darmkrebszentren deutlich höher ist als an nicht zertifizierten Zentren“, erklärte Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Vizepräsident der DKG anlässlich eines Pressegesprächs in Berlin. Umso wichtiger sei es, dass diejenigen, die außerhalb von zertifizierten Zentren behandelt werden, die Möglichkeit erhielten, eine qualifizierte Zweitmeinung durch ein interdisziplinär besetztes Tumorboard einzuholen.

Doch auch bei Patienten mit einer Therapieempfehlung eines zertifizierten Zentrums kann der Wunsch nach zusätzlicher Abklärung bestehen. „Das gilt vor allem bei komplexen Krankheitsbildern, oder wenn, wie etwa in den frühen Stadien eines Prostatakarzinoms, verschiedene Therapieoptionen möglich sind und die Entscheidung schwer fällt“, so Prof. Dr. Thorsten Schlomm, Urologe und Leiter des DKG-zertifizierten Prostatakarzinomzentrums der Charité Universitätsmedizin Berlin. „Wir freuen uns, dass Patientinnen und Patienten künftig auf die zertifizierten Zentren als qualifizierte Zweitmeinungsgeber zurückgreifen können und hoffen dabei sehr auf eine breite Unterstützung durch die Krankenkassen.“ Auch wenn einige Kassen derzeit eine ärztliche Zweitmeinung bei Krebspatienten erstatten, eine gesetzliche Verpflichtung für eine Kostenübernahme besteht bei onkologischen Indikationen nicht. Außerdem ist bei manchen der bestehenden Zweitmeinungsangebote derzeit unklar, ob die Begutachtung durch eine Tumorkonferenz erfolgt und die aktuell geltenden Leitlinien sowie die Patientenperspektive ausreichend berücksichtigt werden.

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, März 2019

Ein Hotline-Nachmittag

Von Bernd Reitberger, Mitglied der BPS-Beratungshotline

Es herrscht Vorfrühlingsstimmung. Die Amseln stimmen sich bereits mit ersten Gesängen ein und Meisen zwitschern zaghaft. Jetzt wäre es auf der Terrasse bei ersten Sonnenstrahlen mit Kaffee und Kuchen supertoll – fast wie in den Skiferien in den Hochalpen. Aber heute ist Hotline-Beratungstag.

Andrea teilt unsere Gruppe für jeden Monat so ein, dass immer zwei Berater an den Nachmittagen die Gespräche annehmen. Bevor es um 15.00 Uhr mit den Anrufen losgeht, öffne ich am Laptop einige wichtige Fenster, die ich während der Gespräche zur Verfügung haben muss: die Homepage des BPS, die S3-Leitlinien, das Fenster von „Echtzeit Call-Monitoring“, die Seite der Webmail sowie die Excel-Tabelle zur Dokumentation. Anschließend telefoniere ich zur Vorbereitung auf die kommenden drei Stunden mit meinem Co-Berater Helmut. Wir nehmen uns vor, am Ende unserer Telefonrunde noch einmal zurückzurufen, um eventuell einen besonderen Fall zu besprechen.

Heute habe ich „Voice-to-Mail“, das heißt, ich übernehme Rückrufe, wenn der Betroffene auf das Band spricht, wenn beide Berater im Gespräch sind. Jetzt kann's losgehen und ich warte vor dem Echtzeit-Monitor auf dem Computer bis eine „Eins“ erscheint. Das ist das Startzeichen, dass in 21 Sekunden mein Telefon klingeln wird und ich mich mit meinem Namen und einer Begrüßung vorstelle. Aber Helmut, mein heutiger Co-Berater hat schon abgehoben und so warte ich auf den nächsten Kandidaten.

Dann kommt's dick: Gleich viermal leuchten die Signale für Gespräche auf. Ich hebe beim ersten Klingeln ab. Mein Anrufer ist noch ziemlich durcheinander, und gemeinsam ordnen wir die Daten, den PSA-Verlauf, den Gleason-Score, Operation, Bestrahlung, die Ergebnisse der verschiedenen MRTs und Knochenszintigramme – bis sich lang-

sam ein Bild ergibt. Keine verdächtigen Stellen trotz steigendem PSA-Verlauf. Wie wäre es mit einem Versuch mit PSMA/PET/CT? Zahlt das die Kasse? Der Urologe möchte mit einer Hormontherapie beginnen. Da hat der Anrufer Angst vor den Nebenwirkungen. Ja, die kenne ich persönlich, weil ich seit 2006 mit der Hormonblockade meinen Krebs beherrsche. Wir diskutieren die verschiedenen Nebenwirkungen der ADT. Das beruhigt ihn offenbar.



© privat

Ich fasse die wichtigsten Ergebnisse unseres Gesprächs zusammen, mein Anrufer ist hörbar ruhiger geworden. Wir verabschieden uns freundlich.

Ich habe vergessen, ihn auf eine SHG hinzuweisen. Oder auf verschiedene Informationsquellen im Internet anzusprechen. Aber hinterher ist man schlauer, und ich möchte es beim nächsten Gespräch nicht versäumen, dies zu tun.

Dann ist Funkstille, es gibt eine Pause, und während Helmut bereits seit 35 Minuten im Gespräch ist, lege ich die Beine hoch und genieße die Frühlingssonne.

Die Berater der BPS-Beratungshotline sind 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 zu erreichen.

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

Diese 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/>.

Jetzt ruft eine besorgte Tochter an. Der Vater ist hochbetagt und dass er Krebs hat, beunruhigt vor allem die Familie. Die Optionen für den Betroffenen sind: a) nichts tun und alle drei Monate den PSA kontrollieren, b) eine Bestrahlung der Prostata, c) eine vielleicht nicht zu empfehlende Hormonbehandlung, weil schon Herzinfarkte in jüngster Vergangenheit seine Lebensqualität verringert haben. Urologe und Hausarzt sind unterschiedlicher Meinung. Meine Anruferin beschreibt mir einige wichtige Lebensumstände des Vaters, der sich um seinen Krebs nicht kümmern will, weil er keine Schmerzen hat, weil er einfach noch sein Leben leben will. Ich finde, er sollte am besten nichts tun und sein Leben weiter genießen, und sie sollte sich keine Sorgen machen. Die Anruferin ist überglücklich. Offensichtlich hat auch der Betroffene später bei der Hotline angerufen. Helmut berichtet mir darüber in der Telefonkonferenz nach der Beratungszeit.

Ein jüngerer Ratsuchender ist am Apparat. Er hat anscheinend große Angst vor einer Biopsie und versucht mit allen Mitteln, Alternativen zu erfahren. Er hat sich bereits überall im Internet schlau gemacht, kommt aber offensichtlich keinen Schritt weiter. Wahrscheinlich erwartet er umfangreiches Detailwissen von mir, das ich ihm leider nicht geben kann. Ich nenne ihm zur Orientierung einige Adressen, wie das Krebsforschungszentrum Heidelberg, die internetbasierte Informations- und Entscheidungshilfe für Patienten mit nicht-meta-

stasiertem Prostatakrebs, die Adressen von zwei Selbsthilfegruppen in seiner Nähe sind und den „Ersten Rat“ von Ralf-Rainer Damm. Ich gestehe, ich war etwas unruhig, da mein Anrufer bereits alle Möglichkeiten von Biopsien kannte und trotzdem mehr Informationen wollte.

Noch ein später Anrufer, es ist bereits dunkel geworden. Ein Über-Achtzigjähriger beschwert sich über das vage und lasche Verhalten seines Urologen. Der PSA ist von 0,8 auf 1,42 angestiegen, sein Gesundheitszustand scheint hervorragend zu sein, und ich beglückwünsche ihn und wünsche ihm Gelassenheit.

Kurz vor sechs ruft doch noch jemand an. Ein „junger“ Mann wünscht sich Information über HIFU (= Hochintensiver fokussierter Ultraschall). Eigentlich möchte er sich ja operieren lassen, was bei seinem Alter, seinem niedrigen PSA-Wert und einem Gleason-Grad von 6 der Goldstandard wäre. Er interessiert sich sehr für eine Selbsthilfegruppe, und ich nenne ihm die Adresse in seiner Umgebung. Zum Schluss wünscht er mir Gottes Segen, was mich sehr berührte.

Das war's auch schon. Jetzt rufe ich nur noch Helmut, meinen Co-Berater an, und wir besprechen kurz einige Problemfälle. Auch er war heute Nachmittag sehr gut beschäftigt. Wir haben nicht viel Zeit zum Reflektieren, Helmut hat schon wieder einen anderen Termin

Der Gleason-Grad 2019

Von Prof. Dr. med. Guido Sauter,
Institut für Pathologie, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf



© privat

Der Gleason-Grad

Das Gleason-Grading ist die heute weltweit etablierte Gradierung beim Prostatakarzinom. Es basiert ausschließlich auf Form und Anordnung der Prostata Drüsen. Zytologische Atypien und andere Malignitätskriterien werden komplett vernachlässigt. Die Drüsenbefunde wurden ursprünglich in fünf Muster eingeteilt. Die Gleason-Muster 1 und 2 können allerdings gerade an Biopsien kaum vom Muster 3 abgegrenzt werden. Sie sollen deswegen heute nicht mehr diagnostiziert werden. Aus praktischer Sicht bildet ein Prostatakarzinom also maximal drei verschiedenen Gleason-Muster aus, nämlich die Muster 3, 4 und 5. Der Pathologe mustert das gesamte Tumorgewebe durch, beurteilt jede einzelne Drüsenstruktur und ordnet ihr ein Gleason-Muster zu. Für jedes mikroskopische Gesichtsfeld schätzt der Pathologe den prozentualen Anteil an Gleason 3-, 4- und 5-Mustern. Am Ende der Befundung werden die Ergebnisse aller Gesichtsfelder dann „geschätzt“ zusammengeführt. Die prozentualen Anteile Gleason 3, 4 und 5 eines Tumors stellen die Rohdaten für die Festlegung des Gleason-Grades dar.

Unterschiedliche Regeln für Biopsien und Prostatektomien

Der Gleason-Grad wird im Wesentlichen aus einem primären und einem sekundären Muster gebildet. Das primäre Muster ist das im Tumor häufigste Gleason-Muster. Das sekundäre Muster ist in der Regel das zweithäufigste Muster eines Tumors.

Es gibt allerdings eine Ausnahme, wenn Gleason 5-Anteile als dritthäufigstes – und damit seltenstes – Muster vorkommen. In dieser Situation bestehen für Biopsien und für größere Präparate (Prostatektomien und transurethrale Resektate) zudem unterschiedliche Regeln. Bei der Stanzbiopsie bildet jetzt das schlimmste (und nicht das zweithäufigste) Muster den sekundären Gleason-Grad. Bei Prostatektomien und transurethralen Resektaten bildet nach wie vor das zweithäufigste Muster den sekundären Gleason-Grad. Der Gleason 5-Anteil findet aber in Form eines sogenannten tertiären Gleason-Grades Erwähnung in der Diagnose. Kommt nur ein Gleason-Muster im Präparat vor, wird dieses zweimal verwendet, zum Beispiel Gleason 3+3=6 oder 4+4=8. Beispiele unterschiedlicher Gleason-Muster-Anteile und daraus resultierender „Kategorien“ in Biopsien und Prostatektomien sind in Tabelle 1 dargestellt.

International Society of Urologic Pathology (ISUP)

2014 wurde von einem Konsensus Komitee der International Society for Urologic Pathology (ISUP) eine Revision der Gleason-Gradierung vorgeschlagen, welche auch in die 2016 WHO-Klassifikation urogenitaler Tumoren einging. Diese Neuerung hat einige Verwirrung erzeugt. Die einzige für uns erkennbare Änderung ist nomenklatorischer Art. Gleason 3+3 heißt jetzt „Grade Group 1“, Gleason 3+4 heißt „Grade Group 2“, Gleason 4+3 heißt „Grade Group 3“, Gleason 8 heißt

Gleason 3 %	Gleason 4 %	Gleason 5 %	Gleason-Kategorie	
			Biopsie	Prostatektomie
100	0	0	3+3	3+3
60	40	0	3+4	3+4
60	30	10	3+5	3+4 Tert.5
60	10	30	3+5	3+5
30	70	0	4+3	4+3
30	60	10	4+5	4+3 Tert.5
0	100	0	4+4	4+4
0	70	30	4+5	4+5
20	50	30	4+5	4+5
30	0	70	5+3	5+3
10	20	70	5+4	5+4

Tabelle 1. Beispiele unterschiedlicher Anteile der Gleason-Muster und der daraus resultierenden Kategorien in der Biopsie und in der radikalen Prostatektomie.

„Grade Group 4“ und Gleason 9-10 heißt „Grade Group 5“. Diese „Änderung“ ist für viele ausländische Urologen tatsächlich eine Innovation, weil der klinischen Relevanz der Unterscheidung von 3+4 und 4+3 Karzinomen (beide bisher Gleason-Score 7) in anderen Ländern länger weniger Bedeutung zugemessen wurde als bei uns. Viele Publikationen aus dem angelsächsischen Raum führten „Gleason 7-Karzinome“ lange Zeit als „eine Kategorie“. Eingeführt wurde die Abgrenzung von Gleason 7a (3+4=7) von Gleason 7b (4+3=7) erstmals vom großartigen deutschen Pathologen Burkhard Helppap.

Die Konsensus-Publikation der ISUP zur Gleason-Gradierung macht vor allem deutlich, wie viel Unsicherheit immer noch zum Thema Gleason-Grad weltweit besteht. Noch offene Fragen, wie beispielsweise, ob ein Patient nach seiner schlimmsten Stanze oder nach dem Durchschnitt der Befunde in allen Stanzen klassifiziert werden sollte, oder was die Bedeutung der prozentualen Anteile der unterschiedlichen Gleason-Muster oder von kleinen Gleason 5-Muster-Anteilen (Tertiärgrad) sei, würde in einem separaten Artikel behandelt werden, so schreiben die Autoren. Dass dieser Artikel immer noch aussteht, ist mehr als unglücklich, denn mehr als 50% aller Patienten mit neu diagnostiziertem Prostatakarzinom zeigen in ihren Biopsien unterschiedliche Gleason-Grade oder kleine Gleason 5-Anteile.

Die „Huland Datenbank“

Der Hamburger Urologe Prof. Dr. Hartwig Huland hatte bereits 1992 am UKE eine Datenbank begründet, worin die klinischen Verläufe der hier operierten Patienten seither dokumentiert werden. Seit 1992 sind am UKE mehr als 25.000 Prostatakarzinom-Patienten operiert worden. Allen Patienten werden jährlich Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand gestellt, wobei sich beinahe 90 % die Zeit nehmen, die gestellten Fragen zu beantworten. Damit leisten und leisteten unsere Patienten einen zentralen Beitrag für eine relevante Forschung und damit für eine verbesserte medizinische Versorgung. Mittlerweile liegen uns Verlaufsdaten und Gewebe von mehr als 20.000 Patienten vor, wobei von allen Tumoren alle Daten zur Gleason-Gradierung einschließlich der prozentualen Anteile der Muster 3, 4 und 5 registriert wurden. Von mehr als 5.000 dieser Patienten liegen auch Biopsien vor, die nach identischen Kriterien unter genauer Protokollierung der Gleason-Muster-Anteile beurteilt wurden. Dieser einzigartige Datensatz erlauben es uns, die offenen Fragen zum Gleason-Grading und seiner klinischen Bedeutung mit „Bordmitteln“ zu beantworten.

Prognosegruppen und kleine Gleason 5-Anteile

Die fünf traditionellen Gleason-Grad-Gruppen zeigen signifikante Prognoseunterschiede (Abb. 1a),

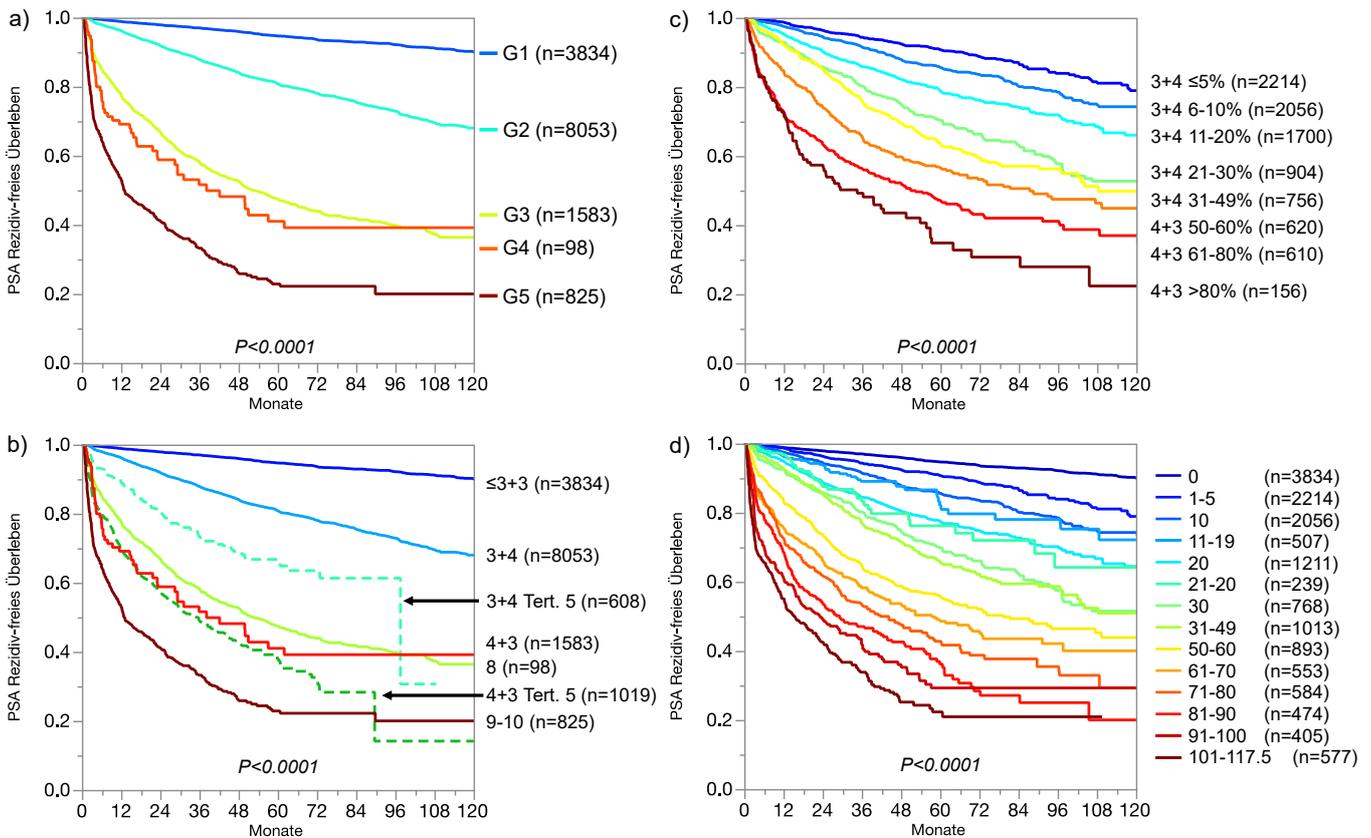


Abb. 1. Prognostische Bedeutung von a) ISUP/WHO Gleason-Grad-Gruppen, b) klassischer Gleason-Grad-Gruppen einschließlich Tertiärgrade, c) quantitativem Gleason-Grad (UKE) und d) integriertem quantitativen Gleason-Grad (UKE)

stellen aber eine grobe Vereinfachung der tatsächlichen Verhältnisse dar. Bereits die Nutzung der „Tertiärgrade“, führt zu einer signifikanten Verbesserung der Prognosabschätzung (Abb. 1b). Die am UKE entwickelte quantitative Gleason-Gradierung ist wesentlich feiner. Sie zeigt, dass sich die Prognose in „Gleason 7 Tumoren“ mit zunehmendem Gleason 4 Anteil kontinuierlich verschlechtert (Abb. 1c). Die Prognose der Patienten verschlechterte sich statistisch signifikant, aber dennoch nur relativ gering, wenn der „Nicht-Gleason 3“-Anteil neben Gleason 4- auch Gleason 5-Muster beinhaltet. Basierend auf diesen Erkenntnissen konnte ein „integrierter quantitativer Gleasongrad“ (IQ Gleason) definiert werden, welcher eine noch feinere Einteilung der Tumoraggressivität zulässt als der quantitative Gleasongrad. Die zugegebenermaßen komplizierte Formel zur Bestimmung des IQ-Gleason lautet: „Prozentueller Anteil der

„Nicht-Gleason-3“-Muster eines Tumors plus 10, wenn Gleason 5-Anteile vorliegen, plus weitere 7,5, wenn der Gleason 5-Anteil größer als 20 % ist“. Der IQ-Gleason erlaubt die bisher feinste Stratifizierung des Progressionsrisikos von Prostatakarzinompatienten (Abb. 1d).

Schlimmste Biopsie vs. Durchschnitts-Gleason

Die Diskussion, ob ein Patient nach seiner schlimmsten Stanze oder nach dem Durchschnittsbefund der Stanzen klassifiziert werden soll, ist eigentlich durch die Art und Weise, wie der Gleason gebildet wird, beantwortet. Es ist klar, dass eine kleine Stichprobe aus einem großen Tumor die Möglichkeit beinhaltet, dass besonders schlimme Areale zu Tage gefördert werden, die für den gesamten Tumor jedoch nicht repräsentativ sind. Logischerweise findet sich in jedem 3+4 Karzinom mindestens an einer Stelle „reines“ Gleason 4-Muster. Gelingt

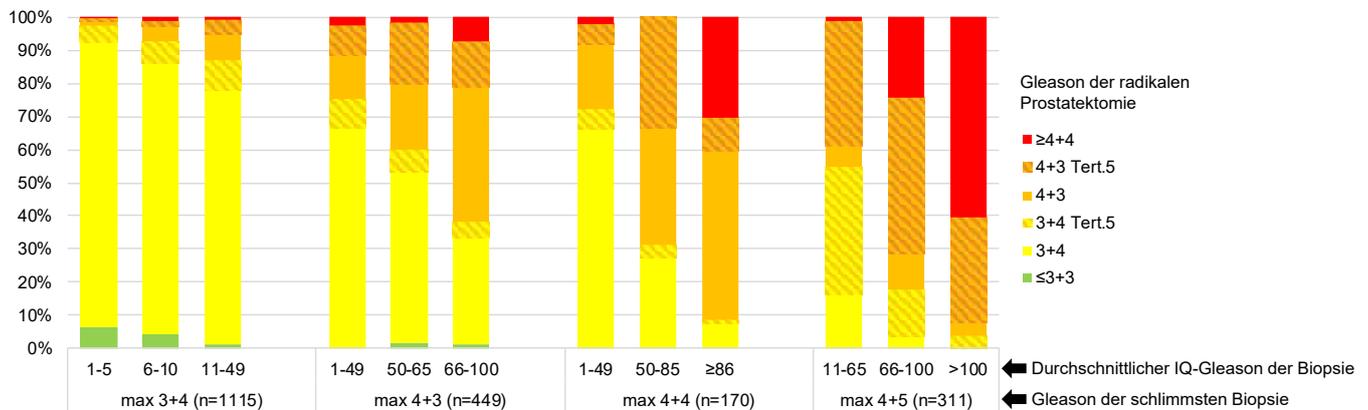


Abb. 2. Vergleich der Gleason-Befunde an den Stanzbiopsie mit denen der radikalen Prostatektomie. Die Biopsien sind nach dem durchschnittlichen Gleason über alle Stanz (IQ-Gleason) und nach dem Gleason der schlimmsten Stanze gruppiert.

es den Urologen in einer Biopsie nur diese Gleason 4-Anteile zu „treffen“, dann ist die schlimmste Biopsie Gleason 4+4=8. Die übergeordnete Bedeutung des durchschnittlichen Gleason-Grades ist in Abb. 2 dargestellt. Hier wird an einem Kollektiv von zirka 2.000 Patienten gezeigt, dass der durchschnittliche Gleason-Befund – am Beispiel des IQ-Gleason – eine über den Gleason-Grad der „schlimmsten Stanze“ hinausgehende klinische Bedeutung hat.

Interobserverschwankung

Das größte Problem der Gleason-Gradierung ist seine schlechte Reproduzierbarkeit. In dem Buch „The Gleason Grading“ von Jonathan Epstein wird die Unterscheidung der Muster 3, 4 und 5 anhand von 485 verschiedenen Abbildungen erklärt. Alleine diese Tatsache macht deutlich, dass die feinen Unterschiede gar nicht vernünftig vermittelt werden können. In einer 2014 publizierten Studie wurden 15 Bilder von Prostatakarzinomen mit einem Gleason 3+3=6 oder 3+4=7 an 337 Pathologen verschickt und die Diagnose dieser Pathologen wurde mit derjenigen des Expertenpanels (16 Pathologen mit wissenschaftlicher Aktivität im Bereich Prostatakrebs) verglichen. Im Mittel wurde die Konsensus-Diagnose der Experten von den Studienteilnehmern nur in 60 % getroffen und bei jedem einzelnen Patienten variierten die Diagnosen der

Teilnehmer grundsätzlich von Gleason 3+3=6 zu Gleason ≥ 8 . Auch die „Experten“ konnten sich nur in 15 von 25 Fällen mit einer Zweidrittel-Mehrheit auf einen Gleason-Grad einigen. Diese Daten machen klar, dass der Gleason-Grad gar nicht mit leitliniengerechter Genauigkeit bestimmt werden kann. Die quantitative Gleason-Gradierung reduziert die Probleme der Interobserverschwankung vor allem im Grenzbereich von 3+4 zu 3+3 oder zu 4+3. Diagnostiziert ein Pathologe 3+4 mit 5 % Gleason 4 oder etwa 40 % Gleason 4 erkennt der kundige Urologe, dass es sich um einen Grenzfall zu 3+3 oder 4+3 handelt und kann den Patienten entsprechen beraten.

Die Zukunft der Prostatapathologie ist datenbasiert und digital

Die Gleason-Gradierung beruht einzig und allein auf der Beurteilung der Drüsenarchitektur. Andere etablierte Malignitätsparameter wie beispielsweise Kernmorphologie, Mitoserate, Tumorstroma, Gefäßneubildungen oder Merkmale der Entzündung bleiben aktuell unberücksichtigt. Am UKE verwenden wir Bilddatenbanken mit klinischen Verlaufsdaten zur Ausbildung unserer Pathologen (der sog. „Gleasonaut“). Derartige Sammlungen von Prostatakrebsbildern mit zugehörigen klinischen Daten werden auch für die Entwicklung von bildanalytischen Algorithmen eingesetzt, welche die gesam-

te Bildinformation zur Einschätzung der klinischen Aggressivität eines Tumors nutzen.

Für die nähere Zukunft wird es wichtig sein, ähnliche klinisch-pathologische Datenbanken wie am UKE an möglichst vielen anderen Zentren in Deutschland und darüber hinaus zu generieren. Hierfür müssen die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden. Eine Datenbank mit tausenden Patienten, bei denen Biopsien und das Prostatektomiepräparat standardisiert untersucht wurden, kann für eine verbesserte und erweiterte Beurteilung aktueller Biopsien genutzt werden. Durch einen Datenbankabgleich kann bei neu diagnostizierten Tumoren nämlich nicht nur der Gleason-Grad und die Tumorausdehnung bestimmt werden, sondern es können gleich auch die Wahrscheinlichkeiten für ungünstige Tumorcharakteristika ermittelt werden, wie beispielsweise extraprostatitisches Tumorstadium, Samenblasenbefall, Lymphangiitis carcinomatosa (= Infiltration der Lymphgefäßbahnen

durch Tumorzellen), Lymphknotenmetastasierung oder eine R1-Situation (= eine Gewebeprobe lässt unter dem Mikroskop auf sichtbare Tumorreste schließen) im Falle einer Operation.

Fazit

Die traditionelle Gleason-Gradierung mit fünf Prognosegruppen hat gefährliche Schwachstellen. Die Prognosegruppen sind arbiträr (=willkürlich) definiert, zu groß und können nicht reproduzierbar bestimmt werden. Die Nutzung der prozentualen Anteile der Gleason 3-, 4- und 5-Muster erlaubt eine feinere Prognoseabschätzung. Da die Einteilung von Grenzfällen in eine von zwei möglichen Kategorien entfällt, mindert es auch das Problem der Interobservervariabilität. Bildanalyseprogramme und die Nutzung von klinischen Datenbanken dürften zukünftig eine verbesserte Biopsieinterpretation ermöglichen.

Die Literatur liegt beim Verfasser.

Apalutamid bei Prostatakrebs – Neue Hormontherapie für das nicht-metastasierte, kastrationsresistente Prostatakarzinom

Mit Apalutamid (Handelsname Erleada®) wurde im Januar 2019 ein neuer Androgenrezeptorblocker zur Hormonentzugstherapie des Prostatakarzinoms zugelassen. Indiziert ist er zur Behandlung von Prostatakrebspatienten, deren Erkrankung kastrationsresistent geworden ist, aber noch nicht metastasiert hat. Das Ziel: Die Entwicklung von Metastasen soll hinausgezögert werden. Was ist neu an diesem Ansatz? Und wie ordnen Experten diese neue Therapie ein? krebsinformationsdienst.med hat die wichtigsten Fakten für Sie zusammengefasst.

Indikation: Für wen kommt Apalutamid infrage?

Mit Apalutamid ist seit dem 14.01.2019 ein neuer Androgenrezeptorinhibitor in Europa zugelassen. Apalutamid kann eingesetzt werden zur Behand-

lung von Männern mit nicht-metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC): Das sind vor allem Patienten, deren PSA-Rezidiv nach lokaler Therapie mit einer Hormonentzugstherapie behandelt wurde, deren PSA-Wert dann erneut angestiegen ist und bei denen die herkömmliche Bildgebung wie Computertomographie oder Skelettszintigraphie keinen Hinweis auf Metastasen ergibt. Das Medikament ist indiziert bei Patienten mit einem hohen Risiko für Metastasen (definiert durch eine PSA-Verdopplungszeit von 10 Monaten und weniger). Bei Patienten, bei denen die Testosteron-Produktion medikamentös unterdrückt wird, wird die Therapie mit einem LHRH-Analogen unter Apalutamid fortgesetzt.

Apalutamid: 3-fache Blockade

Apalutamid ist ein nichtsteroidales Antiandrogen

der neuen Generation. Es hemmt kompetitiv (= konkurrierend) den Androgenrezeptor und blockiert damit dessen Signalweg an drei Stellen:

- Apalutamid bindet an die Ligandenbindungsdomäne des Androgenrezeptors. Dadurch können natürliche Bindungspartner wie Testosteron oder Dihydrotestosteron nicht mehr andocken.
- Apalutamid verhindert, dass aktivierte Androgenrezeptoren in den Zellkern einwandern (Blockade der Translokation).
- Außerdem blockiert Apalutamid die Bindung der aktivierten Androgenrezeptoren an die DNA.

Auf diese Weise unterbindet Apalutamid das Ablesen (die Transkription) der Gene, die durch den Androgenrezeptor reguliert werden. Die Proliferation (= Wachstum) der Tumorzellen wird gehemmt und ihr Zelltod (Apoptose) eingeleitet.

Studienergebnisse: Was bringt Apalutamid?

Apalutamid wurde auf Basis der positiven Ergebnisse der SPARTAN-Studie zugelassen. In dieser randomisierten Phase-III-Studie wurde Apalutamid bei Patienten mit einem nicht-metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom eingesetzt, deren PSA-Wert sich innerhalb von 10 Monaten verdoppelt hatte. Die insgesamt 1.207 Männer erhielten entweder das Antiandrogen Apalutamid oder ein Placebo zusätzlich zur Hormonenzugstherapie. Längeres Metastasen-freies Überleben: Die Patienten in der Apalutamid-Gruppe lebten deutlich länger ohne Metastasen als Patienten, die Placebo erhielten: Bis zum ersten Nachweis von Metastasen vergingen unter Apalutamid 40,5 Monate gegenüber 16,2 Monaten unter Placebo. Auch die Zeit bis zum symptomatischen Fortschreiten der Erkrankung war mit Apalutamid deutlich länger (Hazard Ratio: 0,45). Wie sich Apalutamid auf das Gesamtüberleben auswirkt, ist hingegen noch unklar: Für eine Aussage dazu ist eine längere Nachbeobachtungszeit notwendig.

Vergleich: Apalutamid dasselbe wie Enzalutamid?

Apalutamid und Enzalutamid wurden bislang in

keiner randomisierten klinischen Studie miteinander verglichen. Aus diesem Grund lassen sich weder Wirksamkeit noch Nebenwirkungsprofile direkt gegenüberstellen. In einem systematischen Review wurden die beiden Substanzen jedoch indirekt miteinander verglichen. Fazit der Autoren: Die Zulassungsstudien von Enzalutamid und Apalutamid haben sehr ähnliche Ergebnisse zur Wirksamkeit geliefert. Das unterstreicht die Aussagekraft dieser Daten. Bei den Nebenwirkungsprofilen von Apalutamid und Enzalutamid zeigten sich Unterschiede im Hinblick auf schwere unerwünschte Ereignisse (\geq Grad 3): Während unter Apalutamid häufiger schwere Hautausschläge verglichen mit Placebo auftraten, war es unter Enzalutamid häufiger schwere Fatigue. Beide Substanzen haben im Vergleich zu Placebo häufiger zu schwerer Hypertonie (= Bluthochdruck) geführt.

Verwandter Wirkstoff: Enzalutamid

Enzalutamid ist ebenfalls ein Antiandrogen der neuen Generation und hat dasselbe pharmakologische Wirkprinzip wie Apalutamid. Enzalutamid wird bereits seit 2013 bei Prostatakrebs angewendet. Seit Oktober 2018 ist Enzalutamid für das nicht-metastasierte, kastrationsresistente Prostatakarzinom zugelassen.

Expertenmeinungen: Was bedeutet die Zulassung für die Praxis?

Die neuen Medikamente Apalutamid und Enzalutamid zur Behandlung von Patienten mit nicht-metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom werden in den ärztlichen Leitlinien noch nicht erwähnt: Bisher empfiehlt die deutsche S3-Leitlinie zur Behandlung des Prostatakarzinoms den Betroffenen ein abwartendes Vorgehen unter Beibehaltung der bisherigen Hormonenzugstherapie. Die europäische urologische Fachgesellschaft (EAU) empfiehlt, in dieser Situation eine medikamentöse Therapie nur im Rahmen von klinischen Studien umzustellen. Aufgrund der begrenzten therapeutischen Möglichkeiten begrüßen Fachleute neue Optionen für diese Indikation. Da Patienten ohne Metastasen aber in der Regel noch beschwerdefrei sind, warnen Experten vor einem unkritischen Ein-

satz von Apalutamid bei Patienten mit einer langen PSA-Verdopplungszeit. Hier ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis noch unklar.

Weitere Entwicklung offen

Die Neuzulassung von Apalutamid betrifft nur einen kleinen Anteil der Prostatakrebspatienten. Wird bei einem PSA-Anstieg die klassische Bildgebung wie Computertomographie oder Skelettszintigraphie für die Suche nach Metastasen eingesetzt, schätzen Experten die Prävalenz (= Krankheitshäufigkeit) des nicht-metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms in der EU auf 7 %. Mit Nutzung sensitiverer Verfahren, wie der MRT und

PSMA-PET/CT, ist zu erwarten, dass häufiger auch sehr kleine Metastasen gefunden werden. Die Folge: Die Diagnose nicht-metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom wird künftig seltener gestellt. Damit bleibt noch offen, wie sich Apalutamid in Zukunft in den Therapiealgorithmus des fortgeschrittenen kastrationsresistenten Prostatakarzinoms einreihen wird. Fachleute fordern mehr Studienergebnisse, um die Patienten herausfiltern zu können, die von einer Therapie mit Apalutamid profitieren.

Zum Weiterlesen: Verwendete Quellen und vertiefende Informationen unter <http://b-p-s.link/b58>

Quelle: Krebsinformationsdienst, Januar 2019

18-monatige Hormonentzugstherapie nach Bestrahlung kann bei Hochrisiko-Prostatakrebs ausreichen

Eine Behandlungsoption bei Patienten mit fortgeschrittenen oder Hochrisiko-Tumoren ohne Lymphknotenbefall oder Metastasen (cT3- cT4-Tumoren, PSA > 20ng/ml oder Gleason \geq 8), ist die Strahlentherapie mit Langzeit-Hormonentzugstherapie. Während die Strahlentherapie relativ gut vertragen wird, treten bei vielen Patienten Probleme unter der Hormonentzugstherapie aus. Wie eine aktuelle Studie zeigt, kann die Therapie in diesen Fällen von 36 auf 18 Monate verkürzt werden – ohne dass dadurch das Gesamtüberleben beeinträchtigt wird.

Etwa drei von vier Prostatatumoren werden in einem frühen Stadium diagnostiziert. Doch bei einem Viertel der fast 65.000 Männer, die pro Jahr in Deutschland die Diagnose Prostatakrebs erhalten, ist der Tumor schon weiter vorangeschritten.

Patienten der oben genannten Gruppen können grundsätzlich zwischen zwei gleichwertigen Erstbehandlungswegen wählen: Strahlentherapie kombiniert mit einer Hormonentzugstherapie ODER Operation. Als Nebenwirkungen der Strahlentherapie können allerdings bei etwa 3 von 100 behandelten Patienten schwere Blasen- oder Enddarmrentzündungen auftreten. Nachteil der

Operation ist das höhere Risiko, nach dem Eingriff impotent oder inkontinent zu bleiben. Dieses Risiko besteht zwar grundsätzlich auch nach der Strahlentherapie, ist aber deutlich geringer als nach der operativen Prostataentfernung.

„Die Strahlentherapie ist also verhältnismäßig sanft und mit weniger Langzeitfolgen verbunden“, erklärt DEGRO-Pressesprecherin, Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Combs, Direktorin der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München. „Der Grund ist, dass bei der Strahlentherapie das Bestrahlungsfeld millimetergenau an den Tumor angepasst wird. Das ermöglicht, dass der Tumor selbst mit hohen Strahlendosen behandelt werden kann, das umliegende Gewebe aber geschont wird. Man nennt das Verfahren intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT), sie ist derzeit der Behandlungsstandard.“

Hormonentzugstherapie nach Bestrahlung: Halbe Dauer führte nicht zu einem kürzeren Überleben

Kombiniert mit einer Strahlentherapie wird für diese Hochrisiko-Patienten immer eine Hormont-

zugstherapie empfohlen. Bis dato gilt als Therapiestandard, diese medikamentöse Therapie nach Möglichkeit über 36 Monate, mindestens aber über 24 Monate durchzuführen. Sehr häufig wird die Hormonenzugstherapie allerdings aufgrund von Nebenwirkungen nicht gut toleriert, da sie oft u.a. zu Hitzewallungen, depressiven Verstimmungen und vermindertem sexuellen Interesse/sexueller Aktivität durch den Testosteronabfall führen kann. Die Patienten empfinden die Therapie dann im Hinblick auf die Lebensqualität als stark beeinträchtigend.

Eine große randomisierte Phase-III-Studie zeigte im Herbst 2018, dass bei diesen Männern auch eine Verkürzung der Therapie erwogen werden kann. 630 Patienten erhielten zunächst vier Monate eine Hormonenzugstherapie und eine Strahlentherapie der Prostata und der Lymphabflusswege (44 Gy in 22 Fraktionen) und wurden anschließend randomisiert. Sie erhielten eine Fortsetzung der Prostatabestrahlung (insgesamt 70 Gy in 35 Fraktionen) und eine Hormonenzugstherapie entweder für weitere 32 oder weitere 14 Monate (Gesamtdauer der Hormonenzugstherapie: 36- oder 18-Monate). Primärer Endpunkte waren das Gesamtüberleben und die Lebensqualität.

Wie sich im Ergebnis zeigte, wies die „Langzeit-Hormonenzugsgruppe“ nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 9,4 Jahren kein höheres Gesamtüberleben auf ($p=0,8$), auch im Hinblick auf das krankheitsspezifische Überleben zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,8$), allerdings waren in der Kurzzeitgruppe die

PSA-Rückfälle signifikant häufiger. Bezüglich der Lebensqualität profitierten die Patienten in Bezug auf verschiedene Parameter von der kürzeren Hormonenzugstherapie signifikant: Es traten weniger körperliche Schwächen und Fatigue-Fälle, auch weniger Fälle von Pflegebedürftigkeit auf, zudem signifikant weniger emotionale, soziale und sexuelle Beeinträchtigungen.

„Das Ergebnis zeigt uns, dass wir bei Männern mit lokal fortgeschrittenem oder Hochrisiko-Prostatakarzinom die Therapiedauer der Hormonenzugstherapie auf 18 Monate verkürzen können, ohne ihre Überlebensprognose zu beeinträchtigen. Es muss aber festgestellt werden, dass junge Prostatakrebspatienten mit einer Lebenserwartung von deutlich über zehn Jahren von einer Langzeithormontherapie von mehr als 18 Monaten eventuell profitieren, da die Nachbeobachtungszeit von knapp zehn Jahren in der vorliegenden Studie für diese Patienten noch nicht ausreichend lang ist und die PSA-Rückfallrate nach 10 Jahren in der Gruppe der 18-monatigen Hormonenzugstherapie signifikant höher war. Die Lebensqualität als wichtiges Kriterium für die Bewertung von Krebstherapien wird durch eine Verkürzung der Behandlungszeit auf 18 Monate signifikant verbessert, ohne das Überleben zu kompromittieren“, erklärt Priv. Doz. Dr. med. Dirk Böhmer, stellv. Klinikdirektor und Leitender Oberarzt der Klinik für Radioonkologie, Charité Universitätsmedizin, Campus Benjamin Franklin.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V., Januar 2019

Präzisionsbestrahlung bei Prostatakrebs: HYPOSTAT-Studie erfolgreich beendet – HYPOSTAT-II-Studie knüpft nahtlos an

Bei jedem zehnten Mann über 50 wird in Deutschland mittlerweile ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Das macht Prostatakrebs zur häufigsten Krebserkrankung des Mannes. Kein Wunder also, dass sich aktuell mehrere deutschlandweite Studien mit einer Einschätzung und Verbesserung be-

stehender und neuer Therapiemethoden für diese Krebsart beschäftigen. Die von den Universitätskliniken Schleswig-Holstein (UKSH) und Frankfurt (KGU), sowie den Saphir Radiochirurgie Zentren und dem europäischen CyberKnife Zentrum München-Großhadern durchgeführte HYPOSTAT-Stu-

die hatte sich genau mit dem Thema beschäftigt und konnte Anfang Dezember 2018 die Rekrutierung der geplanten 85 Patienten erfolgreich abschließen. Die HYPOSTAT-Studie befasste sich als erste und bisher einzige Studie in Deutschland mit einer neuen Form der kurzzeitigen hochdosierten Radiochirurgie mithilfe eines robotergestützten Linearbeschleunigers für die Behandlung von Prostatakarzinomen, dem sogenannten „CyberKnife“. Im Rahmen der HYPOSTAT-Studie wird die Prostata mit dem CyberKnife mit besonderer Präzision bestrahlt und die Gesamtzahl der Einzelbestrahlungen auf fünf Sitzungen innerhalb ein bis zwei Wochen reduziert.

Dabei ist die extrem hypofraktionierte Radiochirurgie beim Prostatakrebs kein neues Behandlungskonzept. Bereits seit über 15 Jahren wird in den USA aktiv diese Behandlungstechnik geprüft, die auf der Annahme basiert, dass eine hochdosierte kurzzeitige Strahlentherapie für die Prostata biologisch vorteilhafter ist als eine konventionelle fraktionierte Strahlentherapie. Diese Annahmen beruhen auch auf den guten Ergebnissen der Hochdosis-Brachytherapie aus dem UKSH, Campus Kiel, seit den 1990er-Jahren. Anfang 2019 wurden nun Langzeitdaten zur CyberKnife Radiochirurgie aus den USA mit über 2.000 Patienten publiziert. Die 7-Jahres-Prostatakrebs-Kontrolle lag bei 85-95 Prozent je nach Risikoeinteilung bei deutlich unter 1 Prozent akuten und deutlich unter 3 Prozent langzeitigen klinisch relevanten Nebenwirkungen. Hier scheint sich nun der biologische Vorteil der Radiochirurgie im Verhältnis zu vielen anderen konventionellen Bestrahlungstechniken zu bewahrheiten. Die Daten aus den USA haben jetzt dazu geführt, dass die hypofraktionierte Radiochirurgie beim Prostatakrebs ein fester Bestandteil der amerikanischen Leitlinien ist und auch in Deutschland wurde in der S3-Leitlinie für die Behandlung von Prostata Tumoren die Erprobung der Radiochirurgie in klinischen Studien ausdrücklich empfohlen.

Neben den guten Ergebnissen aus den USA wurde kürzlich auch die Rekrutierung für den ersten Arm der PACE-Studie aus England beendet, die

randomisiert Radiochirurgie mit konventionell fraktionierter Strahlentherapie und in einem anderen Studienarm sogar mit Operation direkt vergleicht. „Wir erwarten mit Spannung die Ergebnisse von über 850 behandelten Patienten in dieser Studie, die mit großer Wahrscheinlichkeit einen signifikanten Einfluss auf die Leitlinien haben wird“, sagt Prof. Dr. Jürgen Dunst, Direktor der Klinik für Strahlentherapie am UKSH und der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und HYPOSTAT-Studienleiter. „Wir stehen in Deutschland leider erst am Anfang, aber wir können berichten, dass in unserer ersten Studie alle Patienten sehr zufrieden waren. Die Nebenwirkungen sind erwartungsgemäß gering ausgefallen, bei gleichzeitigem guten Ansprechen auf die Tumorerkrankung“, so Prof. Dunst in Einklang mit Prof. Dr. Alexander Muacevic vom europäischen CyberKnife Zentrum München-Großhadern, Co-Studienleiter für die Nachfolgestudie.

Erste Ergebnisse der HYPOSTAT-I Studie sind Ende 2019 zu erwarten, da jeder Patient in der Studie eine Mindestnachsorgezeit von zwölf Monaten erreichen muss. Parallel zur Auswertung der HYPOSTAT-I Studie wurde eine größere Studie, die nun auch die Langzeitwirkung der Radiochirurgie für Prostata-Tumore in Deutschland untersuchen soll, gestartet. Da diese Studie vom Konzept und Behandlung identisch mit der ersten Studie ist, wurde diese HYPOSTAT-II getauft und 500 Patienten sollen eingeschlossen werden. „Die Studie wurde vom Bundesamt für Strahlenschutz und von der führenden Ethikkommission in Kiel freigegeben und am 5.3.2019 offiziell in Kiel gestartet, so dass wir eine nahezu nahtlose Weiterführung für die Radiochirurgie für Prostata-Tumore in Deutschland gewährleisten konnten“, sagt Dr. Oliver Blanck, Studienkoordination der beiden HYPOSTAT-Studien. „Zudem starten wir nun die Studie mit fünf Radiochirurgie Zentren in Kiel/Güstrow, Frankfurt, München, Berlin und Köln gleichzeitig, um so die Prostata-Radiochirurgie in Deutschland flächendeckend und langfristig zu evaluieren“, so Dr. Blanck weiter.

Quelle: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Auf dem Weg zu einer personalisierten Medizin mit Ausblick auf die Zukunft

– ein Beitrag für Leser mit fortgeschrittenen Kenntnissen und Interesse an der Bedeutung der Genomforschung für die Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms

Von Bernd Troche, Vorsitzender des Landesverbands Prostatakrebs NRW

Das menschliche Genom gilt inzwischen als entschlüsselt. Genmutationen, die zu Krebs im Allgemeinen und zu Prostatakrebs im Besonderen führen, gilt seit einigen Jahren ein ganz besonders Interesse von Forschern und Medizinern, weil – so die Hoffnung – die „Gießkannenmedizin“ der Vergangenheit angehören und der Silberstreifen einer personalisierten Therapie des Prostatakrebses, einschließlich der sich entwickelnden Immuntherapie, am Horizont klarere Konturen gewinnen könnten.

Nachfolgend wird versucht, einige vorläufige Meilensteine und Instrumente mit ihrer Geschichte, ihren Ergebnissen und ihrer Bedeutung vorzustellen.

Molekulare Profilierung

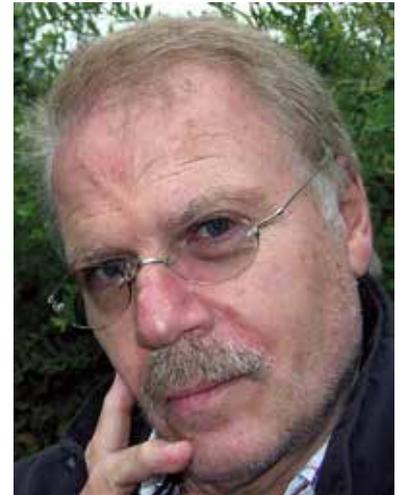
Das molekulare Profil der Tumorzellen des Prostatakrebses („Prostatakrebs Methylom“) gibt Aufschluss über die Aggressivität und Metastasierungsfähigkeit des Prostatakrebses und untersucht, wie Proteine (z. B. das BAZ2A) Gene regulieren, das metastatische Potential der Tumorzellen und damit die Krankheitsprogression bestimmen. Die Molekularbiologie und damit auch die Molekularpathologie entwickelt sich so schnell wie kaum ein anderer Zweig der Biowissenschaften, die mit modernen Methoden wie dem „Next Generation Sequencing“ (das die „schwerfällige“ Sanger-Sequenzierung abgelöst hat) die Analyse von Keimbahnmutationen (diese werden vererbt) oder somatischen Mutationen (wirken nur im betroffenen Organismus) rasant vorantreibt.

Auch für die Prädiktion ist eine massive parallele Sequenzierung von Millionen DNA-Fragmenten enorm wichtig, kann sie doch im Tumorgewebe Zielmoleküle prätherapeutisch identifizieren.

Human Genome Project, ICGC, Cancer Genome Atlas

Im Epigenom sind die Geheimnisse unseres Lebens und des Spezialisierungspotentials unserer Zellen verschlüsselt. So wurde das Human Genome Project, finanziert durch die amerikanischen National Institutes of Health („Roadmap Epigenomics Mapping Consortium“) 1984 mit dem Ziel ins Leben gerufen, eine öffentliche Ressource für epigenomische Daten des Menschen zu schaffen, um grundlegende biologische und krankheitsorientierte Forschung zu katalysieren. So entstand eine wichtige öffentliche Quelle epigenomischer Karten, die u.a. aufzeigen, wie Krebs entsteht und aus welchem normalen Gewebe er entstanden ist. Das ist deshalb wichtig, weil die Kenntnis der Herkunft von Metastasen auch Erkenntnisse über den Primärtumor liefern kann und das Ansprechen auf eine bestimmte Therapie besser vorausgesagt werden kann.

Das Projekt war nicht in der Lage, die gesamte DNA menschlicher Zellen zu sequenzieren. Es sequenzierte nur „euchromatische“ Regionen des Genoms (Hauptteil des Chromosoms, von wo aus die genetischen Informationen weitergegeben werden) die 92 % des menschlichen Genoms ausmachen. Das International Cancer Genome Consortium (ICGC) sowie der Cancer Genome Atlas (TCGA) wurden ins Leben gerufen, um eine große Anzahl von Forschungsprojekten zu starten und zu koordinieren, deren gemeinsames Ziel es ist, die genomischen Veränderungen in vielen Krebsarten, die zur Krankheitslast bei Menschen auf der ganzen Welt beitragen, umfassend aufzuklären.



© privat

Die primären Ziele des ICGC sind die Erstellung umfassender Kataloge genomischer Anomalien (somatische Mutationen, abnormale Genexpression, epigenetische Modifikationen) in Tumoren von 50 verschiedenen Krebsarten und/oder Subtypen, die der gesamten Forschungsgemeinschaft so schnell wie möglich und mit minimalen Einschränkungen zur Verfügung stehen, um die Erforschung der Ursachen und der Bekämpfung von Krebs zu beschleunigen. 13 Hochschulen und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen, wie das DKFZ, das Max-Planck-Institut etc. haben u.a. an der Genomkarte von frühen Prostatakrebskrankungen gearbeitet.

Inzwischen sind über 30.000 Tumore hinsichtlich DNA- und RNA-Expressionen analysiert worden, so dass von der Prostate Cancer Group (PAN) immerhin gewisse allgemein gültige Pathways (z.B. BRCA und TP53) in einer überschaubaren therapielevanten Anzahl für das primäre Prostatakarzinom abgeleitet werden konnten.

Diese Identifikation Entitäten-übergreifender Pathways haben immerhin dazu geführt, dass 30 % der untersuchten Prostatakrebspatienten auf ein bereits auf dem Markt befindliches Präparat (Olaparib) angesprochen haben.

Diese Identifikation Entitäten-übergreifender Pathways haben immerhin dazu geführt, dass 30 % der untersuchten Prostatakrebspatienten auf ein bereits auf dem Markt befindliches Präparat (Olaparib) angesprochen haben. Es wird vermutet, dass 90 % aller Prostatakrebspatienten für bereits auf dem Markt befindliche Therapeutika geeignet sein könnten. Im selben Atemzug muss jedoch gesagt werden, dass bei diesen Patienten zwar einzelne Endpunkte wie das progressionsfreie Überleben oder die Schmerzsymptomatik oder das Überleben verlängert werden kann, von einer Heilung kann jedoch (noch?) nicht die Rede sein, da ohne oder mit Therapie der Anpassungs- und Resistenzmechanismus der Tumorzellen noch nicht außer Kraft gesetzt werden kann.

Aufgrund der Heterogenität der Prostatakrebszellen, die im Zeitablauf der Behandlung tendenziell zunimmt und mit der Metastasierung weiter wächst, ist es therapeutisch vorteilhaft, den Tumor möglichst früh zu „erwischen“ oder Modelle zu entwickeln, die die Entwicklung von verschiedenen Mutationen abbilden und vorhersagen.

„Cell“ –Publikation (April 2018)

Eine neuere Veröffentlichung in „Cell“ von April 2018 („Origin Patterns Dominate the Molecular Classification of 10.000 Tumors from 33 Types of Cancer“, Peter Laird et al.) kam zu folgender Zusammenfassung: „Im Cancer Genome Atlas (TCGA) wurden umfassende molekulare Analysen kompletter Tumorprofile durchgeführt (etwa 10.000 Proben von 33 Krebsarten). Es wurden molekulare Cluster mit Daten zu Aneuploidie auf Chromosomen-Arm-Ebene, DNA-Hypermethylierung, mRNA („messenger RNA“) - und miRNA („micro RNA“) -Expressionsniveaus und Reverse-Phase-Protein-Arrays durchgeführt, von denen alle- mit Ausnahme der aneuploiden Muster-Clusterbildungen vorwiegend nach Histologie, Gewebetyp oder Anatomie zeigten. Der Einfluss des Zelltyps war bei DNA-Methylierungs-Clustern offensichtlich. Ein integratives Clustering betonte weiterhin die dominante Rolle von Ursprungszellen. Molekulare Ähnlichkeiten zwischen histologisch oder anatomisch verwandten Krebstypen bieten eine Grundlage für gezielte Pan-Krebs-Analysen, wie pan-gastrointestinale, pan-gynäkologische, pan-Nieren- und pan-Plattenepithelkarzinome sowie solche, die über Stammzellenmerkmale verwandt sind“.

Das Fazit dieses „Flagship Papers“ (5 weitere „companion papers“):

- Die Ursprungszelle beeinflusst die Tumorklassifizierung, bestimmt sie jedoch nicht vollständig
- Immune Merkmale und Kopienzahlaberrationen definieren die meisten gemischten Tumorgruppen
- Multi-Krebs-Gruppen zeigen neue Funktionen mit potenziellem klinischen Nutzen.

Die Ergebnisse geben einen bisher nie dagewesenen Einblick in die Genetik von Krebs und bestätigen die Annahme, dass man Tumore nicht mehr nur nach ihrem Fundort alle gleich behandeln darf, sondern anhand ihres genetischen Profils.

► Fortsetzung (mit Glossar und Zusammenfassung) im BPS-Magazin 2/2019

Staffelübergabe im Landesverband Bayern

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

Vom 18. bis 20. März 2019 trafen sich die Sprecher der Regional- und Landesverbände und deren Vertreter in Halle (Saale) zum jährlichen Erfahrungsaustausch. Auf der Agenda standen die gemeinsamen Interessen des Verbundes. Bei diesem Treffen wurden u.a. die Themen „Vereinsfibel“, „Vorstandswahlen“, „Datenschutzverordnung“, „Patientenversion des REHA-Standards“ und die „Kooperation mit Prostatakrebszentren“ besprochen und intensiv diskutiert.

Für den Vorstand im Landesverband Bayern gab es an der Spitze einen Wechsel: Werner Seelig wird sich bei der kommenden Wahl für eine Aufgabe im Vorstand des BPS bewerben. Aus diesem Grund ist er als Vorsitzender des Landesverbandes Bayern zurückgetreten. Sein Amt übernimmt Christian Geltl. Dieser Wechsel wurde beim Landesverband Bayern kommuniziert.



Werner Seelig übergibt an Christian Geltl, © H. A. Kurtz

Der Verbund wünscht beiden viel Glück und weiterhin viel Erfolg bei der Aufgabenerfüllung der für den BPS wichtigen Funktionen.

15 Jahre erfolgreiche ehrenamtliche Tätigkeit

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

Reinhard Schalla gibt den Vorsitz der Selbsthilfegruppe Braunschweig nach 15 Jahren sehr erfolgreicher ehrenamtlicher Tätigkeiten ab.

Reinhard hat beim Aufbau der BPS-Hotline mitgewirkt. Er hat in den Jahren seiner ehrenamtlichen Tätigkeit die Zertifizierung mit dem Klinikum Braunschweig ins Leben gerufen und regelmäßig an Tumorkonferenzen teilgenommen. Wie erfolgreich diese Tätigkeit war, zeigt die Tatsache, dass Reinhard von Prof. Dr. Hoffmann und Prof. Dr. Hammerer zum „Ehrenurologen“ ernannt wurde.

Reinhard war viele Jahre bei der BPS-Mitgliederversammlung als Versammlungsleiter tätig, hat die Morgenandacht durchgeführt und die Teilnehmer mit dem Reisesegen verabschiedet.

Die Selbsthilfegruppe Braunschweig hat Reinhard im April 2018 zu ihrem Ehrenvorsitzenden ernannt.

Das zeigt die Wertschätzung der Basis für den Einsatz von Reinhard.



(von links) Prof. Dr. Hoffmann, Reinhard Schalla, Prof. Dr. Hammerer, © H. A. Kurtz

Der Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e. V. hat die ruhige und immer auf Ausgleich bemühte Art von Reinhard sehr geschätzt. In der schwierigen Zeit der Konsolidierung in Niedersachsen hat Reinhard so gehan-

delt und dabei das Wesentliche im Blick gehabt.

Mit Blick auf seine Verdienste hat der Regionalverband Reinhard die Ehrenurkunde des Verbandes überreicht, verbunden mit Glückwünschen und weitere gesunde und erfüllte Jahre.

10 Jahre DRK Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Luckenwalde

Von Peter Glief, Leiter der DRK Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Luckenwalde

Anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens hatten die Mitglieder der Luckenwalder Selbsthilfegruppe gemeinsam mit dem Seniorenbeirat der Stadt zu einer etwas anderen Form der monatlichen Zusammenkunft am 18. Oktober 2018 eingeladen.

Zur Einstimmung begrüßte uns der DRK-Chor Luckenwalde mit bekannten Liedern, die zum Mitsingen und zum Mitschunkeln verleiteten. Danach konnten wir Vertreter der Kreisverwaltung, der Stadtverwaltung, des Seniorenbeirates und anderer Luckenwalder Selbsthilfegruppen begrüßen.



Peter Glief, SHG-Leiter, bei der Begrüßung der Teilnehmer, © P. Glief

Besonders gefreut haben wir uns über den Besuch von Rüdiger Bolze, Vorsitzender des Regionalverbandes (RNBPS), und von Jens-Peter Zacharias, langjähriger Patientenvertreter des BPS im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Nicht zuletzt war die Anwesenheit von Mitgliedern der Prostatakrebs Selbsthilfegruppen aus Potsdam

und Königs-Wusterhausen Ausdruck für die Wertschätzung unserer gemeinsamen Arbeit. Unter ihnen war auch Gerd Hübner, dem wir gemeinsam mit dem Leiter der Potsdamer Selbsthilfegruppe für seine Pionierarbeit bei der Gründung unserer beiden Gruppen danken konnten.

Zu der Zusammenkunft hatten wir Vertreter des in diesem Jahr neu entstandenen Hospizes „Hand in Hand“ in Luckenwalde gebeten, diese Einrichtung vorzustellen. Seine Leiterin vermittelte einen anschaulichen Einblick in die Tätigkeit ihrer Mitarbeiter bei der Betreuung der Gäste in diesem Haus.

Nach einem kurzen musikalischen Zwischenspiel durch den Sänger Steffen Jäckel schilderte Frau Oberärztin Dipl. Med. Kloss die Entwicklung der Urologie im Allgemeinen und besonders am DRK-Krankenhaus. Mit Stolz konnte sie berichten, dass in Luckenwalde im Jahr 2010 das erste von bisher nur zwei Prostatakrebszentren im Land Brandenburg zertifiziert wurde. Unter Leitung von Chefarzt Dr. Klaus Schenke war seitdem die Rezertifizierung immer wieder erfolgreich – unter anderem auch, weil dort jährlich zwischen 80 und 100 Prostataektomien erfolgreich durchgeführt werden.

Im Anschluss an die beiden Vorträge blieb noch Zeit für Gespräche bei einem Imbiss. Die gesamte Veranstaltung stand im Zeichen der Kooperation mit dem Seniorenbeirat der Stadt, dem Prostatakarzinomzentrum Luckenwalde und dem Kreisverband Fläming-Spreewald des DRK, für deren Unterstützung wir uns herzlich bedanken und die wir gerne weiterführen werden.

20 Jahre Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung

Von Dieter Schäfer, Mitglied der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung

Zu einem Festakt anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung wurde in die Bibliothek der DKD Helios Klinik Wiesbaden eingeladen. Neben zahlreichen Mitgliedern (teils mit ihren Frauen) konnte der Ansprechpartner der Gruppe, Wolfgang Jacob, Stadträtin Dr. Doris Jentsch, die in Vertretung des Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt Wiesbaden erschienen war, und den Bundesvorsitzenden des BPS, Günter Feick, herzlich begrüßen. Sein weiterer Gruß galt den Ärzten Prof. Dr. med. Prott (Radiologe), Dr. med. Walter Müller (Urologe), der Vertreterin des Gesundheitsamtes Wiesbaden, weiteren Vertretern von Selbsthilfegruppen (hier insbesondere der Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs), der Vertreterin des Nordwestkrankenhauses Frankfurt a. M. (mit dem ein Kooperationsabkommen besteht) sowie Pfarrerin D. Hess, von der Evangelischen Versöhnungsgemeinde, in deren Räumlichkeiten die Wiesbadener Gruppe regelmäßig ihre Treffen abhält. Die Gruppe, so Jacob, sehe ihre Aufgabe nicht nur in der Vermittlung von Informationen durch regelmäßige Vorträge, sondern auch in der Beratung der Patienten – oftmals auch als Hilfe zur Entscheidungsfindung vor Behandlungsoptionen. In diesem Zusammenhang bedauerte Wolfgang Jacob die fehlende Resonanz des Ausländerbeirates der Stadt Wiesbaden auf bestehende Angebote zur Zusammenarbeit sowie

die Tatsache, dass seitens der Stadt Wiesbaden die Initiative der Gruppe auf Aufstellung von Hygienebehältern in städtischen Liegenschaften teilweise nicht realisiert wurde. Seinen besonderen Dank sprach er den Ehefrauen, Lebensgefährtinnen und Familien der Männer aus für die Unterstützung in oft schwierigen Situationen.

In ihrem Festvortrag führte die Stadträtin Dr. Doris Jentsch aus, dass die Stadt Wiesbaden sich der Tatsache erfreut, dass es mehr als 100 Selbsthilfegruppen im Stadtbereich Wiesbaden gibt, wobei die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe eine der rührigsten sei. Dass die Arbeit dieser Gruppe über die Grenzen von Wiesbaden hinaus bekannt wurde, zeigte die Ehrung durch die Marion & Bernd Wegener-Stiftung im Jahre 2018.

Eine Motivation für die Arbeit in der Selbsthilfegruppe, so Dr. Jentsch, sei auch die Übernahme von Verantwortung, gesammeltes Wissen und eigene Erfahrungen weiterzugeben und Probleme der Erkrankung in die Öffentlichkeit zu tragen. So habe sie auch den Dank des Oberbürgermeisters zu übermitteln für das soziale Engagement der Gruppe, das als Grundpfeiler in unserem Sozialsystem anzusehen sei und wünschte der Gruppe weiter viel Erfolg bei der gestellten Aufgabe.

Der Vorsitzende des BPS, Günter Feick, überbrachte Grüße des Bundesvorstands und dankte der Gruppe für die gemeinsamen Jahre der guten

Vordere rechte Reihe (von links)
Wolfgang Jacob (SHG Wiesbaden),
Günter Feick (Bundesvorsitzender
des BPS), Stadträtin Dr. Doris Jentsch
(Landeshauptstadt Wiesbaden) Frau
Baecker (Nordwestkrankenhaus Frank-
furt a.M.), Frau Fiala (Frauenselbsthilfe
nach Krebs Wiesbaden), © G. Drosdzol



Zusammenarbeit. Sein Dank galt nicht nur dem Vorsitzenden, Wolfgang Jacob, sondern auch dessen Ehefrau, die diese ehrenamtliche Tätigkeit mitgetragen und „ertragen“ hat. In 240 Prostatakrebs Selbsthilfegruppen in Deutschland erfolgt diese Arbeit – ausschließlich ehrenamtlich, so Günter Feick.

In seinem Beitrag „Behandlung des Prostatakrebses im Wandel der Zeit – Erkenntnisse zum jetzigen Zeitpunkt“ gab er einen geschichtlichen Überblick zum Prostatakrebs und dessen Behandlungsmöglichkeiten, beleuchtete die Entstehung, Häufigkeit und Früherkennung dieser Erkrankung anhand von Beispielen in nördlichen und südlichen Ländern, die Lebensweise (wie mediterrane Kost usw.), Bewegung, genetische Aspekte und Alter. Sein Hauptaugenmerk richtete Feick auf die Früherkennung und die hieraus folgenden Heilungschancen der Patienten. Die Diagnose erfolgt nach den urologischen Leitlinien und interessant war zu erfahren, dass die Subventionen im Bundeshaus-

halt im Jahre 2000 für die Tabakwerbung doppelt so hoch waren wie die Fördermittel für die Prostatakrebsforschung!

Die Forderung des BPS auf Einrichtung von zertifizierten Prostatakrebszentren sei notwendig, um eine flächendeckende und komplexe medizinische Versorgung der an Prostatakrebs erkrankten Patienten sicherzustellen. Die für die Patientenversorgung beim BPS eingerichtete Hotline wird regelmäßig kontaktiert (keine medizinische oder juristische Beratung) und kann als voller Erfolg bezeichnet werden.

Auch die Leitlinienkommission der Deutschen Krebsgesellschaft, so Feick, habe in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die Entwicklung, Fortschreibung und den Einsatz evidenzbasierter und praktikabler Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen mit dem Ziel: „Messen – Berichten – Vergleichen“.

Die Veranstaltung wurde vom Club der Akkordeonfreunde Wiesbaden e.V. musikalisch umrahmt.

Laudatio zum 15-jährigen Bestehen der SHG Coburg

Von Wolfgang Schüppler, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Coburg

Die SHG Prostatakrebs Coburg konnte im Dezember 2018 auf ihr 15-jähriges Bestehen zurückblicken. Der Rahmen dieser Veranstaltung war dem Anlass entsprechend feierlich. Ein treuer Teilnehmer der SHG Coburg verfasste nachfolgende Laudatio: „Im Jahre 2003 gefiel es einem Urologen, den bis zu diesem Zeitpunkt nahezu unbekanntem Gedanken der Selbsthilfe Leben einzuhauchen. Er handelte sich sogleich den Neid seiner Kollegen ein, die eine Abwerbung der eigenen Patienten befürchteten. Dennoch: Der erste SHG-Leiter erhielt von besagtem Urologen auch den Hinweis auf die Initiative einer Interessengruppe, die derartige Bemühungen unterstützen würden; das waren die Gründungsmitglieder des heutigen BPS.

Mit einigen „Selbsthilfegruppengründungswilligen“ begann man sich im 6-wöchigen Turnus in Räumen der Stadt Coburg zu treffen. Dabei war

der Charakter der Treffen anfangs durchaus familiär. Mitunter bei Kaffee und Kuchen begann man fachspezifische Gespräche zu führen.

Sehr schnell wuchs jedoch die Teilnehmerzahl – offensichtlich war entsprechender Bedarf vorhanden – von fünf auf über 40 Personen innerhalb eines Jahres und an die gemütliche Kaffeerunde war nicht mehr zu denken. Man wurde zum fachkundigen Gesprächskreis, um Arztgespräche auf Augenhöhe führen zu können.

Die Männer der ersten Stunde waren: Edgar Gagel, Dr. Glaser, Walter Zucker, Edmund Fischer – und ab September 2003 Hans-Georg Zapf. Im Laufe dieses Jahres stieß auch unser heutiger SHG-Leiter in diesen illustren Fachkreis. Die ersten Treffen wurden von unserem Urologen und Gründer dieser SHG geprägt. Darüber hinaus lud man verschiedene Referenten zur Erörterung spezieller Themen ein.

Inzwischen haben wir wohl den goldenen Mittelweg gefunden. Etwa 2/3 der Gruppennachmittage werden durch die Teilnehmer gestaltet. Erfahrungsaustausch steht hierbei im Vordergrund. Zwei bis drei Vorträge im Jahr von Spezialisten, Ärzten oder Therapeuten runden unseren Informationsbedarf ab.

Dank der Mitarbeit aller Teilnehmer sind unsere Treffen immer sehr vielfältig und abwechslungsreich. Langeweile oder besser gesagt, frühzeitiges Beenden der Gruppentreffen fand nie statt. In diesem Sinne wünsche ich uns allen weiterhin erfolgreiche Zusammenarbeit für die Zukunft und ein kräftiges „Weiter so“.

Aktivitäten der SHG Marburg und Umgebung

Von Hans-Werner Biehn, Leiter der Selbsthilfegruppe Marburg und Umgebung

Diskussion über Chancen der „Liquid Biopsy“

Ein Team von Prof. Katharina Pachmann, Bayreuth, erläuterte 83 Männern und Frauen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Marburg und Umgebung die neuesten Entwicklungen bei der Erkennung und Analyse zirkulierender Tumorzellen. Hierzu gehört das Verfahren „liquid biopsy“ - Biopsie aus dem Blut. Damit lässt sich die Entwicklung einer Krebserkrankung erkennen und individuelle Wirksamkeiten von Medikamenten vorhersagen. Die genetische Analyse der zirkulierenden Tumorzellen bietet auch Ansätze für die Entwicklung neuer Krebsmedikamente.

Einer unserer Männer lässt seine Blutwerte so seit Jahren kontrollieren und die Therapie wird auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen abgestimmt. Damit macht er gute Erfahrungen. Ein anderer Mann unserer Gruppe war bis zu seiner Erkrankung Leiter eines Zulassungslabors für Medikamente bestätigte in Gesprächen, dass dies ein vielversprechender Ansatz sei.

Deshalb war die Erwartung an den von Daniel Lux gehaltenen Vortrag und die anschließende Diskussion mit dem Team von Frau Prof. Pachmann hoch. Unsere Gruppe beschloss, weiter in Kontakt zu bleiben, um die aktuellen Entwicklungen der „liquid biopsy“ unmittelbar verfolgen zu können.

Workshop mit Tanz

Im Februar 2019 hat die SHG Marburg und Umgebung mit Frau Prof. Dr. Hübner und ihrem Team in Marburg einen Workshop aus einer Kombinati-

on von Vorträgen, Gesprächen und Tanzsportelementen durchgeführt.

Die Workshopreihe, die durch die Stiftung Perspektiven initiiert wurde, richtet sich an Patienten und ihre Angehörigen, die sich in laienverständlichen Vorträgen über wichtige Themen bei einer Krebserkrankung informieren wollen und gleichzeitig eine für viele neue Art der körperlichen Aktivität kennen lernen möchten, nämlich den Tanz in Form von Standard und Latein als Gesellschafts- wie auch Solotanz.

Mit Hilfe der AOK-Selbsthilfeförderung, die eine finanzielle Unterstützung zusagte, konnte der Workshop „Move on“ konkretisiert und realisiert werden. Der Workshop bestand aus zwei Teilen: Am ersten Tag referierte Frau Dr. Büntzel zum Zusammenhang/Bedeutung einer Krebserkrankung zu Ernäh-



(von links) Herr und Frau Pietsch, Prof. Dr. Jutta Hübner, Hans-Werner Biehn und Hartmut Hommel, (beide SHG Marburg), © H.-W. Biehn

rung wie auch Bewegung nach den neuesten Daten der Ernährungsforschung und -medizin.

Am zweiten Tag setzte Frau Prof. Hübner diese Vortragsreihe fort und referierte über die Entstehung und Entwicklung von Krebs, wissenschaftlich fundierte naturheilkundliche Verfahren und deren Einsatzmöglichkeiten bei Prostatakrebs, Informationen zu allgemeinen Therapien, Nebenwirkungen und Behandlung.

Der Tanztrainer Ronny Pietsch und seine Ehefrau unterstützten den Workshop mit Tanzsportübungen. Die Trainingseinheiten wurden flexibel an die Teilnehmer des Workshops angepasst, so dass alle mitmachen konnten.

Neben den Einheiten war es möglich, in ein persönliches Gespräch zu kommen und eigene Erfahrungen bei der Bewältigung der Erkrankungen auszutauschen. Die Rhythmisierung aus Vortrag, Gesprächen und Tanzsport erhöhte unser Aufnahmevermögen, unsere Beweglichkeit und bot Impul-

se für die weitere Arbeit der SHG Marburg und Umgebung.

Für diejenigen, die ihre Partnerin dabei hatten, wurde beim Tanz deutlich, wie schön es ist, trotz der Krebserkrankung etwas gemeinsam als Paar zu erleben und sich darüber miteinander und anderen auszutauschen. Frau Prof. Hübner machte deutlich, dass Tanzen erwiesenermaßen die beste Prophylaxe gegen das Nachlassen der Gehirnfunktion im Alter ist. Das müsste bei der Anstrengung, die die Teilnehmer an diesem Wochenende durch Gespräche, Vorträge und Tanztraining gehabt haben, gerade für die an Prostatakrebs erkrankten Männer ein besonders erfolgreiches Wochenende gewesen sein. Der Workshop wurde durch eine Reflexionseinheit bei einem gemeinsamen Abschlusssessen erfolgreich abgerundet.

Ziel der Stiftung Perspektiven ist es, solche Aktivitäten in möglichst vielen anderen deutschen Städten zu fördern.

SHG Weyhe und Umgebung bei Radiosendung „Die Plattenkiste“

Von Peter Beindorf, Leiter der Selbsthilfegruppe Weyhe und Umgebung

Am 2. Januar 2019 war die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Weyhe und Umgebung zu Gast bei NDR1 Niedersachsen in der Sendung „Die Plattenkiste“.

Um Werbung für Selbsthilfegruppen im allgemeinen und unsere im Besonderen, aber auch um auf das Thema Krebsvorsorge aufmerksam zu machen, haben wir uns bei der Sendung „Die Plattenkiste“ beworben. Als wir die Einladung bekamen, waren wir sehr glücklich und mit näher kommendem Termin auch immer aufgeregter. Wir wussten ja nicht, welche Fragen auf uns zukommen.

Mit dabei waren der SHG-Leiter Peter Beindorf, der Stellvertreter Helmut Kacholdt und unser Kasenwart Siegfried Just. Nach einer kurzen Führung durch das Funkhaus am Maschsee in Hannover waren wir schon ein wenig lockerer. Dann stellte sich die sympathische Moderatorin Kerstin Werner vor. Nachdem kurz geklärt wurde, dass wir uns in

der Sendung duzen, ging es auch schon in den Senderaum und der Ablauf wurde besprochen.

Und dann ging es los: In der Zeit, in der die von uns vorab ausgesuchten Lieder gespielt wurden, wurde kurz besprochen, wer welche Frage als nächstes beantworten soll. Die Atmosphäre wurde



(von links) Helmut Kacholdt, Siegfried Just, Kerstin Werner und Peter Beindorf, © NDR1 Niedersachsen

immer lockerer, und als die Sendung zu Ende war, hätten wir gerne noch weiter geplaudert. Schließlich konnten wir mit viel Spaß die uns am Herzen liegenden Themen einer breiten Öffentlichkeit vorstellen.

Nachdem wir uns in der Kantine gestärkt hatten,

sind wir mit dem Gefühl, etwas Gutes für die Prostatakrebs-Selbsthilfe getan zu haben, nach Hause gefahren. Wer Interesse hat, kann sich das aufgezeichnete Interview auf der NDR 1-Homepage ansehen.

Jahresthema weckte auch öffentlich Interesse

Von Hermann Hägele, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Oberes Schussental

Wer eine Gruppe leitet, ist nach jeder Veranstaltung glücklich, wenn sie gut gelaufen ist. Ist der Vortragssaal vorbereitet? Kommt der Referent pünktlich? Klappt die Medientechnik? War die Ankündigung in der Zeitung? Findet das Thema Interesse? 2018 waren fast alle Bedenken überflüssig. Die Jahresbilanz der oberschwäbischen Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Oberes Schussental kann sich sehen lassen: Fünf medizinische Vorträge, zwei Filmvorführungen, Gesprächskreise, Mitgliederversammlung und ein Ausflug.

Zugegeben: Der Start im Februar mit dem Film „Das Beste kommt zum Schluss“, in dem zwei Todkranke in ihren letzten Tagen noch allerlei Abenteuer erleben, stolperte etwas über die Tücken der Technik. Als wäre zum Titel der falsche Zeitpunkt gewählt worden. Glücklicher lief es im März. Zum Gruppenabend konnte der Bewegungstherapeut Harald Mierzwa vom Parksanatorium in Aulendorf als Referent gewonnen werden. Sein Vortrag gab Patienten mit Inkontinenz-Problemen wieder Zuversicht auf Besserung.



Leitung der SHG Oberes Schussental – im Mai 2018 im Amt bestätigt: (von links) Wolfgang Höferlin, Herbert Löw und Hermann Hägele. Neu im Vorstand ist Roland Neubing.

Jahresthema 2018

Seit Jahren Stammgast bei der SHG ist der Urologe Eberhard Scheffold vom Ärztehaus Biberach. Sein Thema „Wie diagnostiziert man Prostatakrebs“ füllte den Vortragssaal der Waldburg-Zeil-Rehaklinik in Bad Saulgau. Der Vortrag gleich nach Ostern eröffnete das Jahresthema „Vorsorge, Diagnose und Therapie“, das auch dafür ausgelegt war, öffentliche Aufmerksamkeit für die häufigste Krebserkrankung bei Männern zu wecken. Zum Jahresthema zählte auch der Vortrag „Welche Therapie ist für mich richtig“ des niedergelassenen Urologen Dr. med. Axel Schmid aus Ravensburg. Die Ankündigung in der Tagespresse neben den üblicherweise über einhundert verschickten Einladungen an Mitglieder und Interessenten brachte einige neue Gesichter in den Saal.

Ausflug nach Aulendorf

Weniger Teilnehmer waren beim Ausflug ins Parksanatorium nach Aulendorf dabei, der übliche harte Kern sozusagen. Gastgeber dort waren die Urologen Dr. med. Georges F. Akoa und Janku Peter. Thematisch ging es um die „Folgen und Behandlungsmöglichkeiten nach der Therapie des Prostatakarzinoms.“ Eine Führung durchs Haus, Kaffee und Kuchen und gesellige Einkehr ergänzten den freundlichen Tag.

Nach der Sommerpause schloss Chefarzt Prof. Dr. Florian Jentzsch von der Klinik für Urologie, OSK Krankenhaus St. Elisabeth, Ravensburg, mit seinen Ausführungen „Optionen der Therapie des Prostatakarzinoms“ das Jahresthema ab.



Zu Besuch im Waldburg-Zeil Parksanatorium Aulendorf. Gastgeber waren die Urologen Janku Peter (vorne 2. von links) und Dr. med. Georges F. Akoa (vorne 5. von links), © alle Fotos: SHG Oberes Schusental

Der marktgerechte Patient

Ab November, wenn nächtliche Fahrten beschwerlich sind, trifft sich die SHG nachmittags, neustens im gastlichen Klostercafé Sießen außerhalb von Bad Saulgau. Im Nebenzimmer kann man einfach nur mal zusammensitzen, reden, Kuchen genießen, und zum Beispiel DVD ansehen. Rechtzeitig zum Jahresschluss bot sich die Vorführung eines neuen Filmes mit Titel „Der marktgerechte Patient“ an. Das Werk zeigt die fatalen Folgen der Kosten-

abrechnung nach Fallpauschalen im Gesundheitswesen, wie sich das Fürsorgeprinzip zunehmend dem Marktprinzip unterordnet. Der enthüllende Inhalt mit Negativbeispielen kann erschrecken. In der Diskussion fielen aber auch die Worte: „Da haben wir es hier gut.“ Sie spiegeln eigene positive Erfahrungen mit der regionalen medizinischen Versorgung wider. Vielleicht ist doch was dran an dem lokalpatriotischen Spruch: „In Oberschwaben ist die Welt noch in Ordnung“.

Reha-Kliniken – wichtige Kooperationspartner der SHG Chemnitz und Umgebung

Von Helmar Frenzel und Ralf Rauh, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung

Seit unserer Gründung im Oktober 2005 arbeitet die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung (PK-SHG) im Dreiklang von:

- tolerantem und tabulosem Erfahrungsaustausch,
- krankheitsbezogener Weiterbildung aus seriösen Quellen und
- kreativer Öffentlichkeitsarbeit.

In der Konsolidierungsphase 2006/2007 stellten wir enge Kontakte zu wichtigen Partnern her:

- der Klinik für Urologie in den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz und ihrem 1. Ostdeutschen Prostatakarzinomzentrum (PKZ);
- dem Urologenverein Chemnitz und Umgebung;

- der psychosozialen Beratungsstelle für Tumorpatienten beim Gesundheitsamt Chemnitz und
- der Sächsischen Krebsgesellschaft (SKG).

Da zahlreiche Mitglieder unserer SHG die Primärtherapie schon hinter sich hatten, organisierten wir unsere ersten Bildungsreisen zum Schwerpunkt „Nachsorge und Rehabilitation“. Unsere erste Gruppenausfahrt überhaupt führte 28 Betroffene und neun Partnerinnen im Mai 2007 in die Paracelsus-Klinik in Bad Elster. Ein urologischer Vortrag, Klinikführung, gemeinsames Mittagessen und Kurpark-Spaziergang füllten diesen Tag aus. Der damals aufgenommene Kontakt zu dieser Klinik, besonders zur Chefärztin Frau Dr. med. C. Jung-

hans hält bis heute. Diese Klinik ist zugleich eine wichtige Tagungsstätte zahlreicher Weiterbildungsveranstaltungen für die SHG, die von der Sächsischen Krebsgesellschaft durchgeführt werden.

Ab 2008 führte unser Weg in eine der bedeutendsten Uro-Onkologischen Reha-Kliniken, der Vogtland-Klinik Bad Elster. Sie organisierte jahrelang, meist im April, den „Tag der Männergesundheit“, der großen Anklang über unsere Region hinaus fand. Interessante Fachvorträge interner und externer Experten, praktische Ernährungs- und Bewegungstipps, Informationsstände und reger Erfahrungsaustausch prägten über Jahre diese Veranstaltung. Seit 2010 ist der „Männergesundheitstag“ eine feste Größe in unseren Gruppenaktivitäten.

Seit 2013 werden die Ganztagesexkursionen zum Männergesundheitstag durch nachhaltige Gemeinschaftserlebnisse ergänzt, wie Besuche des „Heimat- und Perlmutter-Museum“ in Adorf, der „Vogtlandarena mit Sprungschanze“ in Klingenthal, das Museum im „Schloß Voigtsberg“ in Oelsnitz/Vgtld. oder das "Musikinstrumenten-Museum" in Markneukirchen. In diesem Jahr werden wir die „Deutsche Weltraumausstellung – Morgenröthe-Rautenkranz“ besuchen.

In den ersten Jahren waren wir als SHG vor allem die „Nehmenden“. Das sollte sich bald ändern. Während eines Arbeitstreffens im Sommer 2011 mit Helmar Frenzel und dem Chefarzt der Vogtland-Klinik, Prof. Dr. med. habil. D.-H. Zermann, entstand die Idee, dass Vertreter der SHG regelmäßig vor Prostatakrebs-Patienten (und ihren Lebenspartnerinnen) über unsere Arbeit berichten. So entstanden ab 2012 jährlich acht bis neun Veranstaltungen als Teil des klinischen Rehabilitationsprogrammes, an denen Männer nach Primärtherapien in der Form einer Anschlußheilbehandlung (AHB) bzw. einer onkologischen Aufbau- und Festigungskur teilnehmen. Gleichzeitig wurden Vorurteile und Zweifel am Sinn der Selbsthilfearbeit abgebaut, Interesse geweckt und die Patienten für die Mitarbeit in einer SHG ihrer Region motiviert. Zu diesem Zweck verweist der Klinik-Sozialdienst auf Kontaktadresslisten der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen des Bundesverbands Prostatakrebs

Selbsthilfe und der Sächsischen Krebsgesellschaft.

Ab dem 2. Halbjahr 2012 wurden die Kooperationsbeziehungen auf die Paracelsus-Klinik ausgedehnt. Die Veranstaltungen werden dort in „Kleiner Runde“ durchgeführt. In den Jahren 2012 bis 2015 fanden über 30 Patientenveranstaltungen mit ca. 2000 Teilnehmern statt. Viele vertrauensvolle Gespräche wurden in dieser Zeit geführt und allein zwölf Betroffene als neue Mitglieder unserer Gruppe aufgenommen.

Die in Bad Elster ansässige Deutsche Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin unterstützte die Initiative unserer SHG, die mit einem erheblichen ehrenamtlichen Aufwand verbunden ist, durch eine angemessene finanzielle Förderung. Ab 2016 bis 2017 teilten sich die Vorstände der Selbsthilfegruppen aus Chemnitz und Zwickau die Fortsetzung der Kooperation.

Auf Anregung der Vogtland-Klinik wurde ab 2018 in jedem Reha-Durchgang eine SHG-Vorstellung durchgeführt. Die Zahl der jährlichen Veranstaltungen stieg auf 17. Um diese Aufgabe zu meistern, wurden seitens der Klinik die Selbsthilfegruppen aus Hof und Marktredwitz „ins Boot“ geholt, die Mitglied im Landesverband Bayern des BPS unter Leitung von Werner Seelig sind.

Die dazu erforderlichen inhaltlichen und organisatorischen Abstimmungsgespräche fanden im Dezember 2017 unter Leitung von Frau E. Penteker statt. Schon seit 2012 ist sie unsere Betreuerin und die „lenkende Hand“ der Patientenveranstaltungen. Für ihr langjähriges Wirken danken wir ihr sehr herzlich.



3. Tag der Männergesundheit in 2010 in der Vogtland-Klinik Bad Elster: (von links) Bernd Müller (PK-SHG Vogtland), Evelin Penteker (Sozialdienst V.-K.) und Helmar Frenzel, © R. Rauh

Bei der inhaltlichen Abstimmung für 2018 und die Folgejahre kamen wir überein, dass die sächsischen und bayerischen SHG ihre spezielle Sicht in die Gestaltung der Vorträge einbringen. Damit wird der Erfahrungsschatz aus der Selbsthilfe, den wir den Patienten vermitteln, noch vielfältiger und die Patientenveranstaltungen insgesamt interessanter.

Nach Ablauf des ersten Jahres im „Quartett“

zogen wir unter Leitung des Verwaltungsleiters Herrn A. Dietze eine positive Bilanz und legten das Jahres-Programm für 2019 fest, in der Gewissheit, dass derartige Veranstaltungen in Reha-Kliniken vor Prostatakrebs-Patienten eine wirksame Methode effektiver Öffentlichkeitsarbeit sind. Im I. Quartal 2019 wird eine Beratung in der Paracelsus-Klinik stattfinden, um dort ebenfalls die Gesprächsrunden mit Prostatakrebspatienten weiterzuführen.

10 Jahre SHG Hann. Münden – Wolfgang Fink geehrt

Von Klaus Hobein, Stellvertretender Leiter der SHG Hann. Münden

Das Jahr 2018 war für die SHG Hann. Münden voller Ereignisse. Ihr zehnjähriges Bestehen konnte die Selbsthilfegruppe feiern. In einer kleinen Feierstunde im Klinikum Hann. Münden wurde Rückblick gehalten. Vorsitzender Wolfgang Fink, der zusammen mit Dr. Jens Küster die Gruppe am ehemaligen Nephrologischen Zentrum Niedersachsen, dem heutigen Klinikum Hann. Münden, ins Leben rief, schilderte die Entwicklung der Gruppe. Ihr gehören knapp 100 Mitglieder an, die nicht nur aus Südniedersachsen, sondern auch aus der nordhessischen Region um Kassel kommen.

Dr. Jens Küster, Schirmherr der Gruppe und Chefarzt der Urologie am Mündener Klinikum, würdigte in seinem Grußwort die Arbeit der SHG und bedankte sich für die hervorragende Zusammenarbeit, die beide Seiten bereichere.

Wolfgang Fink, Gründer und von Beginn an Vorsitzender der Selbsthilfegruppe, hat für weitere zwei Jahre den Vorsitz übernommen. Er wurde für sein vielfältiges, ehrenamtliches Wirken nicht nur von der Gruppe gewürdigt, sondern auch öffentlich geehrt. Schon während der Jahreshauptversammlung wurde Wolfgang Fink gedankt. Die Vorstandsmitglieder überreichten ein Präsent und lobten dabei seinen ehrenamtlichen, aufopferungsvollen Einsatz für die Gruppe, der zu einer tollen, familiären Gemeinschaft geführt hat.

Nicht nur auf regionaler Ebene hat Fink sich für

die an Prostatakrebs Erkrankten eingesetzt, sondern auch im Bundes- und Landesverband Verantwortung übernommen. So war er stellvertretender Vorsitzender des Regionalverbandes Nord-West bzw. Niedersachsen/Bremen von 2013 bis 2017.

Das Land Hessen würdigte die Arbeit des Kasseler Bürgers Wolfgang Fink mit dem vom Ministerpräsidenten verliehenen Ehrenbrief des Landes Hessen. Diese hohe Auszeichnung wurde ihm vom Kasseler Oberbürgermeister Christian Geselle überreicht. „Als leuchtendes Beispiel, Stütze für andere zu sein und ihnen Rückhalt zu geben“, würdigte Kassels Oberbürgermeister Wolfgang Finks ehrenamtlichen Einsatz.



Ehrenbrief des Landes Hessen: Kassels Oberbürgermeister Christian Geselle (links) überreicht die Auszeichnung an Wolfgang Fink, © Repro: K. Hobein

100. Wanderung der SHG Hochfranken-Fichtelgebirge

Von Werner Seelig, Leiter der Selbsthilfegruppe Hochfranken-Fichtelgebirge

Am 28. Februar 2019 machten sich bei herrlichem Sonnenschein und frühlingshaften Temperaturen zehn Wanderer, unter ihnen zwei Frauen, auf die 100. Wanderung der SHG Hochfranken-Fichtelgebirge. Für unsere Wanderungen gibt es im Fichtelgebirge und in der nördlichen Oberpfalz so viele Ziele, dass uns um neue Ideen nie bange wurde. So führte die erste Wanderung am 4. Mai 2012 fünf Wanderer auf die Hohe Matze im Fichtelgebirge. Der Rundweg um Thiersheim sollte die 100. Wanderung werden, in deren Geschichte 782 Wanderer insgesamt 772 Kilometer und 11500 Höhenmetern zurücklegten.

Keine Felsformation, von denen das Fichtelgebirge und die Nordoberpfalz so reich sind, ließen wir aus, jeder Aussichtsturm wurde bestiegen, manch Wackelstein brachten wir mit vereinten Kräften zum Schwingen. Das wildromantische Waldnaabtal stand gleich mehrmals auf unserem Programm, bietet es doch mehrere interessante und abwechslungsreiche Zu- und Rückwege. An den Quellen der Saale und des Weißen Mains standen wir und hatten dabei die großen Flüsse vor Augen, die aus diesen kleinen Rinnsalen entstehen sollten. Wir wanderten auch zur „Wolfssäule“ in der Nähe des Bayreuther Hauses, die an den im Juli 1882 erlegten letzten Wolf des Fichtelgebirges erinnert.

Jede Wanderung endet stets mit einer zünftigen Einkehr, bei der die Wanderer schon von denjenigen erwartet werden, die nicht mehr so gut zu Fuß sind. Auf diese Weise lernten wir immerhin 47 Wirtshäuser kennen, die alle eine gute Brotzeit und ein süffiges Bier für uns bereithielten.

Natur mit Geschichte und Tradition zu verbinden, sich zu bewegen, mit Freunden Zeit zu verbringen, dies war das Ziel und wir haben es mit unseren Wanderungen erreicht: Mit durchschnittlich 17 Teilnehmern, darunter stets einige Frauen, verbrachten wir angenehme Nachmittage miteinander – getreu nach der Devise unseres Kassierers Willi Jahreis: „Geselligkeit heilt!“.



Teilnehmer der 100. Wanderung, © Foto: R. Gomez-Puerto

SHG Gera und Umgebung in Bewegung

Von Günther Model, Leiter der 1. Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Gera und Umgebung

Veranstaltung „Osteoporose“

Nicht nur bei Patienten mit Pankreas-, Darm- oder Magenkrebs sollten auftretende Stoffwechselstörungen zur Vermeidung von Osteoporose ausgeglichen werden, sondern auch bei Prostatapatienten, die eine Hormonbehandlung erfahren. Daher hat die SHG-Gera und Umgebung zusammen mit der SHG „Menschen ohne Magen“ eine im Febru-

ar 2019 großangelegte Veranstaltung zum Thema „Osteoporose“ im Kommunikationszentrum der SPK Gera – Greiz organisiert.

Zur Vorbereitung wurden Flyer in 80 Apotheken der Region per Hand und über die Post verteilt. Zusätzlich wurden auch Adipositas- und Osteoporose-Patienten eingeladen und mit Frau PD Dr. med. G. Lehmann vom Uniklinikum Jena eine Spe-

zialistin für einen Vortrag gewonnen. 109 Besucher hörten interessiert zu und diskutierten anschließend ausgiebig. Insgesamt eine sehr gelungene Veranstaltung, die der „Landesselbsthilfeverband Thüringen für Osteoporose e. V.“ durch entsprechendes Infomaterial ergänzte.

Vorträge und Tanztraining

Die Thüringische Krebsgesellschaft e. V. veranstaltete am 15. und 16. März 2019 zum zweiten Mal den Workshop „Vorträge und Tanztraining für Menschen mit Krebs“ in Jena.

Das Jahr zuvor fühlte unsere SHG sich nicht angesprochen. Daher habe ich in diesem Jahr – zwecks besserer Argumentation – selbst daran teilzunehmen. Meine Erwartungen wurden mehr als erfüllt: Abseits von Diagnose und Therapien mit ihren Nach- und Nebenwirkungen gibt es bekanntlich eine Menge von Problemen, die das Leben der Patienten beeinflussen können. Mit dem Workshop wird den Betroffenen eine praktikable Möglichkeit geboten, das Selbstbewusstsein zu stärken und die Belastungen zu bewältigen.

Frau Prof. Dr. med. Hübner (Integrative Onkolo-

gie, Uni-Klinikum Jena), die Initiatorin dieser bundesweiten Aktion, hat in patientenverständlicher Form viele möglichen Entwicklungen bei der Diagnose „Krebs“ angesprochen und erklärt.

Dr. Derlin, Sportwissenschaftler des Uniklinikums Jena brachte Aspekte der Bewegung ins Spiel. Intensiv wurde über die Möglichkeiten gesprochen, wie man mit angepasster Bewegung den belastenden Einflüssen der Therapie begegnen kann. Mit treffenden Beispielen wurden diese Tatsachen für unterschiedliche körperliche Fitness untermauert

Diese fachlichen Gespräche wurden unter Anleitung des Tanzlehrers Ronny Pietsch bewusst mehrfach unterbrochen. Bei Discofox, Rumba, Walzer, Langsamer Walzer waren Schrittkombinationen aufs Parkett zu bringen. Die grauen Zellen wurden dabei sehr gefordert, weil ja die Kombinationen ausgeführt werden sollten. Ein kurzweiliges Unterfangen als Ausgleich für die medizinischen Überlegungen und eine Anregung für eigenverantwortliche Aktivitäten. Und die Initiatorin, Prof. Dr. Jutta Hübner, war auch in diesem Teil aktiv dabei. In den Pausen standen Wasser, Kaffee, vielerlei Obst sowie belegte Brötchen zum Verzehr bereit.

SHG Wuppertal bei Präsentation Wuppertaler Selbsthilfegruppen

Von Günter Sappelt, Mitglied der Selbsthilfegruppe Wuppertal

Die Prostata-Selbsthilfegruppe Wuppertal hat mit vier Mitgliedern an der Präsentation des „Zentrum für gute Taten“ in den City-Arkaden in Wuppertal-Elberfeld teilgenommen. Organisiert wurde die Vorstellung der verschiedenen Selbsthilfegruppen vom Sozialamt der Stadt Wuppertal unter dem Titel „So geht Ehrenamt in Wuppertal“. Die Eröffnung der Veranstaltung erfolgte im Beisein des Wuppertaler Oberbürgermeisters Andreas Mucke.

Am 20. März konnten sich in den belebten City-Arkaden auf einer Aktionsfläche neun Selbsthilfegruppen, darunter die Prostata-Selbsthilfegruppe Wuppertal e. V., dem interessierten Publikum präsentieren. Den Besuchern wurde von den Mitglie-



(von links) Günter Sappelt, Hans-Joachim Handschuh, Dieter Grosch, Hans-Joachim von der Heydt, © H.-J. Handschuh

dern der Selbsthilfegruppe interessantes Informations- und Werbematerial des BPS überreicht.

Arbeitskreise berichten

Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs (AK FPK)

Von Gerd Studer und Günter Kupke, Leiter des AK FPK

Der Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs existierte schon einmal im BPS. Wir haben ihn im Jahr 2017 wiederbelebt, denn wir sind der Meinung, dass Betroffene so schnell wie möglich deutliche Fortschritte in der Prostatakrebsmedizin brauchen. Wir, das sind Günter Kupke (SHG Rhein-Neckar) und Gerd Studer (SHG Stuttgart) als Leitung, Günter Feick (SHG Gießen), Hartmut Härtner (Stellv. Vorsitzender BPS), Josef Dietz (SHG Bruchsal-Bretten), Thomas Büchele und Helmut Stumpf (beide SHG Stuttgart).

Seit Jahren stagniert die Zahl der Männer in Deutschland bei 13.000, die jedes Jahr an Prostatakrebs versterben. Das sind nur 3 % aller verstorbenen Männer. Aber jeder Einzelne ist einer zu viel vor dem Hintergrund des Leidens der Männer und des Leids ihrer Angehörigen.

In den Jahren 2012 und 2013 hatte die Medizin mit Abirateron und Enzalutamid Behandlungsfortschritte erzielt. Diese sind in der Immuntherapie gegen Prostatakrebs noch nicht erkennbar. Aufgrund der Biologie des Prostatakrebses, langsame Teilungsraten und geringe Mutationsrate, gibt es bis heute keine Immuntherapie gegen Prostatakrebs.

Die PSMA-Therapie (Prostata Spezifisches Membran Antigen) wird für eine gezielte Tumorthherapie mit Radioisotopen genutzt und wirkt sehr gut gegen Knochenmetastasen. Prof. Haberkorn, Radiologische Klinik und Poliklinik Universitätsklinikum Heidelberg empfahl auf dem diesjährigen Frühjahrssymposium in Heidelberg einen früheren Einsatz dieser Therapieform.

Eine Therapieunterstützung für den Fortgeschrittenen Prostatakrebs durch D, L-Methadon kann erst dann sinnvoll werden, wenn mehr Forschungsergebnisse vorliegen werden. Ob die bisherige Grundlagenforschung mit diesem Opiod und dem Zytostatikum Cisplatin durch eine neuere For-

schung mit Taxotere zu anderen Ergebnissen führen kann, wird geprüft.

Zu den aktuellen Zulassungskriterien für Arzneimittel betonte Prof. Jäger, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg jüngst: „Die heutigen Zulassungskriterien für ein Arzneimittel sind nicht mehr zeitgemäß, weil sie Millionen Euro verschlingen und zehn Jahre Wartezeit produzieren, bis ein Arzneimittel auf den Markt kommt. Dies ist austherapierten Patienten nicht zuzumuten!“ Da kann man als betroffener Patient wirklich nur zustimmen.

Völlig in Vergessenheit geraten ist die Entdeckung aus dem Jahr 1938 des verhinderten Nobelpreisträgers Dr. Paul Gerhardt Seeger (Robert-Koch-Institut, später Charité): „Krebs entsteht durch eine Zerstörung der Zellatmung in den Mitochondrien“; erst danach entwickeln sich die heute so stark beforschten Genveränderungen.

Bereits 2009 hatte Nobelpreisträger Prof. James Watson, der „Vater der DNA“, einen Artikel verfasst, in dem er vorschlug: „Möglicherweise müssen wir unseren Forschungsschwerpunkt von der Entschlüsselung der genetischen Anweisungen, die dem Krebs zugrunde liegen, abwenden und uns bemühen, die chemischen Reaktionen (des Stoffwechsels) innerhalb der Krebszelle zu verstehen.“

Diese Erkenntnisse hat Prof. Thomas N. Seyfried (Genetik und Biochemie), USA, in dem Buch „Krebs als eine Stoffwechselkrankheit“ zusammengefasst. Zucker und zu viele sonstigen Kohlehydrate sind ganz einfach kontraproduktiv bei einer Prostatakrebserkrankung. Leichter nachlesbar sind diese Erkenntnisse und die daraus abgeleitete Therapiemöglichkeiten in dem Buch von Travis Christofferson: „Paradigmenwandel – das neue Verständnis von Krebs nach hundert Jahren Forschung“. Dieses Buch kann ich jedem Betroffenen sehr empfehlen.

Eine moderne Tumordiagnose muss durch Biomarker ergänzt werden, welche besondere Risiken wie BRCA1/2-Genmutationen aufdecken, die man heute schon behandeln kann. Das alles ist beim Mammakarzinom bereits Standard. Warum nicht auch bei Prostatakrebs? Eine Verlaufskontrolle der Erkrankung mittels zirkulierender Tumorzellen und Genanalyse erscheint zusätzlich sinnvoll. Auch dies ist heute schon verfügbar.

Es ist unser Anspruch, zusätzliche Kooperationspartner zu finden, um über Therapien zu berichten, die bereits erfolgreich durchgeführt werden oder in absehbarer Zeit möglich sind, und sie den Be-

troffenen so schnell wie möglich nahe zu bringen. Grundlagenforschung muss schneller in Anwendungen umgesetzt werden!

Wichtig für uns ist eine integrative Krebstherapie, die Synergien erzeugt. Wenn Schulmedizin, komplementäre und experimentelle Medizin in einem Gesamtkonzept zusammenarbeiten, steht der Patient als Ganzes im Mittelpunkt und kann wesentlich profitieren!

Auf der BPS-Homepage wird es in Zukunft ein Modul des AK FPK geben, das jedem Betroffenen die Möglichkeit gibt, eine passende Studie zu finden, um früher an neue Medikamente bzw. Therapien zu gelangen.

Versorgungs-Report 2019 des WIdO

Eine Versichertenbefragung für den „Versorgungs-Report“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt Defizite bei informierter Entscheidung. So werden Teilnehmer von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen zu selten oder nicht umfassend genug über den Nutzen, aber auch über mögliche Nachteile der Untersuchungen aufgeklärt. Das zeigt eine repräsentative Befragung von mehr als 2.000 gesetzlich Versicherten für den „Versorgungs-Report Früherkennung“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

„Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung der Versicherten oft fehlen“, sagt Prof. Norbert Schmacke, Mitherausgeber des Reports. Dabei

habe der Nationale Krebsplan schon 2010 das Ziel formuliert, die Versicherten zu einer Entscheidung unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile zu befähigen. „Ärzte dürfen Fragen oder Bedenken ihrer Patienten, zum Beispiel zu möglichen Fehlalarmen durch falsche Befunde, nicht einfach wegwischen.“

Die Befragung zeigt, dass sich die Versicherten vor allem per Internet über das Thema Früherkennung informieren. Dies geben 51 % der Frauen und 47 % der Männer an. Eine fast ebenso große Rolle spielt der Hausarzt: 40 % der befragten Frauen und 50 % der Männer nennen ihn als Informationsquelle.

Quelle: www.wido.de

Euro-WC-Schlüssel für Behindertentoiletten

Wer kennt es nicht – der Drang zur Toilette zu gehen wird immer größer, und die Behindertentoilette ist verschlossen. Die Suche nach einem passenden Schlüssel kann mühselig werden, wenn dafür zuständige Personen erst gesucht werden müssen.

Abhilfe schafft ein sogenannter Euro-WC-Schlüssel. Er kann beim Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. (<https://shop.bsk-ev.org/EURO-WC-Schlüssel-mit-weissem-Schlüsselband>) für Menschen mit Bedürftigkeitsnachweis (Kopie Schwerbehindertenausweis mindestens 70 %) bestellt werden.

Die Gebühr beläuft sich auf 26 Euro für Nicht-Mitglieder und 21 Euro für Mitglieder.

Dieser WC-Schlüssel passt für viele Behindertentoiletten in Städten und für Autobahntoiletten (leider nicht für alle).



Zur Durchführung der von Ihnen gewünschten Leistung verarbeitet und nutzt der BPS Ihre übermittelten Daten und beauftragt soweit notwendig Dienstleister, die Ihre Daten ebenfalls unter Einhaltung von Datenschutzbestimmungen nutzen und verarbeiten. Sie können der weiteren Nutzung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widersprechen oder dies per E-Mail an widerruf@prostatakrebs-bps.de tun.

Ein Bestellformular – mit weiteren Broschüren, die Sie über das Internet abrufen oder bestellen können – finden Sie auch auf unserer Internetseite: <http://b-p-s.link/4e1>

Informationsmaterial Heft 1/2019

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

- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“
- Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- Patientenleitlinie „Supportive Therapie“
- 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



Offene Krebskonferenz

**MITEINANDER REDEN – VERSTEHEN –
GEMEINSAM HANDELN**

**26. Oktober 2019, 10:00 – 16:00 Uhr
Frankfurt am Main, Campus Westend**

Vorträge und Beratung für Patienten, Angehörige und Interessierte

Teilnahme kostenfrei

www.offene-krebskonferenz.de

© PIA Stadt Frankfurt am Main, Foto: Bernd Wittelsbach /Kontrast Fotodesign Gbr.

Veranstalter:



Unterstützer:

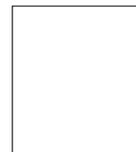


Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

Wichtig: Bitte Häkchen nicht vergessen:

Ich bin mit der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten durch den BPS e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn zum Zwecke der Bearbeitung und Ausführung der Bestellung einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.