

Auszeichnung für die Krebs-Selbsthilfe



Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 1, April 2011

Editorial

Aktuell

Deutscher Krebshilfe Preis 2009 geht an Vertreter der Krebs-Selbsthilfe	3
BDU-Präsident Dr. A. Schroeder im Interview	4
Erster Deutscher Männergesundheitsbericht veröffentlicht	6
HAROW-Studie soll Prostatakrebs-Versorgung in Russland verbessern	8

Diagnose und Therapie

Fortschritt in der Prostatakarzinomdiagnostik: [-2]pro-PSA	9
Prostatakrebs: Gestern – Heute – Morgen.	
Zusammenfassung der Magdeburger Prostatakrebs-Vorträge	12

Psychoonkologie

Psychoonkologie – die vierte Säule der Krebstherapie	19
Ängste, Schamgefühle, depressive Verstimmungen	21
Diplompsychologe M. Birmele im Interview	22

Erfahrungsberichte

Die Angst im Nacken	23
Partnerschaft und Sexualität	24
Systematische Diagnostik	25

Aus dem Bundesverband

Bundesgeschäftsstellenleiterin C. Stock: Gesundheitsstrukturen optimal nutzen	27
Neu im BPS	27

Aus den Selbsthilfegruppen

Verabschiedung von Professor Dr. R. Horsch	28
Patiententag in Freiburg	28

Sonstiges

Rezension „Paule ist nicht mehr ganz dicht“	30
Blauer Ratgeber „Krebs-Wörterbuch“ erschienen	30
G-BA erhöht Transparenz	31
Broschüre „Christliche Patientenvorsorge“ liegt vor	31
Register Magazin 2010	32

Titelseite: Susanne Arends

Fotos: Deutsche Krebshilfe e. V. (Titelfoto, S. 5), Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (S.6), Barbara Riess (S. 24, 31), sonstige Privat

Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder. Die Redaktion behält sich vor, sinnwahrende 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), Bernd Knye-Neczaz (stv. Vorsitzender), Paul Enders (stv. Vorsitzender)
Schriftleitung:
Günter Feick, Marlene Kühlechner

Alte Straße 4, 30989 Gehrden
Telefon: (05108) 926646
Fax: (05108) 926647
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.prostatakrebs-bps.de

Erscheinungsweise: 3 x jährlich
(April, September, Dezember)

Druck:

C.V. Engelhard
Weidendam 10
30167 Hannover

Bankverbindung:

Sparkasse Hannover:
Konto-Nummer 70 20 100
Bankleitzahl 250 501 80

Spendenkonto:

Sparkasse Hannover:
Konto-Nummer 70 20 621
Bankleitzahl 250 501 80

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:
VR-Nr. 7824

Gemeinnützigkeit durch
FA Hannover-Land I: 23/210/04694

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. wird unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe e. V. Er finanziert seine Arbeit darüber hinaus durch Spenden.

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

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e.V.



Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband



Mitglied in der BAG Selbsthilfe



Liebe Leserinnen und liebe Leser,

über aktuelle Projekte des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) und über zukünftige Vorhaben informiert dieses Editorial.

Die „präferenzbasierte randomisierte Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom“ könnte in diesem Jahr begonnen werden. Sie soll weitere wissenschaftliche Erkenntnisse zur Aktiven Überwachung bei frühen Tumorstadien mit niedrigem Malignitätsgrad erbringen. Weiterhin soll die Studie belegen, welche der Behandlungsmöglichkeiten – Operation, Bestrahlung von außen, Bestrahlung von innen – den anderen Alternativen über- oder unterlegen ist. Jens-Peter Zacharias und Paul Enders, Mitglieder des BPS-Vorstandes, vertreten die Interessen der Patienten in der Studienleitung.

Ab diesem Jahr nehmen BPS-Selbsthilfegruppenleiter als Auditoren an Rezertifizierungsaudits der Prostatazentren teil. Hans Lehmann (Selbsthilfegruppe Fulda) und Anton Krapf (Selbsthilfegruppe Bietigheim) vertreten die Patienteninteressen.

In diesem Jahr ist die erste Aktualisierung der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms geplant. Paul Enders, Hanns-Jörg Fiebrandt und Jens-Peter Zacharias werden wie schon bei der Ersterstellung der Leitlinie als Patientenvertreter mitarbeiten.

Der BPS hat im Januar 2011 mit den Selbsthilfeverbänden im Haus der Krebs-Selbsthilfe die 99 deutschen Abgeordneten des Europäischen Parlaments gebeten eine Deklaration für die Koordinierung der Krebsforschung im Europäischen Parlament zu unterstützen. Die Deklaration wurde verfasst von den Abgeordneten: Marisa Matias, Jo Leinen, Michèle Rivasi, Herbert Reul und Antonyia Parvanova. Im Februar wurde die Deklaration mit der Mehrheit des Europäischen Parlaments angenommen. Eine bessere, schnellere und kostengünstigere Krebsforschung durch koordiniertes Vorgehen in Europa ist das Ziel der Deklara-

tion, mit deren Umsetzung die Kommission beauftragt wird. Deutsche Abgeordnete, welche die Deklaration nicht unterstützt haben, werden wir um eine Erklärung bitten.

Die koordinierte Prostatakrebsforschung in Deutschland ist aus Sicht des BPS noch nicht in einem zufrieden stellenden Stadium. Diese Bewertung wird von Medizinern und Wissenschaftlern geteilt. Vor dem Hintergrund der Deklaration des Europäischen Parlaments besteht Hoffnung, dass der BPS in Zukunft von wirklichen Fortschritten für eine koordinierte Prostatakrebsforschung in Deutschland berichten kann.

Die Versorgung von Männern mit fortgeschrittenem Prostatakrebs ist ein besonderes Anliegen des BPS. Die Struktur eines Medizinischen Kompetenznetzes, wie es für über 20 andere Erkrankungen in Deutschland bereits existiert, ist unsere Zielvorstellung. In dieser etablierten, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Organisationsform, können Behandlungen, inklusive experimenteller und komplementärer onkologischer Therapien und Forschung in einem Verbund von Kliniken und Praxen erfolgen. Die hierfür notwendige, zum Ziel führende Unterstützung haben wir noch nicht gewinnen können.

Eine Leitlinie der Qualität S3 zu „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ befindet sich in der Entstehung. Manfred Olbrich (Selbsthilfegruppe Herxheim) vertritt die Patienteninteressen.

Eine Leitlinie der Qualität S3 zur „Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose“ wird in diesem Jahr entwickelt. Auch hier hat der BPS die Möglichkeit, Patienteninteressen zu vertreten.

Einen Behandlungsstandard zur Optimierung der Rehabilitation nach einer Prostatakrebstherapie möchte der BPS mit Experten der Wissenschaftlichen Medizinischen Fach-

gesellschaften und Fachkliniken entwickeln. Im Februar wurde die Arbeit hierzu aufgenommen. Joachim Böckmann (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Zwischenahn) vertritt die Patienteninteressen.

Das Prostatakrebs-Studienregister (www.studien.de) hat sich sehr gut entwickelt. Mit Unterstützung der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften konnte die Anzahl der Studien im Register auf ein Mehrfaches vergrößert werden. Neue Überlegungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. und der begonnene Aufbau eines Registers für klinische Studien der Europäischen Arzneimittelagentur EMA (<https://www.clinicaltrialsregister.eu>) werden uns wahrscheinlich veranlassen, das Register nicht mehr in der Ihnen bekannten Form weiterhin zu betreuen.

Die Evidenz basierte Behandlung des Prostatakrebses durch Umsetzung der S3-Leitlinie bleibt auch in diesem Jahr eine Aufgabe des BPS. Unserem Eintreten für Medizin mit verlässlichstem Wirkungsnachweis haben wir Ausdruck gegeben durch eine Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk Evidenz basierte Medizin.

Evidenz basierte Medizin ist kein inhaltsleeres Schlagwort. Dokumentation und Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse sind essentielle Inhalte dieses Medizinverständnisses. Dem haben sich die zertifizierten Prostata- und Prostatakarzinomzentren mit ihrer standardisierten Qualitätssicherung verschrieben. Neben der interdisziplinären und kooperativen ambulanten/stationären Behandlung ist sie das besondere Qualitätsmerkmal der Zentren. Sobald die

Zentren ihre Behandlungsergebnisse veröffentlichen, werden sie den Patienten eine informierende Entscheidung ermöglichen. Für diese Chance durch Transparenz setzt sich der BPS ein. Wir werden in der nächsten Ausgabe des BPS-Magazins über diese Entwicklung berichten.

Jahr für Jahr ist Prostatakrebs für 12.000 Männer in Deutschland noch immer eine Todesursache. Ihnen konnte die Evidenz basierte Medizin nicht helfen. Ob es Chancen gegeben hätte, sie erfolgreicher zu therapieren mit Mitteln und Methoden, die nur schwache Evidenz besitzen, wissen wir nicht. Aber wir wissen – Patienten im fortgeschrittenem Stadium ihrer Erkrankung suchen den Zugang zu allen ihnen Hoffnung versprechenden Therapien und Therapeuten. Diese Behandlungen zu dokumentieren und, falls sinnvoll, in Beobachtungsstudien zu prüfen, sollte für alle Mediziner selbstverständlich werden. Diesen Prozess versucht der BPS mit seinem Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs in Gang zu setzen.

Unterstützung für Männer mit Prostatakrebs und ihre Nächsten sind Existenz- und Beweggründe der Selbsthilfegruppen im BPS. Für ihre Aufgaben benötigen sie Ihren guten Rat und gute Taten. Falls Sie eine Möglichkeit haben, den BPS in seiner Arbeit zu unterstützen, werden Sie uns sehr willkommen sein.

Ihr

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Günter Feißel'.

-Vorsitzender-

Vereinsinterne Ankündigung

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Bundestagung 2011

Mitgliederversammlung

Würzburg

14.-16. Juni 2011

Deutsche Krebshilfe Preis 2009 verliehen

Zwei Vertreter der Krebs-Selbsthilfe ausgezeichnet



v.l. Hans-Peter Krämer, Gerhard Englert, Hilde Schulte und Gerd Netekoven bei der Preisverleihung

Erstmals erhielten zwei Vertreter der Krebs-Selbsthilfe den Deutsche Krebshilfe Preis: Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs, und Professor Dr. Gerhard Englert, Vorsitzender der Deutschen ILCO, wurden ausgezeichnet für ihr Engagement in der Patientenvertretung. „Hilde Schulte und Professor Gerhard Englert erhalten den Deutsche Krebshilfe Preis in Anerkennung ihres Einsatzes für Krebs-Patienten, für die Akzeptanz der Krebs-Selbsthilfe im Gesundheitswesen sowie für ihre Verdienste, die Patientenbeteiligung im Versorgungssystem umzusetzen“, sagte Hans-Peter Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, am 13. Dezember 2010 im Rahmen einer Feierstunde im Haus „La Redoute“ in Bonn-Bad Godesberg. Die Deutsche Krebshilfe vergab den Preis zum nunmehr 14. Mal. Er ist mit jeweils 10.000 Euro dotiert.

„Selbsthilfe-Vertreter können Krebs-Betroffene vom Zeitpunkt der Diagnose bis hin zur Wiedereingliederung in den Alltag unterstützen. Sie tragen dazu bei, Defizite in der Versorgung zu beseitigen und vertreten die Interessen von Patienten auf gesundheitspolitischer Ebene“, sagte Krämer. Mit der Verleihung des Deutschen Krebshilfe Preises an zwei Selbsthilfe-Vertreter wolle die Deutsche Krebshilfe die große Bedeutung der Krebs-Selbsthilfe im Rahmen der psychosozialen Versorgung von Krebs-Patienten zum Ausdruck bringen.

Dies wird der Deutschen Krebshilfe auch von Seiten der Ärzteschaft bestätigt: „Frau Schulte hat mit ihrer Tätigkeit

einen Paradigmenwechsel in der Onkologie angestoßen und umgesetzt: Selbsthilfevertreter sind in der modernen Onkologie gleichberechtigte Mitglieder in der onkologischen Partnerschaft – auf Augenhöhe und aktiv mitbestimmend. Dies gilt für die Gesundheitspolitik ebenso wie für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die klinisch-onkologische Routine“, sagte Professor Dr. Diethelm Wallwiener in seiner Laudatio. Wallwiener ist Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie.

Hilde Schulte engagiert sich seit 1993 in der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Von 2003 bis 2009 war sie Bundesvorsitzende der Organisation. Die Preisträgerin ist unter anderem Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Senologie und im Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe. Sie arbeitet mit im Gemeinsamen Bundesausschuss, bei der Erstellung von Leitlinien im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie, beim Nationalen Krebsplan und in der Zertifizierungskommission Brustzentren der Deutschen Krebsgesellschaft. „Frau Schulte ist eine Persönlichkeit, die allein in der Geschichte schon dadurch ihren Platz gefunden hat, in dem sie Brücken gebaut hat – nicht nur zwischen gestern, heute und morgen, sondern auch zwischen den klinischen und wissenschaftlichen Onkologen, den Qualitätssicherern und den Ratsuchenden sowie Betroffenen“, so Wallwiener.

Professor Dr. Gerhard Englert ist seit 1975 Vorsitzender der Deutschen ILCO, einer Selbsthilfevereinigung für Menschen mit einem künstlichen Darm- oder Blasenausgang oder mit Darmkrebs. Er war viele Jahre Mitglied im Vorstand des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“. Zudem ist er Vorsitzender des Patientenbeirates der Deutschen Krebshilfe. Englert arbeitet außerdem in Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Nationalen Krebsplans mit und ist bereits vielfach mit Preisen ausgezeichnet worden.

„Durch die Würdigung dieses Engagements wird eine Persönlichkeit geehrt, die ganz entscheidend zu dem großen Ansehen der Krebs-Selbsthilfe beigetragen und ihr Selbstverständnis wesentlich geprägt hat. Englerts

Engagement, sein Können und seine Weitsicht haben ihm eine bundesweite Reputation verschafft und ihn zu einem der renommiertesten Vertreter der Krebs-Selbsthilfe gemacht“, sagte Jeannette Arenz in ihrer Laudatio. Arenz ist Leiterin der Abteilung Rehabilitation und Gesundheit beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband. „Professor Englert hat sehr früh erkannt, welchen wichtigen Beitrag die Krebs-Selbsthilfe bei der Behandlung krebskranker Patienten leistet, und er hat Persönlichkeiten wie Mildred Scheel von den Anliegen der Krebs-Selbsthilfe überzeugt“, so Arenz.

Der Deutsche Krebshilfe Preis geht zurück auf eine Erbschaft, welche die Deutsche Krebshilfe im Jahr 1996 erhielt. Diese Erbschaft war verbunden mit der Auflage, den Erlös zinsbringend anzulegen und aus den Erträgen einen jährlichen Preis für herausragende Arbeiten in der Onkologie zu vergeben. Mit der Verleihung des Deutsche Krebshilfe Preises kommt die in Bonn ansässige Organisation dem letzten Wunsch der Familie Dr. Wilhelm Hoffmann nach.

*Pressemitteilung der Deutschen Krebshilfe e.V.,
Dezember 2010*

Berufsverband der Deutschen Urologen

BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder im Interview

Red. (mk): Dr. Axel Schroeder wurde im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. zum Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU) gewählt. Dr. Schroeder ist niedergelassener Urologe in Neumünster, Schleswig-Holstein. Er gab dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. im Januar 2011 das nachstehende Interview.

Herr Dr. Schroeder, welche Programmschwerpunkte werden Sie während Ihrer Präsidentschaft verfolgen?

Kollegiale Zuwendung, Mitsprache und Information der niedergelassenen Kollegen an der Basis, transparentes Handeln in den Organen des BDU und stärkere politische Durchsetzungskraft durch gezieltes Lobbying in allen Versorgungsebenen – das sind die Prinzipien, die mich bei der Führung unseres Berufsverbands leiten. Dazu gehören außerdem auch Strukturanpassungen (Transparenz) und neue Prozesse (Kommunikation) im BDU.

Zu den dringlichsten Aufgaben des Berufsverbands der Deutschen Urologen zählt die Sicherung einer qualifizier-

ten, wohnortnahen und flächendeckenden urologischen Versorgung mit dem Ziel, regionale Versorgungsverantwortung durch Praxen und Kliniken zu übernehmen. Dazu bedarf es der Stärkung regionaler urologischer Verbände und Netzwerke mit dem Ziel der Verzahnung ambulanter und stationärer Urologie sowie integrierter Versorgung.

Zentrale Herausforderungen sind darüber hinaus die onkologische Versorgung, Versorgungsforschung und neue Versorgungsformen wie die sektorübergreifende Versorgung.

Bei der Umsetzung des Paragraphen 116 b (Zulassung der Kliniken zur ambulanten Versorgung in besonderen Fällen), beim Aufbau Medizinischer Versorgungszentren und integrierter Versorgung stehe ich für Kooperation statt Konfrontation. Voraussetzung dafür ist die gleichberechtigte Partnerschaft des ambulanten und stationären Sektors zwecks Ausgleichs von Versorgungsdefiziten.



Der BDU ist ein Mitgliederverband, der die beruflichen und berufspolitischen Interessen der Ärzte aus Klinik und Praxis vertritt und somit in der Pflicht steht, neue Versorgungsformen zur Verbesserung der Patientenbetreuung zu entwickeln und zu gestalten.

Urologinnen und Urologen in Klinik und Praxis sind die qualifizierten Versorger u. a. von Prostataerkrankungen, urologischen Krebserkrankungen und Leiden des unteren und des oberen Harntrakts. Dies gilt es zukünftig noch deutlicher in der Gesellschaft darzustellen. Wir sehen die Versorgungsverantwortung schon bei unserer Facharztgruppe und diesen Anspruch wollen wir erfüllen – mehr denn je.

Gibt es für die Behandlung des Prostatakarzinoms eine spezielle Qualifikation niedergelassener Urologen, und woran kann der Patient diese Ärzte erkennen?

Sie erkennen diese Urologinnen und Urologen an der Gebietsbezeichnung „Urologie“. Jeder Facharzt für Urologie hat im Rahmen seiner Facharztausbildung gemäß der Weiterbildungsordnung das gesamte Spektrum der urologischen Krebserkrankungen durchlaufen. Prostatakrebserkrankungen stehen da an erster Stelle. Hier sind die Qualifikationen durch Leitlinienorientierung gestützt.

Zusatzqualifikationen mit den anerkannten Zusatzbezeichnungen wie „Spezieller Urologischer Chirurgie“ und der „Medikamentösen Tumortherapie“ sind ein weiterer Nachweis. Dazu gehört auch die Zulassung als onkologisch bevollmächtigter Vertragsarzt im Rahmen der Zusatzvereinbarung „Onkologie“ der kassenärztlichen Versorgung.

Wie wird der BDU die Anwendung der S3-Leitlinien für das Prostatakarzinom sicherstellen und prüfen?

Der BDU hat im Jahre 2010 im Rahmen der Fortbildung umfassende Seminare zu den S3-Leitlinien des Prostatakarzinoms in Deutschland abgehalten und setzt diese Fortbildungsreihe auch in 2011 fort.

Ferner ist gerade diese Leitlinie aufgrund des hohen Versorgungsbedarfs ständiges Thema in der Fort- und Weiterbildung. Geprüft werden Richtlinien letztendlich durch Patientenzufriedenheit, Ergebnisqualität und Versorgungsforschung, wie z. B. die HAROW-Studie, die der BDU mit initiiert hat und begleitet.

Dazu gehört auch die Beteiligung an der neuen präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom.

Welche Gründe sprechen für die Kooperation niedergelassener Urologen mit Prostatakarzinomzentren bzw. Prostatazentren?

Das Prostatakarzinom ist mit über 60.000 Neuerkrankungen pro Jahr der häufigste Krebs beim Mann.

Eine flächendeckende, wohnortnahe und qualifizierte Versorgung wird nur durch die ambulante Versorgung niedergelassener Urologinnen und Urologen und stationär durch die Urologischen Kliniken gewährleistet.

Der Facharzt für Urologie ist nicht nur der Lotse in Sachen Prostatakrebs, sondern der Führende und Verantwortliche in Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms. Der niedergelassene Urologe erfüllt hier die Rolle eines Primärarztes in Kooperation mit der stationären Versorgung, auch fachgruppenübergreifend.

Steuernd und führend in Kooperation mit den beteiligten Fachgebieten ambulant und stationär sind in diesem Prostatanetzwerk auch Prostatazentren und Prostatakarzinomzentren ergänzend eingebunden.

Für die Primärversorgung sind Zentren im Sinne einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung ungeeignet.

In der Sekundärversorgung, insbesondere bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, bedarf es dieser Zentren als integralem Bestandteil einer qualifizierten Versorgung im regionalen Kompetenznetz .

Gibt es notwendige therapeutische Maßnahmen, die von den Krankenkassen nicht vergütet werden?

Ja, die gibt es immer noch und immer wieder:

Zum Beispiel ist die ambulante Bestrahlung der Prostata von innen, die sogenannte Brachytherapie des Prostatakarzinoms, als ambulante Therapie bis heute nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges. Nur als stationäre Behandlung wird sie erstattet.

Während Kliniken innovative Leistungen auch ohne den medizinischen Nutznachweis schon stationär erbringen dürfen, wird den Kassenpatienten in der Regel auch heute noch die ambulante Brachytherapie vorenthalten.

Der Gesetzgeber schreibt in der ambulanten Versorgung zunächst den Nutznachweis innovativer Diagnostik und Therapie vor, bevor es eine Kassenleistung wird – mit dem Resultat, dass betroffene Patienten stationär behandelt werden müssen, wenn der Kostenträger eine Kostenübernahme verweigert. Und das ist heute an der Tagesordnung.

Dem Patienten bleibt nichts anderes übrig, als die Kosten für eine Behandlung, die sich ambulant weltweit bewährt hat, selbst zu tragen.

Dazu gehört auch die chemotherapeutische Zweitlinientherapie beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom mit Cabazitaxel.

Ähnlich wird es sich mit der Therapie des neuen Antiandrogen Abiraterone verhalten und nach Abschluss der Studienphase wohl auch mit dem Impfstoff Provenge (Dendreon).

Sind Sie der Meinung, dass Prostatakrebs zu häufig diagnostiziert und zu oft therapiert wird?

Nein.

Wir haben heute in der Tat eine rasante Zunahme der Entdeckungsrate und der Therapie von Prostatakrebs. Dies ist einer verbesserten Diagnostik und der Demographie geschuldet, aber auch der Tatsache, dass eine breite Behandlungspalette von Aktiver Überwachung über Brachytherapie, hoch fokussiertem Ultraschall und Operation unter kurativer Zielsetzung zur Verfügung steht. So macht Früherkennung Sinn und führt unweigerlich zu höheren Entdeckungs- und Behandlungsraten, mit dem

Unterschied zu früher, dass die Rate der fortgeschrittenen Prostatakarzinome deutlich gesunken ist. Dies wird sich künftig in einer Zunahme der Überlebensrate und Abnahme der Todesrate beim Prostatakarzinom zeigen.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Prostatakrebs-Selbsthilfe und welche Bedeutung sollte sie im Gesundheitswesen haben?

Gute Erfahrungen.

In Schleswig-Holstein haben wir eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen und regionalen Selbsthilfegruppen. Insbesondere regionale urologische Netzwerke pflegen einen regen Austausch. Hier hat das NordOstsee-Prostatanetz eine beispielhafte Vorreiterrolle.

Im künftigen Dialog und Wandel des Gesundheitssystems müssen Hilfe zur Selbsthilfe und Eigenverantwortung einen hohen Stellenwert haben. Wir Ärzte wünschen uns den mündigen Bürger, gerade in Zeiten, in denen das Gesundheitssystem seine Leistungsbereitschaft an der Einnahmenseite orientiert und nicht am Notwendigen.

„Arzt und Patient – Hand in Hand“ ist für mich als Präsident des BDU daher der Leitgedanke!

Stiftung Männergesundheit/HAROW

Das schwache starke Geschlecht

Erster Deutscher Männergesundheitsbericht veröffentlicht

Von Professor Dr. Doris Bardehle, Stiftung Männergesundheit

Präventionsangebote und medizinische Versorgung müssen besser an den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen ausgerichtet sein. Das ist ein Ergebnis des Ersten Deutschen Männergesundheitsberichts, der im Oktober 2010 von der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. mit Unterstützung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG veröffentlicht wurde.

Der Bericht fasst erstmals die gesundheitliche Lage, die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitsverhalten von Männern in Deutschland zusammen. Er zeigt

Defizite der Gesundheitsförderung und der medizinischen Versorgung auf, gibt Handlungsempfehlungen und liefert Impulse für weitergehende Forschungen. Ein hochrangiges Autorenteam um die Herausgeber Professor Doris Bardehle und Dr. Matthias Stiehler beleuchtet in dem Bericht verschiedene Bereiche der Männergesundheit: Die einzelnen Beiträge gehen u. a. auf historische Sichtweisen, die Gesundheit von Jungen und des alternenden Mannes, die häufig unterversorgten psychischen Erkrankungen, das männliche Risikoverhalten sowie die sozialen Lebensumstände von Männern ein.

Arbeitsauftrag an die Politik

Der Männergesundheitsbericht stellt fest, dass Männer das weitgehend vernachlässigte Geschlecht sind: Allzu lange waren Wissenschaft, Politik und Krankenkassen zögerlich, männliche Gesundheitsprobleme zu akzeptieren und zielgerichtet zu beheben. So fehlte bisher auch ein Männergesundheitsbericht, während ein Frauengesundheitsbericht bereits seit 2001 vorliegt. Mit dem jetzigen Pilotbericht ist damit zugleich der Auftrag an die Politik verbunden, einen offiziellen staatlichen Männergesundheitsbericht auszuarbeiten. Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder verwies bei der Vorstellung des Berichts darauf, dass die Bundesregierung erstmals ausdrücklich eine Jungen- und Männerpolitik betreibt und im Jahr 2011 ein staatlicher Männergesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts erscheinen wird.

Urologie ein Schwerpunkt des Berichts

Ein umfassendes Kapitel von Professor Lothar Weißbach und Professor Frank Sommer widmet sich den urologisch-andrologischen Erkrankungen. Dazu gehören vor allem

Krankheiten der Prostata und insbesondere das Prostatakarzinom. Die Zahl der Prostatakrebs-Erkrankungen nimmt weiterhin zu, gegenwärtig werden in Deutschland jährlich etwa 64.000 Neuerkrankungen festgestellt. In der Statistik krebsbedingter Todesursachen liegt dieser Tumor hinter Lungen- und Darmkrebs an dritter Stelle. Weiterhin betrachten die beiden Autoren sexuelle Funktionsstörungen wie Erektile Dysfunktion oder Ejaculatio precox und die zunehmende Zeugungsunfähigkeit bei Männern. Sie weisen in ihrem Beitrag darauf hin, dass noch immer ein öffentlich wahrnehmbarer Unterschied zwischen Frauen- und Männerkrankheiten gemacht wird.

Trotzdem plädieren Weißbach und Sommer dafür, Männerkrankheiten nicht nur auf die Prostata zu reduzieren. Die Verknüpfung der vielfältigen Aspekte der Männergesundheit macht schließlich auch die Bedeutung des Ersten Deutschen Männergesundheitsberichts aus: „Der Männergesundheitsbericht wird den Männern nicht nur zu medizinischer, sondern vor allem auch zu mehr gesellschaftlicher Aufmerksamkeit verhelfen“, hofft die Mitherausgeberin Professor Dr. Doris Bardehle von der Stiftung Männergesundheit.

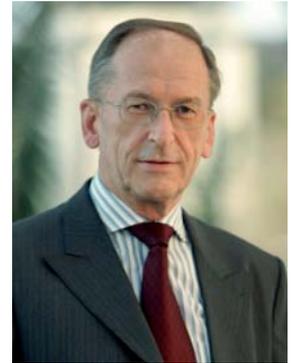


Der Männergesundheitsbericht ist zum Preis von je 29,90 € (plus 3,95 Euro Versandkosten) bei der Stiftung Männergesundheit per Telefax 030 | 27 87 56 73 zu beziehen.

HAROW-Studie soll die Prostatakrebs-Versorgung in Russland verbessern

Stiftung Männergesundheit unterstützt Aufbau von Prostata-Kompetenzzentren

Von Professor Dr. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit



Die von der Stiftung Männergesundheit initiierte HAROW-Studie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms läuft noch bis ins Jahr 2013. Bereits jetzt treibt die gemeinnützige und unabhängige Stiftung in Zusammenarbeit mit der Förderin der Studie, der GAZPROM Germania GmbH, auch die ärztliche Fortbildung in Russland voran.

Erkrankt ein russischer Mann an Prostatakrebs, gibt es für ihn derzeit keine große Auswahl an Therapiemöglichkeiten. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird er durch die Entfernung der Hoden kastriert. Dies ist ein drastischer Einschnitt in die Lebensqualität des Betroffenen. Seltenerere Behandlungsmethoden sind die operative Entfernung der Prostata, die Bestrahlung oder die medikamentöse Hormonentzugstherapie. Über nicht-invasive Strategien wie Active Surveillance (Aktive Überwachung) oder Watchful Waiting (Beobachtendes Abwarten) ist hingegen nur wenig bekannt und sie werden daher praktisch nicht angewandt. Häufig fehlen hierfür bereits die grundlegenden Voraussetzungen einer umfangreichen Aufklärung des Betroffenen und einer eindeutigen Zuordnung des Tumors in Risikogruppen.

„Die Größe des Landes, das russische Gesundheitssystem und ein anderes Gesundheitsbewusstsein sind eine besondere Herausforderung“, so Professor Lothar Weiß-

bach, Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit und zugleich Wissenschaftlicher Leiter der HAROW-Studie. „Es gibt so gut wie keine Krebsfrüherkennung. Öffentliche Informationen beispielsweise zur PSA-Untersuchung fehlen meist völlig. Zudem mangelt es häufig bereits an medizinischem Material für die PSA-Bestimmung oder an Biopsiegeräten und -nadeln. Im Vergleich zu unserem deutschen Gesundheitswesen sind die an der Diagnostik und Therapie beteiligten Fachdisziplinen in Russland streng getrennt. Ein fachübergreifendes Arbeiten findet nur selten statt“, so Weißbach weiter.

Ziel der Stiftung Männergesundheit ist es daher, den Aufbau interdisziplinärer Prostata-Kompetenzzentren in Russland anzustoßen. Grundlage hierfür sind fachübergreifende Weiterbildungsmaßnahmen für Urologen, Strahlentherapeuten und Pathologen. Bereits beim ersten Fortbildungssymposium im November 2009 in St. Petersburg kamen 110 interessierte Ärzte zusammen. Im September 2010 wurde die begonnene Zusammenarbeit in Moskau mit einem weiteren Symposium fortgesetzt. Eine weitere Veranstaltung soll im Herbst dieses Jahres erneut in St. Petersburg folgen.

Zuvor besuchten russische Urologen, Strahlentherapeuten und Pathologen im Februar ein zertifiziertes Prostatazentrum in Erlangen und ließen sich dessen Struktur und Arbeitsweise näher erklären. Zusätzlich schlossen die Stiftung Männergesundheit sowie ihr Partner, der Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V. (DVPZ), gemeinsam mit ihren russischen Partnern eine Kooperationsvereinbarung zum Aufbau eines Prostata-Kompetenzzentrums in Nordrussland, das letztlich auch mit den Erkenntnissen aus der deutschen HAROW-Studie nachhaltige Strahlkraft auf die medizinische Versorgung in ganz Russland entwickeln soll.

Neue PSA-Form verspricht Fortschritt in der Prostatakarzinomdiagnostik: [-2]pro-PSA

Von Professor Dr. Axel Semjonow
Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Münster



Seit der Entdeckung des prostataspezifischen Antigens (PSA) wird nach zusätzlichen Parametern gesucht mit dem Ziel, die Aussagekraft des PSA zu erhöhen, um dadurch die Anzahl unnötig entnommener Prostatabiopsien senken zu können und möglichst wenige Prostatakarzinome zu übersehen. Das Anfang der 90er Jahre entdeckte freie PSA (F-PSA) erlaubt in Kombination mit dem Gesamt-PSA (T-PSA) eine bessere Identifizierung von Männern mit einem Prostatakarzinom. Von der zusätzlichen Bestimmung von F-PSA profitieren aber nur die Männer, die einen sehr hohen (es liegt eher kein Prostatakarzinom vor) oder einen sehr niedrigen (es kann ein Prostatakarzinom oder eine Prostatentzündung vorliegen) Anteil des F-PSA am T-PSA aufweisen.

Prostatakarzinomzellen produzieren weniger PSA als gutartige Prostatazellen, geben aber meist (nicht immer) mehr PSA in das Blut ab, in dem PSA dann in erhöhter Konzentration gemessen werden kann. Die PSA-Unterformen, die von bösartigen Zellen gebildet werden, unterscheiden sich in ihrer Konzentrationsverteilung von denjenigen PSA-Unterformen, die von gutartigen Zellen gebildet werden. Zu den Faktoren, die die Aussagekraft des PSA einschränken können, gehören Konzentrationsunterschiede bei wiederholten Messungen, da der PSA-Wert biologischen und messtechnischen Schwankungen unterliegt. Während die biologischen Schwankungen bis zu 20% betragen können, verursachen messtechnische Schwankungen bei Verwendung desselben Messinstrumentes meist nur Abweichungen bis etwa 5%¹. Noch deutlich schwieriger wird die Interpretation der Messergebnisse aber, wenn mit Messinstrumenten verschiedener Hersteller gemessen wird, hier können die Unterschiede über 20% betragen.

Freies PSA

Seit 1991 kann zusätzlich zum T-PSA der Quotient aus F-PSA und T-PSA (F/T-PSA) bestimmt werden, um Männer mit leicht erhöhten T-PSA-Werten zu erkennen, die bei hohem F/T-PSA wahrscheinlich kein Prostatakarzinom (PCa) haben². F/T-PSA kann zu einer Verminderung unnötiger Prostatabiopsien beitragen, jedoch ist der Anteil an Männern, die einen hierfür ausreichend hohen F/T-PSA Quotienten aufweisen, relativ gering.

Weitere Forschungsbemühungen haben weitere Vorläuferformen (siehe Abb. 1) des F-PSA charakterisiert, ohne jedoch zunächst einen zusätzlichen klinischen Nutzen nachweisen zu können³.

Die Aussagekraft von [-2]pro-PSA ist klinisch hilfreich

Im Jahr 2000 zeigten Mikolajczyk et al.⁴, dass eine dieser F-PSA Vorläuferformen, das [-2]pro-PSA, im Prostatakarzinom-Gewebe in erhöhter Konzentration vorliegt. Ein Jahr später konnte dieser Unterschied auch im Serum nachgewiesen werden⁵ und der Quotient aus [-2]pro-PSA und F-PSA zeigte sich sowohl dem T-PSA als auch dem F/T-PSA überlegen. Mittlerweile gibt es erste Hinweise darauf, dass der Quotient aus [-2]pro-PSA und F-PSA (je höher, um so verdächtiger für ein Prostatakarzinom) nicht nur eine bessere Identifizierung von Männern mit Prostatakarzinom erlaubt⁶⁻⁸, sondern zusätzlich auch bei der Erkennung aggressiver Karzinome hilfreich sein könnte und damit möglicherweise die Behandlungsnotwendigkeit in "Aktiven Beobachtungsstudien" vorhersagen kann⁸⁻¹⁰.

Kombination von drei PSA-Parameter im „Prostate Health Index“ (phi)

Um die Interpretation der drei einzeln bestimmten PSA-Formen (T-, F- und [-2]pro-PSA) zu vereinfachen, können

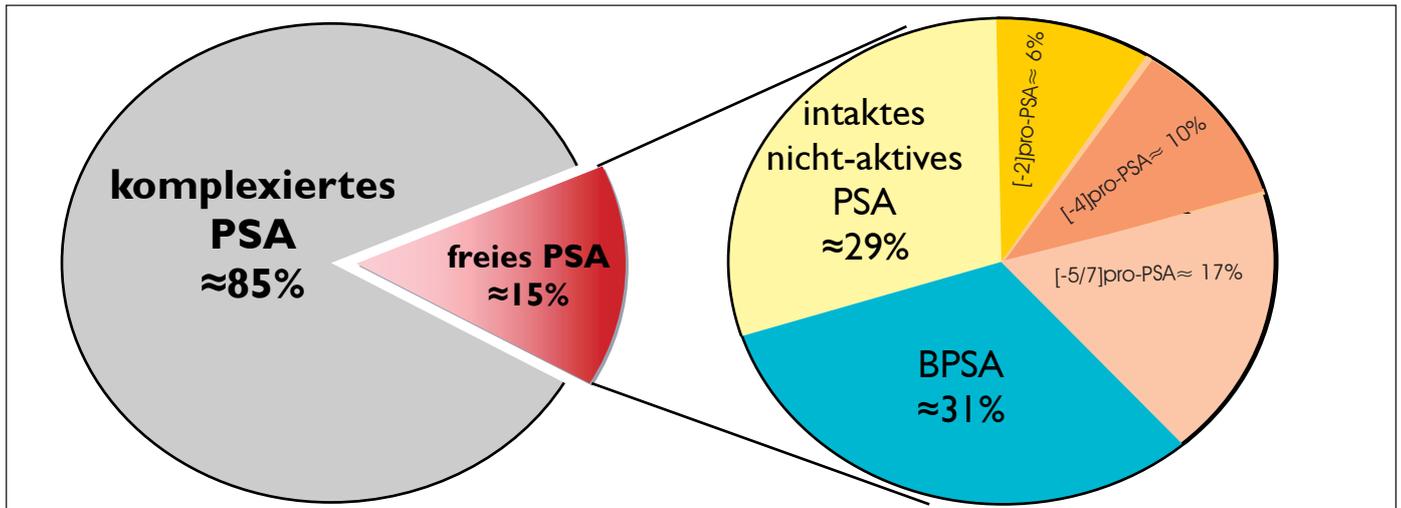


Abbildung:

F-PSA besteht aus verschiedenen molekularen Vorläuferformen. Eine dieser Vorläuferformen, [-2]pro-PSA, scheint bislang unter den Serummarkern die höchste Vorhersagekraft für ein Prostatakarzinom zu haben und kann möglicherweise auch Hinweise auf die Aggressivität des Karzinoms geben.



Die Arbeitsgruppe um Steve Mikolajczyk und Harry Rittenhouse veröffentlichte die ersten klinischen Studien, mehrere andere Studien folgten und bestätigten fast ausschließlich die Ergebnisse.

sie in einem Wert zusammengefasst werden. Dieser sogenannte Prostate Health Index „phi“ entsteht durch eine mathematische Verknüpfung der drei Parameter ($\phi = \frac{[-2]pro-PSA}{F-PSA} \cdot \sqrt{T-PSA}$). phi wurde bislang bei Männern mit T-PSA-Werten im Bereich von 2 bis 10 ng/ml (bzw. bei WHO-Standardisierung von 1,6 bis 7,8 ng/ml) validiert und zeigte in den meisten Studien eine Verbesserung der Aussagekraft. Außerhalb dieser Konzentrationsbereiche darf eine Interpretation der Ergebnisse nur unter Vorbehalt erfolgen.

[-2]pro/F-PSA ist in den meisten bereits vorliegenden Studien den herkömmlichen PSA-Parametern (T-PSA und F/T-PSA) signifikant überlegen. Bisher erschien nur eine Studie in der keine Überlegenheit gegenüber F/T-PSA

gezeigt wurde¹¹. Es ist bemerkenswert, dass [-2]pro/F-PSA auch in der besonders schwierigen Situation der Entscheidung für oder gegen eine Wiederholungsbiopsie besser abschneidet als T-PSA und F/T-PSA. Bei Männern mit bereits vorangegangenen Biopsien erlaubt der neue Parameter [-2]pro/F-PSA eine gegenüber T- und F/T-PSA verbesserte Aussage zum voraussichtlichen Ergebnis einer erneuten Biopsie.

Allerdings ist der phi-Index kein Beweis für das Vorliegen oder die Abwesenheit eines Prostatakarzinoms. Voraussetzung für die Diagnose eines Prostatakarzinoms ist eine Prostatabiopsie. Je niedriger die Krebswahrscheinlichkeit bei einem Mann ist, um so eher kann jedoch überlegt werden zunächst auf eine Biopsie zu verzichten. Für

diese individuelle Entscheidung sollten auch andere klinisch bedeutsame Faktoren wie der PSA-Verlauf über die Zeit, der digitale rektale Tastbefund, das transrektal-sonographisch bestimmte Prostatavolumen, ethnische Zugehörigkeit sowie evtl. vorliegende Prostatakrebsfälle bei Blutsverwandten berücksichtigt werden.

Was kann von [-2]pro-PSA erwartet werden?

Es ist sehr schwierig die Aussagekraft eines diagnostischen Tests für eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Befundkonstellationen zu beschreiben. Für wissenschaftliche Zwecke wird hierfür meist ein spezielles Verfahren genutzt, die so genannte ROC-Analyse. Nutzt man diese Art der Analyse, dann kann etwas vereinfachend für die verschiedenen PSA-Parameter gesagt werden: in einer Risikogruppe von Männern mit leicht erhöhtem T-PSA, wird durch T-PSA etwa 55%, F/T-PSA etwa 65% und phi etwa 75% an diagnostischer Aussagekraft erreicht.

Was sollte bei [-2]pro-PSA-Messungen berücksichtigt werden?

Seit Sommer 2010 steht ein automatisiertes Messverfahren für [-2]pro-PSA für die klinische Routine zur Verfügung (Access p2PSA). Für die Anwendung von [-2]pro-PSA im Alltag ist es wichtig zu wissen, dass die Behandlung der Blutprobe zwischen Blutentnahme und Messung einen relevanten Einfluss auf das Messergebnis haben kann. Anders als bei F-PSA (die F-PSA Konzentration sinkt mit zunehmender Zeitdauer zwischen Blutentnahme und Weiterverarbeitung der Probe und macht daher den F/T-PSA Quotienten umso „karzinom-verdächtiger“), steigt [-2]pro-PSA nach Blutentnahme mit zunehmender Zeit und macht somit das Messergebnis ebenfalls „karzinom-verdächtiger“. Um eine korrekte Interpretation des Ergebnisses von [-2]pro-PSA zu ermöglichen, muss das Vollblut innerhalb von drei Stunden zentrifugiert werden und sollte gefroren in das Labor geschickt werden¹².

Die Kosten für eine [-2]pro-PSA-Bestimmung betragen derzeit noch ein Mehrfaches einer T- oder F-PSA Messung. Es ist aber zu erwarten, dass die Kosten bei breiter Anwendung sinken werden. Eine mögliche Übernahme der Kosten durch Krankenkassen wird derzeit geklärt.

Zusammenfassung:

- Die Bestimmung des phi-Index und des Quotienten F/T-PSA ist nur innerhalb eines Gesamt-PSA Bereiches

von: 2,0 – 10 ng/ml (Hybritech-Kalibrierung) oder 1,6 - 7,8 ng/ml (WHO-Standardisierung) validiert. Außerhalb dieses Konzentrationsbereiches ist die Aussagekraft von phi und F/T-PSA eingeschränkt und die Ergebnisse dürfen nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

- Auch der phi-Index ist kein Beweis für das Vorliegen oder die Abwesenheit eines Prostatakarzinoms. Voraussetzung für die Diagnose eines Prostatakarzinoms ist eine Prostatabiopsie.
- Die Bestimmung des phi-Index und des F/T-PSA nach Therapie eines Prostatakarzinoms ist nach derzeitigem Kenntnisstand nicht sinnvoll. Der Einfluss einer Prostatentzündung oder einer vorangegangenen Operation einer gutartigen Prostatavergrößerung auf den phi-Index wurde bisher nicht ausreichend untersucht.
- Die gefrorene Serumprobe muss innerhalb von 24 Stunden im Labor eintreffen, die Versendung erfolgt in einem Kühlcontainer.

Solange [-2]pro-PSA Messungen noch nicht in den meisten Routinelabors durchgeführt werden, können Urologen für ihre Patienten die Messungen im Universitätsklinikum Münster durchführen lassen (Anforderungsformular unter Tel.: 0251-8347449 oder e-mail semjono@uni-muenster.de). Die Kosten für die Messungen von T-PSA, F-PSA und [-2]pro-PSA werden dem Urologen (nicht dem Patienten) vom Universitätsklinikum Münster in Rechnung gestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für [-2]pro-PSA Messungen bisher noch nicht.

Literatur:

- 1 Söletormos G, Semjonow A, Sibley PE et al.: Biological variation of total prostate-specific antigen: a survey of published estimates and consequences for clinical practice. Clin Chem 51: 1342, 2005.
- 2 Lilja H: Significance of different molecular forms of serum PSA. The free, noncomplexed form of PSA versus that complexed to alpha 1-antichymotrypsin. [Übersicht]. Urol Clin North Am 20: 681, 1993).
- 3 Lein M, Semjonow A, Graefen M, et al.: A multicenter clinical trial on the use of (-5, -7) pro prostate specific antigen J Urol 174: 2150, 2005.
- 4 Mikolajczyk SD, Millar LS, Wang TJ et al.: A precursor form of prostate-specific antigen is more highly elevated in prostate cancer compared with benign transition zone prostate tissue. Cancer Res 60: 756, 2000.

- 5 Mikolajczyk SD, Marker KM, Millar LS et al.: A truncated precursor form of prostate-specific antigen is a more specific serum marker of prostate cancer. *Cancer Res* 61: 6958, 2001.
- 6 Mikolajczyk SD, Marks LS, Partin AW et al.: Free prostate-specific antigen in serum is becoming more complex. *Urology*, 59: 797, 2002.
- 7 Catalona WJ, Bartsch G, Rittenhouse HG et al.: Serum pro prostate specific antigen improves cancer detection compared to free and complexed prostate specific antigen in men with prostate specific antigen 2 to 4 ng/ml. *J Urol* 170: 2181, 2003.
- 8 Stephan C, Kahrs AM, Cammann H. et al.: A [-2]pro-PSA-based artificial neural network significantly improves differentiation between prostate cancer and benign prostatic diseases. *Prostate* 69: 198, 2009.
- 9 Catalona WJ, Bartsch G, Rittenhouse HG et al.: Serum pro-prostate specific antigen preferentially detects aggressive prostate cancers in men with 2 to 4 ng/ml prostate specific antigen. *J Urol* 171: 2239, 2004.
- 10 Makarov DV, Isharwal S, Sokoll LJ et al.: Pro-prostate-specific antigen measurements in serum and tissue are associated with treatment necessity among men enrolled in expectant management for prostate cancer. *Clin Cancer Res* 15: 7316, 2009.
- 11 Liang Y, Ankerst DP, Ketchum NS et al.: Prospective evaluation of operating characteristics of prostate cancer detection Biomarkers. *J Urol* 185: 104, 2011.
- 12 Semjonow A, Köpke T, Eltze E et al.: Pre-analytical in-vitro stability of [-2]proPSA in blood and serum. *Clin Biochem* 43: 926, 2010.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Axel Semjonow
 Prostatazentrum am UKM
 Klinik und Poliklinik für Urologie
 Universitätsklinikum Münster
 48129 Münster
 E-Mail: semjono@uni-muenster.de
www.klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=1082

Prostatakrebs: Gestern – Heute – Morgen

Die Redaktion dankt Wolfhard D. Frost, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld, für seine Zusammenfassung der Vorträge von Professor Dr. Hartwig Huland und PD Dr. Thomas Steuber (beide Martini-Klinik am UKE Hamburg-Eppendorf), gehalten während der Jubiläumstagung des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. in Magdeburg.



Einleitend stellte Professor Huland klar: „Wir alle wissen, dass das Prostatakarzinom bei derzeit 60.000 Neuerkrankungen pro Jahr der mit Abstand häufigste und bösartigste Tumor des Mannes ist und verantwortlich für rd. zehn Prozent aller Krebstodesfälle des Mannes, eine gewaltige Zahl. Diese Häufigkeit ist nicht dem PSA geschuldet. Ein Teil der Zunahme des Prostatakarzinoms der letzten Jahre resultiert aus den demografischen Faktoren. In der Altersklasse 55 bis 75 steigt die Zahl der Männer, die potentiell für die Diagnose Prostatakarzinom infrage kommen, bis 2024 auf elf

Mio. an. Das sind 73% mehr als in den frühen neunziger Jahren. Mehr auch wegen der Anwendung des PSA, wobei noch vor fünf Jahren gerade mal jeder 5. Mann seinen PSA-Wert kannte. Heute sind wir bei Zahlen zwischen 40 und 50%.“

PCa – Gestern und Heute

- Jeder Patient mit einem PCa, der 1980 vor uns stand, war ein Rätsel.
- Wir sind heute nicht mehr auf dem Stand von 1980, wo Erkennung und Versorgung von PCa grauenhaft war.
- Das damalige anatomische Bild der Prostata war falsch.
- Mit den heutigen drei Meßwerten 1. PSA, 2. Gleason-Grad und 3. Tastbefund/klinisches Stadium können wir unglaublich viel berechnen.

Mio. an. Das sind 73% mehr als in den frühen neunziger Jahren. Mehr auch wegen der Anwendung des PSA, wobei noch vor fünf Jahren gerade mal jeder 5. Mann seinen PSA-Wert kannte. Heute sind wir bei Zahlen zwischen 40 und 50%.“

Zum PSA/Screeningstudie

- PSA ist immer in der Kritik gewesen
- Mit den beiden Screeningstudien in den USA und Europa ging ein Donnerhall los, die Studien würden nun endlich beweisen, dass PSA Unsinn sei und „...alle negativen Adjektive, die man sich so vorstellen kann, prasselten auf uns Urologen nieder.“

Biologie

Im ersten Teil seines Vortrages nutzte Professor Huland die Gelegenheit, darauf hinzuweisen, „...was wir schon geleistet haben in den letzten Jahren! Wir sind nicht mehr auf dem Stand von 1980, wo rückblickend die Erkennung und Versorgung von Prostatakrebs unzureichend und das damalige anatomische Bild der Prostata falsch war.“ Und rückblickend: „Noch vor 20 bis 30 Jahren wurde davon ausgegangen, Prostatakrebs ist ein total unberechenbarer Tumor, die Urologen wussten nicht, wann ist er lokal, wann ist er nicht lokal. Jeder Patient, der mit Prostatakrebs vor uns stand, war ein Rätsel.“

Erst über Autopsieserien von McNeal, über die Bestimmung des Volumens von Prostatakarzinomen von 60 bis 70-jährigen Männern sei erkennbar geworden, „...kleine Tumoren sind nicht sehr böse, große sind sehr böse.“ Der Tumor sei mittels PSA-Wert, Tastbefund/klinisches Stadium und den Gleason-Grad in der Biopsie berechenbar geworden. „Mit diesen drei Messwerten können wir unglaublich viel berechnen.“ Professor Huland verdeutlichte, als was er sich selbst bezeichnete „Vertreter der Prostataktomie“ anhand von Beispielen, wie in seiner Klinik gearbeitet wird, welche Werte abgefragt werden, um danach das weitere Vorgehen auszurichten: Mit welcher Wahrscheinlichkeit sind die Lymphknoten betroffen? Oder ist die Kapsel penetriert? Letzteres ein entscheidender Faktor, ob eine nervschonende Behandlung noch möglich ist und ob der Patient durch die Operation geheilt werden kann.

„Ich brauche bei sehr früh entdeckten Tumoren mit einem PSA-Wert unter zehn und niedrigem Gleason-Grad kein Knochenszinti, auch kein CT. Die Bildgebung verlässt uns da. Wir benutzen dieses nomografische Staging (Anmerkung: Rechenmodell zur Vorhersage), um den Tumor einzuschätzen und um individuell richtig zu operieren, individuell richtig zu behandeln.“

PSA und Übertherapie

So schlecht wie in den Medien gemacht, sei PSA denn nun auch wieder nicht, wenngleich der PSA immer schon in der Kritik gewesen sei. Professor Huland: „Die vielzitierte amerikanische Studie, die den Wert des PSA im Screening überprüft hat und keinen Vorteil bei denen findet, die im Screening-Arm waren, ist wertlos. Von den über 76.000 eingeschlossenen Patienten hätten 40% schon vorher ihren PSA-Wert gekannt, im Screening-Arm hätten nur 85% ihren PSA-Wert regelmäßig bestimmen lassen, im Kontrollarm, wo keiner seinen PSA kennen sollte, doch 52%.“

Die qualitativ bessere europäische Studie mit 156.000 Männern sei auch nicht ideal. Man schätzt, dass etwa 10% vorher ihren PSA-Wert kannten und, dass auch nur 82% im Screening-Arm ihren PSA-Wert haben bestimmen lassen.

Deutliche Kritik übt Professor Huland an der Studiendauer von nur sieben Jahren. Prostatakrebs, der über ein PSA-Screening entdeckt wurde, wächst so langsam, dass nach sieben Jahren (wie in der USA Studie) oder nach neun Jahren (wie in der europäischen Studie) kein Vorteil der PSA entdeckten Karzinome erkennbar sein kann.“ 15 Jahre seien bei Prostatakrebs erforderlich. „Dennoch betrug in der europäischen Studie im Vergleich derjenigen, die den PSA kontrolliert haben, zu denen, die den PSA-Wert nicht kontrolliert hatten, bereits nach neun Jahren der Unterschied 30% bzgl. des prostata-spezifischen Überlebens. Und bei denjenigen, die Metastasen hatten, zu denen, die keine Metastasen hatten, betrug der Unterschied sogar 40%.“

In der Summe überwiegen die Vorteile des PSA-Wertes dessen Nachteile, denn PSA habe die Diagnostik und Prognoseeinschätzung revolutioniert. PSA ist ein hervorragender Marker zur frühen Erkennung des Prostatakarzinoms.

„Ich möchte nicht Urologe sein in einer Prä-PSA-Ära. Früher haben wir höchstens 10 Prozent in einem heilbaren Stadium entdeckt, heute sind es 70 bis 80%.“ Natürlich,

Übertherapie	
Ein 60jähriger Mann hat das Risiko	
ein Prostatakarzinom zu haben	40%
am Prostatakarzinom zu erkranken	8-9%
am Prostatakarzinom zu versterben	2,9%

so räumt Professor Hulan ein, habe der PSA-Wert Probleme, denn er ist kein tumorspezifischer Marker. „Wenn der PSA erhöht ist, habe ich die grausame Situation, dass in meiner Sprechstunde von zehn Männern mit erhöhtem PSA nur zwei bis drei Prostatakrebs haben.“ Mit Hilfe weiterer Daten wie Kinetik des PSA, freies PSA und Familienhistorie könne man jedoch die Diagnose einengen. Das Fehlen eines eindeutigen Normalwertes wie z. B. beim Kreatinin sei ein echtes Problem.“ Bei Männern mit einem PSA unter 4 hatten nämlich 15% Prostatakrebs und 15% davon hatten immerhin Gleason 7.“

Bei Untersuchungen in seiner Klinik an 133 Männern im Alter von 64 bis 68 Jahren, deren Prostata ohne krankhaften Prostatabefund im Rahmen einer Blasenentfernung bei Blasenkrebs mit entfernt wurden, und die somit repräsentativ für eine normale Bevölkerung in diesem Alter sind, habe man bei 58 Männern (40%) Prostatakarzinome gefunden. Das seien „überwiegend winzige Karzinominseln gewesen, kleiner als 0,5 ccm“. Die bei der OP entnommenen Organe wurden dann nachträglich „auf dem Tisch“ biopsiert. Dabei wurden nur noch 4 von den vorher bekannten 47 Karzinomen entdeckt. „Da haben wir bei den ganz kleinen Tumoren zum Glück vorbeigestochen.“ Sonst hätte dies ja bedeutet, dass man buchstäblich bei jedem zweiten Mann in diesem Alter Prostatakrebs entdecken würde, was unweigerlich zu einer exzessiven Übertherapie führen würde. Diese winzigen übersehenen Tumore werden i. A. nicht lebensbedrohend und werden ja auch insignifikante Tumore genannt. Bei den wegen Prostatakrebs operierten Patienten finden sich auch nur selten solche insignifikanten, kleine Tumore „...unserer Wirklichkeit, nämlich den von uns operierten Patienten“ hätten 6-8% einen insignifikanten Tumor gehabt. Professor Hulan: „Die hätte man eigentlich nicht behandeln müssen.“

Es gäbe zwei Instrumente, wie man das Overtreatment, die Übertherapie, eindämmen könne. „Wir versuchen vor der Operation, die Tumore zu identifizieren, die insignifikant sind, d. h. unter 0,5 ccm, noch in der Kapsel, kein Gleason 4, PSA-Dichte unter 0,15.“ Man könne mit einer solchen Tumorselektion eine Übertherapie allenfalls um 10% reduzieren. Tumorselektion sei ineffektiv und nicht zu 100% verlässlich, denn „... trotz aller guten Berechenbarkeit des Prostatakarzinoms findet sich bei jedem dritten Operierten dann doch ein aggressiver Tumor.“

Viel besser sei eine Patientenselektion, nämlich die Patienten zu erkennen und behandeln, die von einem Karzinom tatsächlich bedroht sind. Das sind wegen des langsamen Wachstums des PSA entdeckten Prostatakrebses Männer, die eine Lebenserwartung von mindestens 10 oder 15 Jahren haben „Das wird schon lange bei uns in der Klinik und in den urologischen Praxen so gehandhabt.“

Radikale Prostatektomie

Mit Daten von derzeit 2000 Operationen pro Jahr demonstriert Professor Hulan in einem ausgezeichnet gemachten Hochglanzprospekt die Vorzüge und Fortschritte bei der operativen Behandlung in der eigenen Klinik, räumt zugleich aber auch die qualitativen Fortschritte der 3D konformalen Bestrahlung ein. „Ein Viertel meiner Patienten in meiner Sprechstunde schicke ich zur Bestrahlung und nur Dreiviertel in den operativen Weg.“

In Hamburg habe man Liegezeiten von nur noch sechs Tagen. Der Bauchschnitt beträgt in der Martini-Klinik nur noch sechs bis acht cm. Riesenfortschritte habe es bei

Alter der PCa-Patienten
Hamburger Datenbank
n=1605 Jan.07 bis Feb. 08
Radikale Prostatektomie
mittl. Alter 63,5 (37 – 73)
9,3% > 70 Jahre
0,2% > 75 Jahre
HDR-Brachytherapie mittl. Alter 72,5 Jahre (51-83)
55,6% > 70 Jahre

der perioperativen Belastung (Belastung durch die Operation) im Vergleich der Jahre Mitte 1990 zu Mitte 2000 gegeben. Die perioperative Mortalität (relatives Risiko durch die OP zu sterben) sei im Promillebereich, also praktisch bei Null. Die üblichen Rektum- und Harnleiterverletzungen seien alle fast um den Faktor 10 heruntergegangen. Professor Hulan: „Man kann sagen: Die Prostatektomie ist heute ein standardisiertes schonendes Verfahren geworden, früher war das eine grauenhafte Operation.“

Wie sieht es mit der funktionellen Seite nach der OP aus? Rd. 96% seien komplett trocken, die restlichen 4 bis 5% hätten im Allgemeinen minimale Probleme, tragen z. B. nur beim Sport eine Vorlage. „Ein weiterer Fortschritt unserer den Schließmuskel schonenden OP-Technik ist die Frühkontinenz. Ca. 61% unserer Patienten benötigen

bereits beim Ziehen des Katheters keine oder nur eine Vorlage zur Sicherheit. Eine komplette Inkontinenz sollte nach der Operation heute nicht mehr auftreten.“

96% der Jüngerer über 55jährigen mit beiderseits nervschonender Operation seien wieder potent, 70% kommen ohne Viagra aus. Bei 65jährigen mit nervschonender Operation waren 80% potent, aber ein Drittel benötigen Viagra oder ähnliche Medikamente. Das sei vor 20 und mehr Jahren noch undenkbar gewesen. Ganz ordentliche Ergebnisse, stellt Professor Huland zufrieden fest, allerdings nur, wenn die Potenz vorher intakt ist.

Forschung

Die vorerwähnte in 1991 begonnene Datenbank sei eine wichtige Basis für neue Erkenntnisse. Erfasst sind derzeit 11.500 in der Martini-Klinik operierte Patienten, die Nacherfassungsquote erfolgt per Fragebogen. Die Rücklaufquote beträgt 86%.

Professor Huland: „Eines der Ergebnisse ist ein Paradigmenwechsel (= eine neue Lehrmeinung setzt sich durch). Noch vor zehn Jahren waren wir der Ansicht, T3 Tumoren mit PSA über 20 heilen wir nicht. Über 20% dieser Patienten, das ist eine neue Erkenntnis, können geheilt werden. Das gilt auch für die frühere Annahme, wir kommen mit der OP zu spät, wenn in der Biopsie ein Gleason 4+4 oder 4+5 enthalten ist. Das stimmt nicht.“ Ein gewisser Prozentsatz habe auch da eine Heilungschance durch die lokale Therapie, auch in wenigen Fällen bei Tumoren, die andere Organe infiltriert haben. „Wir haben jetzt Daten, wo wir erfolgreich die Prostata trotz Lymphknotenbefall entnommen haben und die Patienten noch ein Benefit hatten.“

Den Fortschritt der letzten Jahre könne man daran erkennen,

- dass der Prostatakrebs im Gegensatz zu früher jetzt ein berechenbarer Tumor geworden ist
- dass PSA trotz der Probleme ein sehr guter Früherkennungsmarker ist
- dass die Heilungsrate bei lokalem Tumor bei 70% liegt, und sogar bei 80%, rechnet man hinzu, dass man die Hälfte der Rezidive durch Nachbestrahlen heilen könne. „Das gab es vor dreißig, vierzig Jahren nicht.“
- dass die früher sehr große Morbidität (Inkontinenz, Impotenz) heute eher gering ist.

Dennoch seien da noch viele Probleme, das Prostatakarzinom ist untererforscht, da sind Defizite: „Wir wissen nicht genug über die Ätiologie (Ursachen). Für mich schreit das Prostatakarzinom danach, dass man forscht, ob eine Infektion die Ursache von Prostatakrebs ist. Wir brauchen spezifischere Marker, die wirklich nur beim Prostatakarzinom erhöht sind. Auch wenn die diagnostische Bildgebung besser geworden, ist sie noch in den Kinderschuhen. Wir brauchen eine bessere Klassifizierung der Aggressivität, um den einzelnen Patienten besser beraten zu können. Und wir brauchen Therapien für das hormonrefraktäre Prostatakarzinom.“

Professor Huland ist in Bezug auf die Zukunft optimistisch, denn die Martini-Klinik ist mit dabei, wenn unter der Federführung des Deutschen Krebsforschungszentrums Ärzte und Molekularbiologen damit starten, die genetischen Ursachen von Prostatakrebs im Frühstadium zu erforschen „... letztlich, weil wir diese Datenbank haben!“

Das fortgeschrittene Prostatakarzinom

Mit einem vorsichtigen Ja beantwortete Dr. Steuber die Frage, ob es in den letzten zwei Jahren neue Perspektiven gegeben habe für Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatakarzinom.

Hormontherapie

bzw. was ist zu tun, wenn die Standardhormontherapie nicht mehr greift, wenn ein Tumor trotz Hormontherapie fortschreitet ?

Es gibt viele Varianten der Hormontherapie, wenn ein Tumor metastasiert ist, nicht mehr operiert wird und nicht mehr bestrahlt werden kann. Man kann sowohl mit einem Antiandrogen oder einem LHRH eine Monothera-



pie beginnen. Kommt es im weiteren Verlauf zu einem weiteren Anstieg des PSA und einer Unempfindlichkeit gegenüber dieser Therapie, kombiniert man oder intensiviert man die Hormontherapie durch zusätzliche Gabe des jeweils anderen Präparates. Des Weiteren besteht die Möglichkeit die Tabletten wieder abzusetzen. Es entsteht ein sogenanntes antiandrogenes Entzugssyndrom.

Wenn keines der vorgenannten Medikamente mehr anspricht und es trotzdem zu einem Fortschreiten des Tumorwachstums kommt durch Anstieg des PSA, Wachstum von Metastasen, dann spricht man von einem hormonrefraktären oder aber von einem kastrationsresistenten Tumor.

Es gibt unterschiedliche Theorien, wie sich der Tumor den Therapiemechanismen entziehen kann, u. a. kann der Androgenrezeptor nicht von dem Antiandrogenen besetzt werden, weil er seine Struktur verändert oder aber die Dichte der Androgenrezeptoren an der Prostatakrebszelle wird um ein hundertfaches hochreguliert.

Neben den bisherigen Quellen der Hormonproduktion, den Hoden (gonadale Achse) und den Nebennieren entwickelt sich eine intrakrine Testosteronproduktion. Das heißt nichts anderes, als dass die Prostatakrebszelle Testosteron innerhalb der Tumorzelle bildet, unabhängig wird. Sie versorgt sich selbst mit dem für die Tumorzelle lebensnotwendigen Testosteron und kann dann hormonunabhängig bzw. kastrationsunabhängig weiter proliferieren (wachsen). Mit den derzeit gängigen Medikamenten kann die intrakrine Testosteronproduktion nicht unterbunden werden. „Die klassische Hormontherapie geht hier nicht ran!“

Hier setzen jetzt neue Medikamente an, die berechtigt, sehr viel Hoffnung wecken: Abiraterone von Cougar und TAK700 von Takeda sind Präparate, die die Androgensynthese durch Unterdrückung von Schlüsselenzymen hemmt, das Endprodukt Testosteron wird nicht mehr gebildet. Das heißt, sowohl im Hoden als auch in der Nebenniere und auch intrazellulär bleibt die Hormonproduktion aus.

Klinischen Studien zu Abiraterone, und zwar sowohl für Patienten nach Chemotherapie als auch vor einer Chemo, jedoch hormonrefraktär und metastasiert, sind mit über 1000 Patienten in jeder Studie sehr weit fortgeschritten. Beim ASCO in den USA werden 2011 die Daten erwartet. Bereits jetzt ist schon bekannt, dass die ersten Metaanalysen sehr positiv ausfallen. Anhand einer Kasu-

istik veranschaulichte Dr. Steuber die Wirkung von Abiraterone.

Das TAK700, ein Analogon, wird jetzt aktuell weltweit mit 2 Studien bei hormonrefraktären und metastasierten Patienten vor und nach einer Chemotherapie untersucht werden. In der Martini-Klinik ist Studienbeginn in 2011.

Ein weiteres Medikament, das derzeit in Deutschland überprüft würde, sei das ZD 4054, was bei asymptomatischen metastasierten Patienten untersucht wird.

MDV3100 ist ein sogenannter sekundärer Androgenrezeptorblocker, soll letztendlich dann angewandt werden, um, wenn die klassische Hormontherapie nicht mehr funktioniert, die mutierten und hochregulierten Androgenrezeptoren der hormonrefraktären Tumorzelle doch noch zu besetzen. Auch da ist die Hamburger Klinik an einer internationalen plazebokontrollierten Studie für Patienten mit metastasiertem Tumor nach einer Chemotherapie beteiligt. Eine weitere Studie für Patienten vor einer Chemotherapie soll in 2011 aufgelegt werden. Dr. Steuber berichtet von vorläufigen Daten aus der Phase II Studie, die bei 60% der Patienten mit einem nicht-chemotherapierten, hormonrefraktären und metastasierten Tumor zu einer Halbierung des PSA-Wertes geführt haben. Dr. Steuber. „Schaut man sich die Patienten mit Metastasen an, so zeigten 36% ein teilweises Ansprechen durch eine Verkleinerung der Metastasen und eine Stabilisierung der Erkrankung bei 44%, d. h. rd. 80% der Weichteilmetastasen wurden kleiner. Bei Patienten mit Knochenmetastasierung war bei 63% eine Stabilisierung zu beobachten, d. h. kein weiteres Fortschreiten der Knochenmetastasen.“

Therapie von Knochenmetastasen

Lange Zeit galt die Behandlung mit dem Bisphosphonat Zometa zur Vorbeugung von Schmerzen und Frakturen als Goldstandard. Hier scheint es einen Mitstreiter zu geben, das Denozumab.

75% aller Patienten mit einem metastasierten Karzinom haben osteoblastische (knochenaufbauende) Knochenmetastasen im Gegensatz zu den osteolytischen Knochenmetastasen anderer Tumorerkrankungen. Was kann man tun? Bei symptomatischen Metastasen (wenn man Schmerzen hat) kann bei isolierten Metastasen eine Bestrahlung helfen. Die Radionuklidtherapie wird angewandt bei Schmerzen von multiplen Knochenmetastasen (wenn die Knochenmetastasen an vielen Stellen des

Skeletts zu finden sind). Wenn eine Destabilisierung des Knochens zu befürchten ist, kann eine orthopädische Stabilisierung erfolgen. Das Ergebnis wird dann konsolidiert mit einer Bestrahlung des Operationsgebietes. Und es besteht die Möglichkeit, Knochenmetastasen mit Zometa präventiv medikamentös zu behandeln. Durch die vierwöchentliche intravenöse Gabe von Zometa verzögerte sich das Auftreten sogenannter SRE's (das sind Knochenschmerzen, Knochenbrüche, die Notwendigkeit von Bestrahlung oder einer Operation infolge einer Knochenmetastase) im Mittel um über fünf Monate. Zometa ist derzeit ein Standardtherapeutikum bei Patienten mit Knochenmetastasen.

Bei der Therapie mit dem intravenös verabreichten Antikörper Denozumab wird ein Knochenaufbau beobachtet, die Knochendichte steigt um 5,7%. Das wirkt sich positiv aus auf die Rate der osteoporotisch bedingten Frakturen. Dieses hat dazu geführt, dass Denozumab zugelassen wird zur Behandlung der Osteoporose bei gesicherten Metastasen unter einer Hormontherapie. Zurzeit läuft ein Antrag für die Zulassung von Denozumab zur prophylaktischen Behandlung.

Chemotherapie beim hormonrefraktären, kastrationsresistenten metastasierten Prostatakarzinom

Insbesondere die Zweitlinientherapie, wenn das Standardmedikament, das Docetaxel, nicht mehr wirkt. Docetaxel ist heute das Standardprogramm, nachdem jahrelang das Prostatakarzinom als resistent gegen eine Chemotherapie galt. Docetaxel mit 75 mg/m² dreiwöchig, bringt im Median einen Überlebensvorteil von rd. drei Monaten, bei 45% der Patienten erfolgte ein gesicherter PSA-Abfall und zudem eine deutliche Schmerzreduzierung im Vergleich mit den zuvor eingesetzten Chemotherapeutika. Dr. Steuber: „Ein Teil der Patienten spricht auf Docetaxel allein nicht an.“ Gesucht wird nach Kombinationen, die die Docetaxeltherapie möglicherweise verbessern können wie Docetaxel + Dasatinib, Docetaxel + ZD 4054, Docetaxel + Cannabis. Und man ist auf der Suche nach sogenannten Zweitlinientherapeutika, die dann angewendet werden sollen, wenn ein Erstlinientherapeutikum wie das Docetaxel nicht mehr wirkt. Nochmals Dr. Steuber: „Bisher gab es da gar nichts.“

Vorgestellt wurde vom Referenten das Cabazitaxel, welches in einer Studie bei Männern mit einem kastrationsresistenten metastasierten PCa nach einer vorange-

gangenen Docetaxeltherapie untersucht wurde im Vergleich zum Mitoxantron, das bisher als Zweitlinientherapeutikum angewandt wurde. Dr. Steuber: „Hier zeigt sich ein Überlebensvorteil!“ Die Ergebnisse der Zulassungsstudie „TROPIC“ für eine 2nd-line-Therapie mit Cabazitaxel (Handelsname Jeventa) im Vergleich zu Mitoxantron zeigen eine Risikoverminderung auf den Todesfall um

Knochenmetastasen

- Bei 75% der PCa Patienten
- osteoblastisch (knochenaufbauend)
- Therapie bei symptomatischen Metastasen
 - lokale Bestrahlung
 - Radionuklidtherapie z. B. Samarium
 - Operation plus Bestrahlung
- Medikamentös (Zometa)

rd. 30%, d. h. eine Verlängerung des Überlebens von 12,7 auf 51,1 Monate im Durchschnitt.

Man müsse aber auch kritisch genug sein und sich das Nebenwirkungsspektrum anschauen, insbesondere ist das die Grad 3 Nebenwirkung, Febrile Neutropenie, (Unterdrückung des Knochenmarks), was bei 7,5% der Patienten zu Fieber und bedrohlichen Entzündungszuständen führen kann. „Das ist ganz schön viel im Vergleich zu anderen Chemotherapeutika.“ Ebenso hatten 6,2% der Patienten Grad 3 Durchfälle.

Dr. Steuber: „Das sind Daten, die man sehr sorgfältig mit dem Patienten besprechen muss.“ Diese Nebenwirkungen seien behandelbar, „aber man sollte die Patienten nur dort behandeln, wo sehr viel Erfahrung vorhanden ist.“ Eine Zulassung in den USA durch die FDA sei bereits erteilt und dürfte „... für den deutschen Markt in greifbarer Nähe sein.“

Zusammenfassend betonte der Referent, Docetaxel ist derzeit beim hormonrefraktärem/kastrationsresistenten Prostatakarzinom beim Fortschreiten der Krankheit die Standardtherapie. Was darüber hinaus zzt. an Therapien stattfindet, findet in Studien statt. Solche Phase III Studien seien notwendig, um die Effizienz und Evidenz von neuen Präparaten zu überprüfen.

In der Martini-Klinik in Hamburg laufen weitere Studien mit Lenalidomid, mit MDV3100 und eine mit Alpharadin, das ist ein Alphanuklid, ein Alphastrahler, der bei metastasiertem Prostatakarzinom Linderung bei Schmerzen und einen Überlebensvorteil bringen soll.

Für Kontaktaufnahme in Bezug auf Studien hat die Martini-Klinik eine besondere Sprechstunde unter der Rufnummer 040.74105 1337 eingerichtet, ebenso eine Studienambulanz unter Tel. 040.74105 – 1311.

Nachlese zum Vortrag von PD Dr. Steuber

In der Diskussion wurden dann noch Informationen zu Nebenwirkungen bei Abiraterone und MDV3100 abgefragt. Dr. Steuber wies daraufhin, dass Abiraterone in den Wasser-Salzhaushalt eingreift und deshalb zum Ausgleich dieser Nebenwirkung in Kombination mit einer Gabe von jeweils 5mg Cortison morgens und abends gegeben wird. Und Kortison hat ebenfalls Nebenwirkungen. Merkmale der Abirateronetherapie sind der Bluthochdruck und ein Absinken des Kalium. Und wenn die Kaliumwerte zu niedrig sind können Herz-Rhythmusstörungen auftreten. Da muss man Laborwerte bzgl. Blutdruck und Herzleistung sehr sorgfältig überprüfen. Deswegen wurden bisher Patienten mit länger bestehenden Herzerkrankungen in die Abirateronestudien nicht aufgenommen. Die kardiologische Komponente ist nicht zu unterschätzen.“

Abiraterone

Auf die Frage, ob in Zukunft möglicherweise Abiraterone die LHRH-Analoga verdrängen könnte, antwortete Dr. Steuber mit „Zukunftsmusik, das wird sich letzten Endes über das Nebenwirkungsspektrum entscheiden und natürlich über die Kosten“ und man müsste dann auch hormonnaive Patienten in Studien einbeziehen.

MDV3100

Das MDV3100, ein sekundärer Androgenrezeptorblocker, ... soll auch Wirkung auf die Herzleistung haben.“ Es soll nicht mit Kortison kombiniert werden. Bei diesem Medikament wird lt. Dr. Steuber daran gedacht, es bei hormonnaiven Patienten anzuwenden, also bei einer Erstlinien-Hormontherapie.

Zometa

Auf die Frage: Was tun Sie präzise, um den bekannten Nebenwirkungen bei Zometa vorzubeugen? antwortete Dr. Steuber: „Die Calcitriol- und Vitamin D-Gabe in Kombination mit Kalzium, das ist ja der Baustoff, der in den Knochen mobilisiert durch die Bisphosphonate mobilisiert werden soll, wird bei der Medikation aufgrund der Herstellerempfehlung gegeben. Was man machen

kann ist Prävention, d. h. sanierungsbedürftige Zahnsituationen vorher in Ordnung bringen. Prothesenträger haben ganz klar ein erhöhtes Risiko.“

Carboplatin

Auf die Frage nach der Wirkung von Platinhaltigen Chemotherapeutika gegen das Prostatakarzinom verwies Dr. Steuber auf kleine Studiengruppen, bei denen kein adäquates Ansprechen beim Einsatz von Carboplatin zu sehen gewesen sei.

PCA3-Urintest

„Der PCA3-Test ist noch in den Kinderschuhen. Es ist immer schwierig, einen kommerziellen Marker aufgrund seiner klinischen Wertigkeit zu empfehlen oder nicht zu empfehlen. Beim PSA gibt es mittlerweile Erkenntnisse von hunderttausenden wenn nicht sogar Millionen von Untersuchungen, beim PCA3-Test sind es vielleicht gerade ein paar hundert. Außerdem ist der PCA3-Test eine Wahrscheinlichkeitsrechnung. Bisher gibt es Daten zu einer Zweitbiopsie, wenn die erste Biopsie negativ war, aber der Verdacht bestehen bleibt. In der Martini-Klinik wird in bestimmten Fällen der PCA3-Test zu den anderen Daten wie PSA, zum Alter des Patienten, zum freien PSA und zum Tastbefund in einem Vorhersagemodell mitverwendet, hinzugefügt, um die Einschätzung eines Risikos für ein Karzinom in der Zweitbiopsie besser machen zu können. Wir erreichen 2 oder 3% mehr Genauigkeit im Vergleich zu einem Modell, welches PCA3 nicht beinhaltet. Weitere Fragestellungen zur klinischen Anwendung des PCA3-Tests werden von uns derzeit noch untersucht.“

Ketokonazol

„Nizoral hat ein Ansprechen bei 60% der Patienten, der Langzeitnutzen ist nicht bewiesen. Wir raten derzeit von einer Nizoraltherapie mit Blick auf die Studien mit MDV3100 und TAK700 ab. Denn die vorherige Nizoraltherapie ist häufig ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in solche Studien, weil sich gezeigt hat, dass diese neuen Medikamente nach vorheriger Nizoraltherapie nicht mehr so gut wirken.“

Chemotherapie und GnRH-Therapie

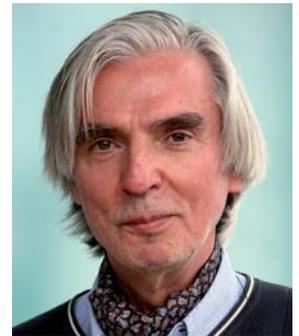
„Bei einer Chemotherapie raten wir, die GnRH-Therapie fortzuführen. Alle Studien sind derzeit so konzipiert, dass diese GnRH-Medikation auch während der Studie beibehalten wird.“

Psychoonkologie – die vierte Säule der Krebstherapie

Von Manfred Gaspar M.A., Leitender Psychoonkologe der Hamm-Kliniken, Klinik Nordfriesland, Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation (AHB), St. Peter-Ording

Zertifizierte onkologische Zentren ohne psychoonkologische Kompetenz sind heute undenkbar. Damit hat sich eine vergleichsweise junge Disziplin als 4. Säule der Krebstherapie – neben Chirurgie, Chemotherapie und Strahlentherapie – endgültig etabliert. Doch was ist eigentlich Psychoonkologie, auch Psychosoziale Onkologie genannt? Sie bezieht sich auf alle wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen auf die individuellen und familiären Prozesse der Krankheitsverarbeitung sowie auf die systematische Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Krebspatienten, kurzum: Psychoonkologie ist zu verstehen als die Lehre von den psychosozialen Begleitumständen einer Krebserkrankung. Und die sind mannigfaltig. Weit verbreitet sind in der Bevölkerung so genannte „Laientheorien“ über die Entstehung von Krebs – insbesondere im Hinblick auf (mit)verursachende Faktoren. Hier leistet wissenschaftlich begründete Psychoonkologie eine wichtige Hilfe in der Bewertung und Korrektur solcher Vorstellungen: Weder psychische Erkrankungen oder Belastungen, noch der viel zitierte Stress führen zu einer Häufung von Krebs, und auch mit dem Mythos der so genannten „Krebspersönlichkeit“ konnte aufgeräumt werden. Allerdings kann die psychische Verfassung eines Menschen den Krankheitsverlauf und insbesondere die Lebensqualität und Bewältigung von Krebserkrankungen beeinflussen.

Die „normalen“ Folgen einer Krebserkrankung sind vielfältig. Da gibt es zum einen emotionale Probleme, die sich in depressiven Stimmungen und Ärgsten zeigen. Auch psychosomatische Reaktionen, wie Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, sind häufig. Dann gehört es zum Wesen der Diagnose Krebs, dass sie nie nur den Patienten selbst, sondern immer das gesamte soziale Umfeld betrifft. Kommunikationsprobleme können entstehen, und in der Regel kommt es – insbesondere beim Prostatakrebs – zu einer Beeinträchtigung der sexuellen Beziehung. Auch Einschränkungen in Beruf und Freizeit



sind nicht selten, sei es durch Leistungsminderung, vorzeitige Berentung oder durch Vorbehalte von Freunden, Kollegen und Vorgesetzten.

Ziele psychoonkologischer Betreuung sind immer ressourcenorientiert. Dabei ist es wichtig, an die persönlichen Vorstellungen der Patienten über die Krankheit und deren Behandlung anzuknüpfen, die individuellen Kraftquellen zu ergründen und diese dann zu stärken. Weitere Hilfestellungen zur Krankheitsverarbeitung sind die Ermutigung, Gefühle offen auszudrücken, die Reduktion von Angst und Hilflosigkeit sowie eine Verbesserung der mentalen Einstellungen. Gegebenenfalls ist es auch sinnvoll, die Kommunikation zwischen Patient, Partner, Angehörigen und Behandlern zu optimieren. Nicht selten wird das Krisenhafte der Krebsdiagnose wörtlich genommen – im Sinne des griechischen Wortes „krisis“, das Chance bzw. Neubeginn bedeutet. Ken Wilber hat diesen Gedanken in seinem Buch „Mut und Gnade“ brillant formuliert: *„Da niemand die Ursache für deinen Krebs kennt, wüsstest du nicht, was du ändern solltest, um zur Heilung beizutragen. Aber wie wäre es damit: Du könntest den Krebs einfach als Metapher nehmen, als Ansporn, all die Dinge in deinem Leben zu ändern, die du sowieso ändern wolltest. Die Unterdrückung bestimmter Gefühle mag an der Entstehung des Krebses beteiligt gewesen sein oder auch nicht; aber du wolltest mit dem Unterdrücken dieser Gefühle ja sowieso aufhören, also könntest du den Krebs einfach als Anlass dafür nehmen. Ich weiß, ich habe gut reden, aber warum nicht, warum nicht den Krebs als die Gelegenheit nehmen, all das auf deiner Liste zu ändern, was geändert werden kann? ... Und wenn du was änderst, dann nicht mit dem Gedanken, dass es die Ursache für den Krebs war – das macht dir nur Schuldgefühle; ändere es, weil es sowieso geändert werden sollte. Du musst doch nicht vom Krebs gesagt bekommen, was du zu tun hast, du weißt es schon“.*

Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Diagnose Krebs erfordert nicht notwendigerweise Veränderungen

in der Lebensführung. Aber: Vielfach hat sich Grundlegendes verändert. So empfinden Männer mit Prostatakrebs ihre Erkrankung nicht selten als „Terroranschlag auf das männliche Lebensgefühl“. Daraus **können** (psychische) Veränderungen entstehen:

- verändertes Selbstbild und Selbstwertgefühl
- größere Empfindsamkeit, „Dünnhäutigkeit“
- Stimmungsschwankungen, Wut, Depressionen
- Trauer um Verlust von Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit
- Ängste: z. B. vor Kontrolluntersuchungen, Rezidiv, Tod und Sterben, Schmerzen, Leiden, Verlust der Arbeit/Leistungsfähigkeit
- Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens
- Unsicherheit im Kontakt mit Familie, Freunden, Bekannten, Kollegen
- Änderung der Lebensplanung und Lebenseinstellung
- veränderte Partnerschaft und Sexualität
- intensiveres, bewusstes Leben nach eigenen Prioritäten

Generell schätzen sich krebskranke Männer deutlich weniger belastet ein als krebskranke Frauen. (Bei fortlaufendem Krankheitsverlauf gleichen sich diese Geschlechtsunterschiede an.)

„Ich habe es angenommen – das arbeite ich platt!“ Diese Äußerung eines Patienten auf die Diagnose Prostatakrebs kann als typisch gelten. Anders als Frauen, die nach einer Krebsdiagnose zumeist reden wollen, ziehen es Männer oft vor, zu schweigen. Das heißt jedoch nicht, dass sie keine entsprechenden Ängste, Gedanken oder Gefühle haben – sie wollen nur nicht darüber sprechen, sondern sie unter Kontrolle haben. Schaut man nur auf das Verhalten, werden Männer in ihrer inneren Not oft

übersehen. Die Diskrepanz zwischen innerem Erleben und gezeigtem Verhalten ist oft riesig.

Natürlich bedarf nicht jeder von der Diagnose Krebs betroffene Mensch psychoonkologischer Unterstützung. Jeder sollte allerdings wissen, dass es sie gibt – und dass sie, wie eingangs formuliert, fester und integraler Bestandteil zeitgemäßer Krebstherapie ist. Zu ihren Grundprinzipien gehören:

- der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung,
- das Akzeptieren eigener Gefühle,
- die Vermittlung von Hoffnung sowie
- die Erarbeitung von Lebensperspektiven.

Auf dieser Basis können u. a. folgende positive Effekte entstehen:

- Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- Verminderung emotionaler Belastungen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Linderung krankheits- und behandlungsbedingter Beschwerden
- Kontrolle von Risikofaktoren

Erfahrungen aus der onkologischen Nachsorge lehren, dass insbesondere die Unterstützung bei dem Versuch einer lebensperspektivischen Neuorientierung eine wichtige psychoonkologische Hilfe darstellt. Genauso wichtig ist allerdings Unterstützung bei dem Versuch einer Rückkehr in die „normale Wirklichkeit“. Das Spektrum psychoonkologischer Angebote hierfür ist breit. Es reicht von Informationsveranstaltungen über Einzel- und Gruppenbetreuung, Kunst-, Musik- und Ergotherapie bis hin zu sozialrechtlicher Betreuung und den Gesprächen auf „gleicher Augenhöhe“ in Selbsthilfegruppen.

Ein Krebs und eine Seele

Hörbuch-CD



Gerd Unterstenhöfer hat in vielen Referaten und Gesprächen seinen Weg durch die Krankheit und insbesondere seinen Zugang zur Psychoonkologie dargestellt und appelliert, „der Psyche die Chance zu geben zu helfen und zur Heilung beizutragen.“ Mit seinem Hörbuch „Ein Krebs und eine Seele“ will er Mitbetroffenen die Möglichkeiten der Psychoonkologie vorstellen. Aus seiner Sicht hat jeder die Chance mit der Hilfe psychoonkologischer Therapien ein Mehr an Lebensqualität und evtl. auch eine Lebensverlängerung zu erreichen.

Die CD ist zu beziehen über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Tel.-Nr. 05108.926646.

Ängste, Schamgefühle, depressive Verstimmungen

Das offene Gespräch hilft bei der Krankheitsverarbeitung

Von Diplompsychologe Markus Birmele, Klinik für Tumorbiologie Freiburg

Die Diagnose Prostatakrebs und die daraus resultierende Behandlung lösen bei den Betroffenen meist massive psychische Probleme aus. Die psychosozialen Belastungen sind in Abhängigkeit von der medizinischen Behandlung und den individuellen Verarbeitungskompetenzen des Einzelnen sehr unterschiedlich. In der Regel beginnt die psychische Verarbeitung der Erkrankung und der therapiebedingten Nebenwirkungen nach Abschluss der Behandlung. Die Auseinandersetzung mit den möglichen Auswirkungen, wie Inkontinenz, sexuelle Funktionsstörungen, Depressionen, Ängste, Stimmungsschwankungen und Veränderungen des Äußeren (Gynäkomastie) verlangt von den Behandlern und vor allem von den Patienten und ihren Partnerinnen ein hohes Maß an Geduld und Sensibilität.

Insbesondere die nach radikaler Prostatatopoperation oft auftretende Inkontinenz wird von den meisten Männern als eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität empfunden. Das Gefühl, wieder „wie ein Kind eine Windel tragen“ zu müssen, löst Scham und depressive Verstimmungen aus. In dieser Situation kann der Bewegungsspielraum in der Öffentlichkeit erheblich beeinträchtigt sein. Hinzu kommt oft die Angst, durch die Inkontinenz als Sexualpartner nicht mehr attraktiv genug zu sein. Ein gezieltes Kontinenztraining kann zwar helfen, ein gewisses Maß an Sicherheit zurück zu erhalten, aber es geht dabei nicht nur um eine Verbesserung auf der Symptomebene. Wichtig ist für den Patienten auch, ein Stück verloren gegangener Selbstkontrolle wieder zu

erlangen. Deshalb gehören medizinisch-pflegerische Informationen (zum Beispiel über Hilfsmittelversorgung) und die Möglichkeit, anhand von Miktionsprotokollen den tatsächlichen Umfang der Inkontinenz zu ermitteln, ebenfalls zur Krankheitsverarbeitung.

Offt wird der enge Zusammenhang von Inkontinenz und sexueller Funktionsstörung unterschätzt. Viele Behandlungsstrategien des Prostatakarzinoms haben eine sexuelle Dysfunktion (Impotenz, Erektionsstörungen, Libidoverlust) zur Folge. Die emotionale Belastung durch die Erkrankung und die Inkontinenz sind verstärkende Faktoren der organischen Funktionseinschränkungen, es kann also von einer psychosexuellen Störung gesprochen werden. Die Bereitschaft der Behandler zum offenen Umgang mit dem Thema Sexualität ist Grundlage für eine gemeinsame Verarbeitung der psychischen Belastungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neben einer sensiblen und umfangreichen Informationsvermittlung die Vermittlung von Selbstkontrollstrategien, das Ansprechen von Ängsten, Schamgefühlen sowie von möglichen depressiven Stimmungen, erheblich zu einer Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit beitragen kann. Das offene Gespräch über die sexuellen Dysfunktionen sowie die Erarbeitung möglicher Verhaltensänderungen sollten Bestandteil in der psychosozialen Betreuung sein. Schließlich gehört die Einbeziehung von Partnerinnen als substantieller Bestandteil zur psychologischen Beratung von Patienten mit Prostatakrebs.



Diagnose Krebs – auch die Seele braucht Hilfe Neuer Ratgeber Psychoonkologie für Krebskranke und Angehörige

Erstmals gibt es in Bayern einen kostenlosen Ratgeber zum Thema „Psychoonkologie“ für Krebskranke Menschen und Angehörige. Der Ratgeber Psychoonkologie kann kostenlos bei der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V., per Tel. 089-54 88 40-0, E-Mail: info@bayerischekrebsgesellschaft.de bestellt oder im Internet unter: www.bayerischekrebsgesellschaft.de heruntergeladen werden.

Leiden Männer anders?

Krankheitsbewältigung und psychologische Hilfe ist auch für Männer mit Prostatakrebs ein Thema. Immer mehr Betroffene fragen nach psychoonkologischen Angeboten. Doch wo finden Männer Hilfe und wie müssen diese Angebote aussehen, damit sie auch angenommen werden? Interview mit Markus Birmele, Psychologe an der Klinik für Tumorbiologie Freiburg. Die Fragen stellte Barbara Riess.

Leiden Männer anders als Frauen?

Männer gehen mit belastenden Situationen im Leben generell anders um als Frauen. Das bedeutet nicht, dass sie weniger belastet sind oder gar weniger „leiden“. Sie verarbeiten anders, suchen aktiv nach Lösungen. Sie fragen eher: Was kann ich tun? – und nicht: Wie geht es mir? Männer tendieren stärker zur Selbstkontrolle. Sie suchen in der Regel weniger aktiv die Hilfe von außen und machen die Dinge lieber mit sich selbst aus. Sie neigen auch dazu, belastende Gefühle zu unterdrücken und suchen offensiver nach Informationen.

Welche Rolle kann die Selbsthilfegruppe als erste Anlaufstelle übernehmen?

Ein Patient, der den Schritt der Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe wagt, braucht dazu manchmal viel Mut. Es ist ein aktiver Schritt, den es zu würdigen gilt. Selbsthilfegruppen kommt eine große Bedeutung zu, vor allem in den Bereichen der Lösungs- und Informationssuche. Wenn ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt werden kann – und das braucht Zeit! –, kann dies auch zum Austausch über die emotionalen Belastungen nach der Krebsdiagnose genutzt werden. Hierin liegt die Chance für die Selbsthilfegruppe. Wichtig ist hierbei jedoch, dass

die sich Leiter und Mitglieder der Gruppe mit ihrem Beratungsangebot nicht selbst überfordern. Sie sollten sich immer auch als Vermittler von professionellen Angeboten verstehen.

Wann sind für ehrenamtlich tätige Mitarbeiter einer Selbsthilfegruppe die Grenzen erreicht?

Gruppenleiter und Mitglieder sollten ihre eigenen Befindlichkeiten sehr sensibel wahrnehmen und nur solange beraten und im Gespräch sein, wie die eigenen Kräfte ausreichen. Sobald ein Gefühl der Überforderung oder Hilflosigkeit in einem Gespräch entsteht, sollten sie dies mitteilen und den Patienten an entsprechende Stellen weitervermitteln.

Wo können Männer und ihre Partnerinnen in Belastungssituationen professionelle Hilfe einholen?

Zunächst einmal gibt es an den zertifizierten Prostatazentren auch psychoonkologische Hilfsangebote. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Kompetenzberatungsstellen, die bundesweit in einem Netzwerk zusammenarbeiten und von der Deutschen Krebshilfe unterstützt werden. Die Liste der einzelnen Beratungsstellen ist im Internet erhältlich unter <http://www.krebshilfe.de/krebsberatungsstellen.html>.



In Freiburg fand unter Beteiligung der dortigen Selbsthilfegruppe am 6. November 2010 der sehr gut besuchte Patiententag unter dem Motto: „Neue Perspektiven bei Prostatakrebs“ statt. Veranstalter war das Prostata-Zentrum-Südbaden. Erstmals stand auch ein psychoonkologisches Thema im Vordergrund. Ein Highlight der Veranstaltung war die öffentliche „Interdisziplinäre Sprechstunde“, in der die Experten anhand der Krankengeschichte von zwei Patienten eine interdisziplinäre und ganzheitliche Behandlungsstrategie erarbeiteten. Fazit eines Teilnehmers: „Nachahmung empfohlen“.

Die Angst im Nacken

...und wie ich sie wieder los wurde *Mein Umgang mit Prostatakrebs*

Von Hans Schlichting, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Reutlingen-Tübingen e.V.

Jahr für Jahr bin ich zu den wichtigen Prostatakrebs Früherkennungsuntersuchungen gegangen, vor acht Jahren zeigte der Marker plötzlich einen besorgniserregenden Blutwert an. Mein Urologe wollte zunächst abwiegeln, sprach von einer Grauzone: „nur keine Panik“. Bald wurde der Wert aber bedrohlich und der Arzt überwies mich auf mein Drängen an die Urologie der Uni-Klinik Tübingen.

Ich hatte inzwischen einige für Laien verständliche Broschüren gelesen und dadurch Informationen zum Thema Prostatakrebs gesammelt. Ich fand viele Parallelen zu meiner Situation und meine Stimmung wurde immer dunkler und deprimierter. Latente Ängste schlichen sich in meine emotionelle Welt ein und hemmten das rationale Denken. Ich erwartete das Schlimmste.

In der Klinik wurden die notwendigen Untersuchungen für eine Prostatakrebsdiagnose durchgeführt. Ich fühlte mich von den Ärzten kompetent und ehrlich aufgeklärt und beraten. Die Histologie der Gewebeprobe bestätigte den Verdacht auf Prostatakrebs.

Zunächst einmal empfand ich diesen Befund nicht so dramatisch, zumal der Herr Professor von einem „gutmütigen“ Tumor sprach. Bald stellte sich aber heraus, dass es sich um eine aggressive Form handelte und der Tumor bereits Metastasen gebildet hatte. An eine kurative Therapie war nicht zu denken.

Negative Diagnose löste Angstpsychose aus

Diese neue Sachlage löste dann doch Überlebensängste aus. Mich quälten schreckliche Vorstellungen, dann wieder erfasste mich lähmendes Entsetzen. Ich geriet in eine richtige Angstpsychose: Neben der existenziellen Bedrohung fürchtete ich den Verlust meiner Männlichkeit. Schlagartig hatte sich die Situation verschlechtert, ich fühlte mich der unheimlichen, heimtückischen Krankheit hilflos ausgeliefert und unterlegen.



Halt fand ich bei meiner Frau, die mich unterstützte und mir Mut zusprach. Der Satz: „Gemeinsam schaffen wir das!“, tröstete mich und nahm den destruktiven Gefühlen ihre Spitze. In der Nacht aber kamen die Sorgen und bedrückenden Gefühle wieder hoch. Ich war gefangen im Netz der düsteren Gedanken, Sinnlosigkeit machte sich breit, ich hatte kaum Hoffnung für die Zukunft. Alles kreiste um ein Zentrum: Krebs. Mein Erleben war in dieser Zeit völlig eingeschränkt, mein Tageslauf bestimmt von dem niederdrückenden Denken. Immer und überall war immer nur dieses: „Du hast Krebs“. Das rationale Denken wurde überschattet von der Angst vor der zerstörerischen, unberechenbaren Krankheit.

Obwohl ich während der Therapie keine Leistungseinschränkungen feststellte und die Schmerzen und Nebenwirkungen gut tolerieren konnte, war das Wechselbad der Gefühle zwischen Hoffen und Bangen, Euphorie und Resignation allgegenwärtig. Als die ersten Messwerte einen deutlichen Rückgang des Tumormarkers anzeigten, kam Freude und Hochstimmung auf. Jetzt musste noch die Strahlentherapie den Tumor vollends vernichten, dann wäre das Meiste geschafft und Lebensfreude würde mich aus der Depression führen.

Meine Strategien gegen das Krebsgespenst

Ich machte mich auf die Suche nach unterstützenden alternativen Therapien. Auch im Gebet fand ich Trost und Hilfe. Durch meine Frau, die schon seit vielen Jahren an Blutkrebs erkrankt ist, hatte ich schon Erfahrung im Umgang mit einer bösartigen Krankheit. Ein Freund rief mir, mit einer Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kontakt aufzunehmen. Hier konnte ich mit anderen Betroffenen offen sprechen und Erfahrungen austauschen. Der psychische Druck wich und ich gewann neue Zuversicht.

In einer Anschlussheilbehandlung kam ich mit vielen Betroffenen zusammen und konnte in den Gesprächen meine eigene Situation einordnen und bewerten. Die

beklemmenden Gedanken wichen immer mehr einer lebensbejahenden Einstellung. So langsam kam auch das Selbstvertrauen zurück und ich konnte wieder freier atmen. Ich war mir zwar bewusst, dass der Tumor nicht besiegt war, aber er bereitete mir im Augenblick keine Beschwerden.

In dieser heiteren Stimmung habe ich die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs in Reutlingen-Tübingen gegründet. Erstaunlich viele Männer kommen zu den Gruppenstunden, können dort Erfahrungen austauschen, ihren Wissensstand erweitern und sich angenommen fühlen. Durch dieses ehrenamtliche Engagement habe ich viele Leidensgenossen kennen gelernt und bei Tagungen, Fortbildungen oder Patiententagen meine medizinischen und sozialen Kompetenzen vergrößert.

Wissen über Erkrankung hilft bei Bewältigung

Diese Erkenntnisse und das neu erworbene Wissen haben mir geholfen, mit der Krankheit umzugehen, sie zu verste-

hen und anzunehmen. Das Bedrohungspotential und die Ängste sind dadurch deutlich geringer geworden und mein psychisches Gleichgewicht hat sich stabilisiert.

Verlässliche Informationen und Literaturstudium haben mir im offensiven Kampf gegen das Krebsgespenst geholfen. Nun konnte ich dubiose Heilungversprechen und plakative Angebote kritisch beurteilen und aus eigener Verantwortung bewerten. Ich wurde zu meinem eigenen Medizinmanager, der Therapieansätze hinterfragt und vom passiven Erdulder zum aktiven mündigen Patienten geworden ist. Natürlich kann Wissen auch Ängste schüren, wenn man die eigene Situation überdenkt und mit der Prognose vergleicht. Aber ich denke: „Gefahr erkannt – Gefahr gebannt“. Das Verdrängen hilft nicht, sondern wer mutig und unerschrocken den eigenen Weg geht, dem öffnet sich bestimmt wieder ein Fenster.

Man kann nicht immer gewinnen, aber wer nicht kämpft hat schon verloren!

Partnerschaft und Sexualität

Von Friedrich Plarre, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Schleswig

Erfüllte Sexualität ist ein elementares menschliches Bedürfnis. Bei der Behandlung des Prostatakrebses rückt das Bedürfnis nach Sexualität in der ersten Zeit oft ganz in den Hintergrund. In dieser Phase, in der die medizinische Therapie und die Auseinandersetzung mit der Krankheit alle Kräfte beanspruchen, ist der Wunsch nach Zärtlichkeit und Nähe des Partners wichtiger. Mit Fortschreiten des Heilungsprozesses nimmt das sexuelle Interesse oftmals wieder zu. Mann und Frau müssen nun andere Wege gehen und ihre Partnerschaft neu definieren.

Männer brauchen nicht mehr Machos oder Karriertypen sein. Auch die Wahrnehmung des anderen Geschlechts ändert sich. Mann entwickelt veränderte Gefühle und wird mit seiner Partnerin eine neue, andere Liebe aufbauen.

Für den Mann ist das eine gute Nachricht, zu erfahren, dass es jetzt Wichtigeres gibt als die kurzfristige Erfüllung des Verlangens. Die andere gute Nachricht ist, dass

durch die emotional neu erfahrene Liebe das Liebesleben von Beweislasten befreit wird. Das gemeinsame, müde Einschlafen nach einem vielleicht auch arbeitsreichen Tag kann ein neues Erlebnis der Intimität von Mann und Frau sein. Das bedeutet nichts anderes, als dass Sex als Beweis der intakten Partnerschaft weniger wichtig wird. So kann das gemeinsame Gefühl um seiner selbst Willen freier werden und sich anders äußern.

Voraussetzung ist, dass der Mann sich öffnet und sich von seiner Krankheit nicht bestimmen lässt. Indem er für gute Lebensqualität sorgt, schafft er Raum für Nähe und ein gutes Miteinander und damit die Basis für eine vertrauensvolle Partnerschaft.

**Erfreue Dich an dem, was Du erreicht hast,
wie auch an Deinen Plänen für die Zukunft.**

Sei Du selbst!

Stärke die Kraft Deines Geistes!

Systematische Diagnostik – 8 Jahre nach DHB

Von Dieter Voland, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pforzheim



Zur Vorgeschichte

Meine erste Diagnose war im Oktober 2000 mit einem Ausgangs-PSA=6,1 und GS 7 (4+3), Zweitbefund Helpap bei 1/3 Stenzen positiv 3 der 6 Stenzen der Biopsie (über den Damm) waren im Fettgewebe neben der Prostata.

Von März 2001 bis April 2002 Dreifache Hormonblockade (DHB), gefolgt von der Finasterid/Avodart-Erhaltungstherapie.

Der anschließende PSA-Verlauf zeigt noch 7 Monate unmessbaren PSA, danach langsamer PSA-Anstieg bis auf 4,4 im März 2009, dann in einem Jahr PSA-Verdoppelung auf 8,7.

Meine systematische Diagnostik

Bereits im Juli 2009 MagnetResonanzTomografie (MRT) mit zusätzlicher Rektalspule (eMRT). Bei der Kontrastmittel-Untersuchung sichtbar ein auffälliger Bereich in der Apex von ca. 1 cm³, etwa doppelt so groß wie beim eMRT vor einem Jahr.

Im Nov. 2009 Histoscanning (auf eigene Rechnung, ca. 600 €), zeigt einen Bereich in der Apex (untere „Spitze“ der Prostata) und mehrere kleinere Herde in der Mitte hinten, zusammen ca. 2,5 cm³.

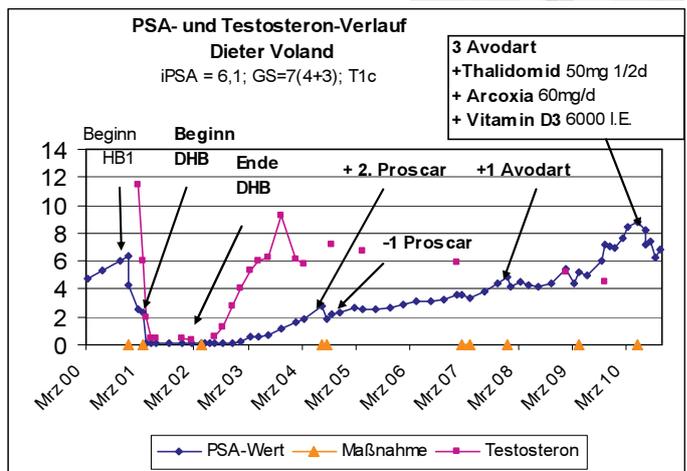
Im Dez. 2009 ultraschallgesteuerte transrektale Biopsie, 25 Stenzen – ohne Befund! Kein Krebs!

Es sind auch keine Krebsvorläufer (HG-PIN) und keine Entzündungsherde sichtbar in den Stenzen.

Kommentare des biopsierenden Arztes: „mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Krebs in der Prostata“ Empfehlung zum PET/CT (Positronen-Emissions-Tomografie mit gleichzeitigem CT).

Empfehlung eines weiteren Arztes: „Sie haben wahrscheinlich gar keinen Prostatakrebs, ich empfehle einen DNA-Vergleich mit den damaligen Biopsiestanzen von 2000 – evtl. wurden die Stenzen damals verwechselt.“

Da ich aber den damaligen kontinuierlichen PSA-Anstieg kenne und auch den neuen schnellen PSA-



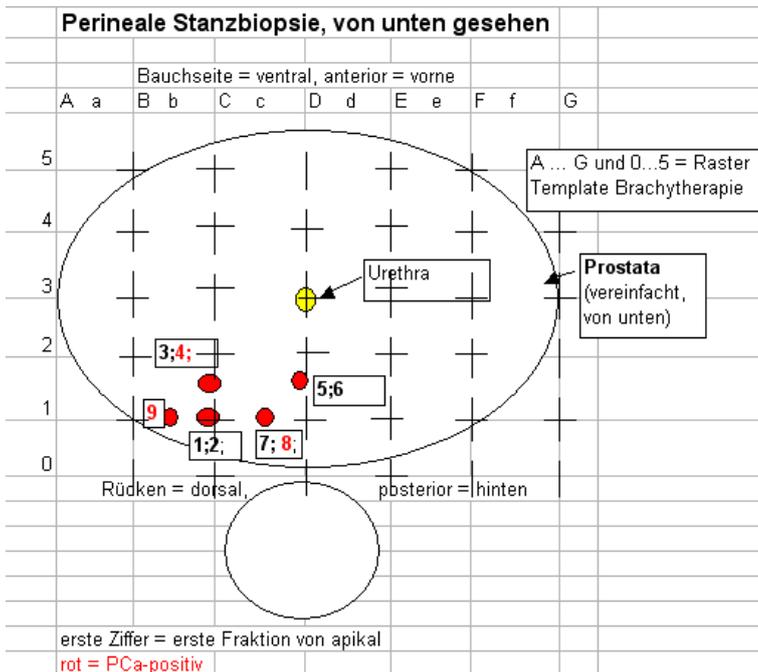
Anstieg sah, und zudem die Ergebnisse des MRT und Histoscanning vorlagen, war mir klar: da ist Krebs in der Prostata – und zwar kein harmloser!

Im April 2010 folgte ein PET/CT: Befund: In der Apex eine starke Cholinanreicherung mit max. 7,0, beidseits dorsal (= hinten) mit max. 4,2 und 2 Lymphknoten mit max. 2,4 - „nicht typisch für Metastasen“.

Nachdem also eMRT, Histoscanning und PET/CT im Wesentlichen übereinstimmende Befunde ergaben, wollte ich eine weitere Biopsie machen lassen – eine perineale Biopsie! (vom Damm her)

In Bergisch Gladbach bekam ich unter Vollnarkose via Template (Lochmaske bei der Brachytherapie) eine perineale Biopsie (wesentlich dickere Nadeln als bei der transrektalen Biopsie!), wobei jeweils im gleichen Kanal 2 Stenzen genommen wurden, die erste aus der unteren Hälfte, die zweite aus der oberen Hälfte der Prostata. Insgesamt wurden so 9 Stenzen genommen, von denen 3 positiv waren, davon eine mit ca. 1cm Länge, GS 9 (4+5 (10% Anteil)) und zwei kleinere Stenzen mit 2,2 und 0,2 mm mit jeweils GS 8. Bei allen Stenzen war die Kapsel infiltriert.

Nach meiner Einschätzung wurde jedoch der Bereich in der Apex mit der beim PET/CT höchsten Cholinanrei-



cherung nicht getroffen, da die Stenzen weitgehend dorsal platziert waren. So muss ich damit rechnen, dass apikal ein nicht entdeckter Krebsherd mit möglicherweise GS 10 sein könnte. (sehr starke Cholin-Anreicherung!)

Da alle Stenzen von Prof. Bonkhoff befundet wurden, konnte ich in Abstimmung mit Prof. Bonkhoff und auf eigene Rechnung weitere biologische Marker bestimmen lassen:

Status Androgenrezeptoren AR, COX-2, bcl-2 und CGA.

Beim AR zeigte sich eine Mehrfachausprägung (Krebszellen haben mehrere AR!), was auf eine Testosteron-Überempfindlichkeit hinweist, d. h. auch kleinste Mengen Testosteron reichen für eine Zellteilung aus, auch dann, wenn ein Teil der Rezeptoren durch Bicalutamid blockiert ist, kann einer der Rezeptoren frei sein für die Testosteron-Anbindung und zur Zellteilung führen.

Ein anderer Teil der Krebszellen hatte keinen AR, was auf hormonunabhängigen Krebs hinweist.

Der COX-2-Rezeptor war stark positiv, lt. Prof. Bonkhoff ein Hinweis auf mögliche Strahlenresistenz („wenn Strahlentherapie, dann gleichzeitig COX-2-Hemmer“ – Celebrex, Arcoxia o. a.). Bcl-2 und CGA waren negativ – das ist gut.

Nach dieser umfangreichen systematischen Diagnose hatte ich nun einigermaßen ein Bild über die Ausbreitung und auch über die biologischen Eigenschaften meines Krebses. Dies erlaubt mir jetzt, eine geeignete Therapie zu wählen.

Dieser Befund lässt erwarten, dass ich mit einem zweiten DHB-Zyklus wahrscheinlich nicht viel erreichen würde, was meine Annahmen bestätigte. Die Krebszellen haben gelernt. Die zweite Therapie muss daher besser sein als die erste! Ein COX-2-Hemmer wäre eine gezielte Ergänzung.

Wäre ich nur nach urologischer Standarddiagnostik vorgegangen, wüsste ich wohl heute immer noch nicht, was los ist.

Folgerungen und Forderungen

Nach meiner Meinung müsste die Diagnostik beim Prostatakrebs (PK) generell sehr viel differenzierter erfolgen – auch unter Einschluss solcher biologischen Marker.

Die Diagnostik bei Brustkrebs ist für uns Vorbild: Dort werden heute schon solche Marker wie

Östrogenrezeptor, HER-2-neu u. a. bestimmt und dann entsprechend gezielte Medikamente eingesetzt. Die Therapie von Brustkrebs wurde insbesondere durch den selektiven Einsatz gezielter Medikamente – und durch die Kombination mit Operation und Strahlentherapie – wesentlich verbessert.

Bei der Diagnostik und Therapie von Prostatakrebs hinken wir noch mindestens 10 Jahre hinterher! Noch immer unterschätzt man die meist systemische Erkrankung und behandelt primär nur lokal.

Hier ist es höchste Zeit, dass auch beim Prostatakrebs in Studien *unter Einbeziehung biologischer Marker* solche Medikamente mit molekularen Antikörpern erprobt werden, die bei anderen Krebsarten schon längst als nachgewiesen wirksam und zugelassen sind.

Auch das PET/CT/MRT sollte bei entsprechenden PSA-Werten zur Standard-Diagnostik gehören! Das überholte Knochenszintigramm (zeigt Metastasen erst ab ca. 10 bis 12 mm Größe an!) sowie Lungen-Röntgen und Becken-CT kann dadurch entfallen, was die Mehrkosten in Grenzen hält.

Eine sinnvolle Therapieentscheidung ist erst dann möglich, wenn ausreichende Informationen über die Ausbreitung und über die biologischen Eigenschaften des Krebses vorliegen.

Über meine Therapieentscheidung und den weiteren Verlauf werde ich später berichten.

Gesundheitsstrukturen optimal nutzen und optimieren

Red. (cs): Mit dieser Devise startet Carolin Stock in ihre Arbeit als Bundesgeschäftsstellenleiterin des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS), die sie im Januar dieses Jahres aufgenommen hat. Die 43-jährige Diplom-Volkswirtin hat viele Jahre im AOK-Bundesverband gearbeitet, zuletzt als Leiterin der Stabsstelle Integrierte Versorgung. Dort konzipierte sie zusammen mit den AOKs Einzelverträge mit ausgewählten Ärzten und Krankenhäusern, um Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren zu glätten und die Kooperation der beteiligten Ärzte zu verbessern. Zur Verbesserung der Versorgung führte sie außerdem Verhandlungen

unter anderem mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und wirkte an Gesetzgebungsverfahren mit. Genau diese beiden strategischen Ansätze, bestehende Strukturen optimal zu nutzen und sie im Interesse der Betroffenen zu optimieren, sieht sie als eine ihrer Aufgaben im BPS. Die Stärkung des Verbandes nach außen und nach innen und die Unterstützung der unzähligen ehrenamtlichen Tätigkeiten werden ihr ein besonderes Anliegen sein.



Neu im BPS

Die nachstehenden Gruppen wurden im Zeitraum Dezember 2010 bis März 2011 in den BPS aufgenommen:

SHG Prostatakrebs Adelsheim & Umgebung

Bernd Zettler
Krückerle 14
74740 Adelsheim
Tel.: 06291. 68 82 36
E-Mail: shg-prostatakrebs-adh@online.de

SHG Prostatakrebs Singen

Heinz Hanser
Hegastr. 33
78224 Singen
Tel.: 07731. 66 600

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Konstanz

Manfred Meyer
Birnauer Str. 12
78464 Konstanz
Tel.: 07531. 93 92 51
E-Mail: pca-shg-konstanz@online.de

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Friedrichshafen

Uwe Stingl
Gallusstr. 6 / 1
88046 Friedrichshafen
Tel.: 07541. 26 569
E-Mail: stingl@prostatakrebs-selbsthilfe-fn.de
www.prostatakrebs-selbsthilfe-fn.de

Prostatakrebs SHG Bad Münders und Springe (ProSeBaMS)

Heinz Flottau
Brandenburger Str. 26
31832 Springe
Tel.: 05041. 62 141

Nachstehende Gruppen haben einen neuen Ansprechpartner:

Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

Carlo Klöpfer
In den Rödern 35
64297 Darmstadt
Tel.: 06151. 592 488 - 501
E-Mail: karlheinz_kloepfer@web.de

SHG Prostatakrebs Magdeburg

Wolfgang Becker
Motzstr. 23
39108 Magdeburg
Tel.: 0391. 74 47 084

SHG Prostatakrebs München

Ortwin Thiel
Sollerbauerweg 9
81241 München
Tel.: 089. 83 47 690
E-Mail: shg-prostatakrebs-muenchen@gmx.de
www: www.prostatakrebs-muenchen.seko-bayern.org/

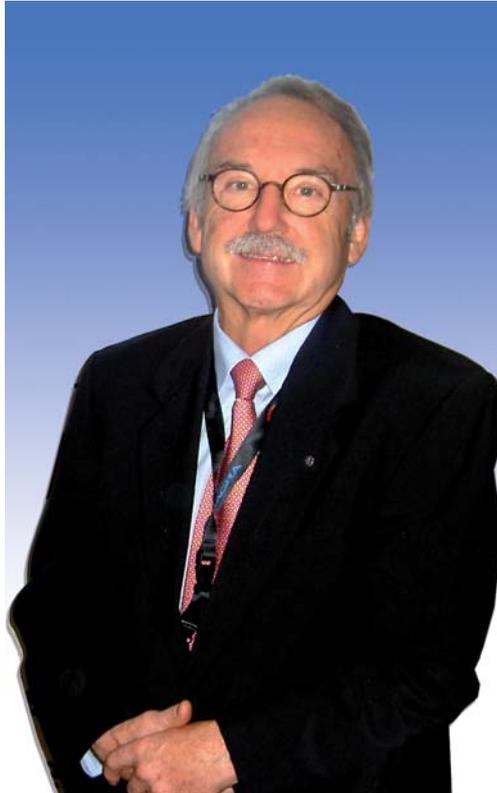
Professor Dr. Reinhold Horsch – ein Freund und Förderer nimmt Abschied

Von Ludwig Zehnle, Selbsthilfegruppe Männer mit Krebs im Ortenaukreis Schwerpunkt Prostatakrebs

Am 10. und 11. Dezember 2010 verabschiedete sich Professor Horsch im Rahmen eines Ärztesymposiums aus seinem aktiven Arbeitsleben. Während seiner Zeit als Chefarzt (1986 – 2010) der Klinik für Urologie und Kinderurologie (Urologie Zentrum Ortenau) am Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach hat er sich immer wieder für Patientenbelange stark gemacht.

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Onko-zert, zertifizierte im Dezember 2007 zum erstenmal das Prostatakarzinomzentrum Offenburg. Kooperationspartner wurde die SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis (Schwerpunkt Prostatakrebs).

Dass die Kooperation nicht nur Makulatur ist, zeigt die gelebte Ein-



haltung des Kooperationsvertrages. Die jährliche Teilnahme der SHG an den vier Qualitätszirkeln, der Besuch von Klinik-Urologen bei der SHG, die gegenseitige Unterstützung bei Vorträgen z. B. bei Volkshochschulen und Patiententagen.

Für den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. und die Selbsthilfegruppen wurde er in seiner Amtszeit 2007/2008 als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. Freund und Förderer. Professor Horsch ermöglichte dem BPS während seiner Präsidentschaft Zugang zur Deutschen Gesellschaft der Urologie. Mit seiner Unterstützung ist es dem BPS möglich geworden, das Prostatakrebs-Studienregister auf den Weg zu bringen.

Ein Patiententag der besonderen Art

Prostatakrebs – Information, Orientierung, neue Perspektiven

Von Berthold Isele, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Freiburg

Über neue Perspektiven bei Prostatakrebs informierten Experten des Prostata-Zentrums-Südbaden am 6. November 2010 im voll besetzten Historischen Kaufhaus in Freiburg.

Auf dem Programm des Patiententages standen die Brennpunktthemen im Zusammenhang mit einer Prostatakrebs-erkrankung. Die Referenten kamen aus den im Prostata-Zentrum-Südbaden zusammengeschlossenen Freiburger Kliniken, dem Loretto-Krankenhaus, der Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums und der Klinik für Tumorbilogie.

Erstmals wurde auch der psychischen Belastung, unter der Betroffene und oft auch ihre Angehörigen leiden, mit einem eigenen Beitrag Rechnung getragen. Fest integriert in die Veranstaltung war die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Freiburg. Unumstrittenes Highlight war die „interdisziplinäre Sprechstunde“, in der die Experten für die Erkrankung von zwei anwesenden Patienten eine Behandlungsstrategie erörterten.

Ziel des Patiententages war es, Betroffenen, Angehörigen und Selbsthilfegruppen einen intensiven Dialog mit

den Experten zu ermöglichen. Diagnose Prostatakrebs. Was heißt das für mich? Mit einer Antwort auf diese Frage gab Professor Dr. med. Jürgen Breul, Chefarzt der Abteilung für Urologie und urologische Onkologie am Loretto Krankenhaus Freiburg in seinem Einleitungsvortrag Betroffenen eine erste Orientierungshilfe. Ist eine Operation ratsam? Wie sieht diese aus? Welche Nebenwirkungen sind zu erwarten? Gibt es Alternativen zur Operation? Dies sind für Patienten oft quälende Überlegungen, auf die Professor Breul ebenfalls einging. Unter dem Titel „Ist die radikale Operation noch zeitgemäß?“ gab er einen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten der Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs.



Horst Ernst Herr, Stellv. Leiter der SHG PK Freiburg

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Strahlentherapie eine Alternative zur Operation des Prostata Tumors sein, so die Position von Professor Dr. med. Anca Ligia Grosu, Ärztliche Direktorin der Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Sie skizzierte in ihrem Vortrag, wann eine Strahlentherapie Sinn macht und wie die unterschiedlichen Möglichkeiten der Bestrahlung aussehen. Insbesondere informierte sie über die neuen Techniken, die es inzwischen ermöglichen, so gezielt und fokussiert zu bestrahlen, dass die Nebenorgane geschont werden. Dies kann die Nebenwirkungen der Therapie deutlich reduzieren und die Heilungschancen erhöhen.

Insbesondere bei der medikamentösen Vor- und Nachbehandlung kleinvolumiger Tumoren, die operativ entfernt werden, sind in den letzten Jahren vielversprechende Therapien entwickelt worden. Für Patienten, deren Tumor Metastasen gebildet hat und nicht mehr auf die Hormontherapie anspricht, gab es bislang jedoch keine etablierte Therapie. Inzwischen befinden sich jedoch innovativere Ansätze in der Entwicklung. Darüber berichtete Professor Dr. med. Clemens Unger, Ärztlicher Direktor an der Klinik für Tumorbiologie Freiburg. Er ging sowohl auf die so genannten monoklonalen Tar-

getherapien, die monoklonalen Antikörper und die neuen systemischen Therapien ein, als auch auf Hormontherapien mit neuartigen Substanzen und auf die Immuntherapien.

Krankheitsbewältigung und psychologische Hilfe ist auch für Männer mit Prostatakrebs ein Thema. Immer mehr Betroffene fragen nach psychoonkologischen Angeboten. Doch wie müssen diese Angebote aussehen, damit sie auch angenommen werden? „Männer leiden anders“, lautete der Titel des Vortrags von Markus Birmele, Diplompsychologe in der Abteilung Psychoonkologie der Klinik für Tumorbiologie Freiburg. Er konnte aus Erfahrung als Therapeut berichten, dass psychosoziale Angebote

inzwischen auch von Männern verstärkt nachgefragt werden.

In seinem Vortrag ging er darauf ein, wie Männer mit emotionalen Belastungen umgehen und informierte über die Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung, mit denen eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann. Insbesondere wies er auf die Psychosozialen Krebsberatungsstellen hin, die inzwischen in mehreren Bundesländern mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe eingerichtet wurden. Lesen Sie hierzu bitte auch ab Seite ...

Im Anschluss an die Vorträge wagten die Freiburger Veranstalter ein Novum, das sich in den Augen der rund 270 Besucher als Highlight des Patiententages entpuppte: In Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe wurden im Rahmen einer „interdisziplinären Sprechstunde“ zwei authentische Fälle dargestellt. Dabei konnten die Betroffenen Fragen stellen, die ihnen „unter den Nägeln“ brannten. Im Dialog mit dem Patienten entwickelten die Experten daraufhin eine Behandlungsstrategie. So wurde eindrucksvoll demonstriert, wie eine Therapieempfehlung aussieht, die auf der Grundlage des interdisziplinären Austausches zustande kam und für den Patienten transparent ist.

„Paule ist nicht mehr ganz dicht“

Erlebnisse und Erfahrungen mit Inkontinenz und Impotenz



Dieses Buch ist der Erlebnisbericht eines Betroffenen. Der Autor Paul Boos schildert anschaulich, wie er seit seiner Prostataoperation

vor sieben Jahren mehr als 1.200 Liter Urin unkontrolliert verloren hat. Humorvoll aber auch schonungslos berichtet er über seine Erfahrungen mit Inkontinenz. Er spricht offen ein Tabuthema an, über das Männer üblicherweise beharrlich schweigen. Wirklichkeitsnah zeigt der Autor auf, wie mit Offenheit, Selbstbewusstsein und Humor die über zehn Millionen betroffenen Menschen, trotzdem ein (fast) normales Leben führen können.

Das Buch hat zwei Schwerpunkte: Männer sollen sich bei Prostataproblemen rechtzeitig vorher, insbesondere

re auch über das Drumherum, informieren. Immerhin bleiben ca. 28% nach Prostatektomie inkontinent.

Der zweite Schwerpunkt richtet sich an alle Männer, welche Probleme mit Inkontinenz und Impotenz haben, um sie zu ermuntern, ihre Hemmungen über Bord zu werfen und sich endlich zu diesen Krankheiten zu bekennen.

Paul Boos gibt, aufgrund seiner eigenen Erlebnisse und Erfahrungen, sowie unzähligen Gesprächen mit vielen betroffenen Männern praktische Tipps, wie der Alltag mit Inkontinenz bewältigt werden kann.

Fazit: Mit dem lockeren Erzählton und seinem überschaubaren Umfang dürfte das Buch eine breite Leserschaft erreichen und die „Firewall“ überwinden, die der Konsument im Zeitalter allgegenwärtiger medialer Suggestion gegen die Informationsüberflutung aufgerichtet hat.

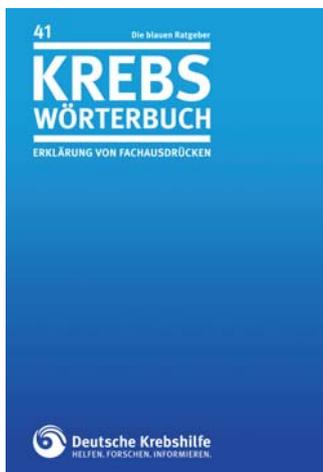
Rezension von Christian F. A. Botzenhardt, Haldenwang

Paul Boos

„Paule ist nicht mehr ganz dicht!“

ISBN: 978-3-86805-602-0, Euro 12,50

Blauer Ratgeber „Krebs-Wörterbuch“ erschienen



Was bedeutet „Kernspintomographie?“ Was versteht man unter „Endobrachyösophagus?“ Und was meint der Arzt, wenn er von einem „Szintigramm“ spricht? Patienten, bei denen Krebs diagnostiziert wurde, haben viele Fragen. Um diesen Menschen zu helfen, hat die Deutsche Krebshilfe ein „Krebs-Wörterbuch“ herausgegeben. Diese Broschüre ist – wie alle Informationsmaterialien der gemeinnützigen Organisation – kostenlos und auch im Internet verfügbar.

Im „Krebs-Wörterbuch“ sind die wichtigsten Fachbegriffe der Krebsmedizin laienverständlich erläutert. Ein Abkürzungsverzeichnis enthält gängige Abkürzungen. „Wir wollen den Betroffenen helfen, als informierte Patienten Partner ihres Arztes zu werden“, sagt Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. „Wenn sie wissen, wovon ihr Arzt spricht, ist es für sie leichter, ihm gezielt Fragen zu ihrer Behandlung zu stellen“.

Ebenfalls kostenlos zu beziehen ist das **Kleine Wörterbuch für Prostatakrebs-Patienten** des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. über die Geschäftsstelle, Tel.-Nr. 05108.926646.

G-BA erhöht Transparenz



Gemeinsamer Bundesausschuss

Seit dem 1. März 2011 versieht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine im Internet veröffentlichte Tagesordnung für die monatliche Plenums-Sitzung mit erläuternden Informationen. Dadurch sollen die meist komplexen zur Beratung vorgesehenen Sachverhalte auch für die interessierte Öffentlichkeit besser verständlich werden, als dies bisher der Fall ist. Die erweiterte Version der Tagesordnung zur monatlichen Sitzung des

G-BA-Plenums ist seit März 2011 immer eine Woche vor dem Termin im Internet verfügbar. Der G-BA möchte damit die Transparenz seiner Arbeit noch weiter erhöhen.

Das Plenum ist das zentrale Entscheidungsgremium des G-BA, das alle vier Wochen in öffentlicher Sitzung tagt, in der Regel jeweils am dritten Donnerstag des Monats. Die Zahl der Plätze ist begrenzt; deshalb ist es erforderlich, sich auf elektronischem Wege anzumelden. Tagesordnung und Anmeldeformular sind von der Startseite www.g-ba.de aus zu finden. Zudem wird die Möglichkeit angeboten, die Tagesordnung zur monatlichen Sitzung per E-Mail-Infodienst zu abonnieren: <http://www.g-ba.de/institution/service/e-mail/>

Quelle: Pressemitteilung des G-BA, Februar 2011

Christliche Patientenvorsorge liegt vor



Red. (mk): Die christlichen Kirchen in Deutschland haben den Anspruch der Bürger auf ein menschenwürdiges Sterben betont und eine neue Handreichung zur christlichen Patientenvorsorge vorgestellt.

„Wir hoffen, damit einen Weg zwischen unzumutbarer Lebens-

verlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung aufzuzeigen“, heißt es in der rund 50 Seiten umfassenden Broschüre.

Die Handreichung gibt Empfehlungen für den Fall, dass eine Person in eine lebensbedrohliche Lage gerät, in der sie ihre Behandlungswünsche nicht mehr selbst zum Ausdruck bringen kann.

Ärzten und Pflegepersonal soll geholfen werden, den mutmaßlichen Willen des Sterbenskranken zu erkennen. Im Unterschied zu zahlreichen anderen Formularen für Patientenverfügungen geht die Broschüre der Kirchen

besonders auf die theologisch-ethischen Aspekte des Umgangs mit dem Tod ein.

Bestellung der Broschüre:

Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland,
Ökumenische Centrale,
Ludolfusstraße 2-4

60487 Frankfurt

Fax: 069.247027-30

E-Mail: info@ack-oec.de

Sie können die Broschüre auch im Internet als PDF herunterladen

http://www.oekumene-ack.de/uploads/media/Christliche_Patientenvorsorge-Handreichung.pdf

Auf der Homepage des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. finden Sie eine ausführliche Zusammenstellung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten.

Zu diesem Thema steht Herr Gerhard Zieseniß, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Verden, den BPS-Selbsthilfegruppen auf Anfrage als Referent zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich bei Interesse an die Geschäftsstelle des BPS, Tel.-Nr. 05108.926646.

Register BPS – Magazin 2010

Ausgabe 1

Editorial

Zertifizierung

Zertifizierung von Prostatakarcinomzentren	2
Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V. Adressen	4
	5

Aktuell

Deutsche Gesellschaft für Urologie: Prostatakarcinomzentren/Prostatazentren – Zertifiziert von DKG oder DVPZ	6
Stiftung Männergesundheit/HAROW-Studie: Ergebnisse aus der HAROW retro-Studie	7

Diagnose und Therapie

Prostatakrebs Studienregister in Deutschland	8
Testosteron und Prostata beim alternden Mann	9
Degarelix – Eine neue Option zur Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarcinoms	12
Erste Auswertung der Fragebogenstudie zur Dreifachhormonblockade (DHB)	13
Sinerem	16
Interview mit Professor Jelle Barentsz	17
ANNA/C-TRUS geht ans Netz	18
Mammutprojekt HIT – Schwerionentherapie	21

Aus den Selbsthilfegruppen

Seminar zum fortgeschrittenen Prostatakrebs	25
SHG Chemnitz organisiert Patientenforum	26
Ehrenamt in Baden-Württemberg 2009	27
Männergesundheitstag der Karlsruher Medizin Akademie	27
Sterne des Sports	27
Geh zum Arzt, Mann!	28
Förderpreis für SHG Wiesbaden und Umgebung	28

Aus dem Bundesverband

Gemeinsame Erklärung von DGU, BDU und BPS	29
Mit dem Rad von Köln zum Mittelmeer	30
Neu im BPS	31

Sonstiges

Register Magazin 2009	32
-----------------------	----

Ausgabe 2

Editorial

Jubiläum

10 Jahre Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe	2
Gratulation der Deutschen Gesellschaft für Urologie	3
Organisierte Selbsthilfe als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems	4
Freundschaft in einem überregulierten System	5

Aktuell

Urologen forcieren Umsetzung der S3-Prostatakrebs-Leitlinie in die Praxis	8
Patienten mit Prostatakarcinom wählen ihren Weg: Patientenforum DGU-Kongress	9
Gemeinsame Positionen erfolgreich vertreten	10
Männergesundheitsbericht für Deutschland	11
HAROW-Patientenbroschüren	11

Diagnose und Therapie

Prostatakrebs punktgenau diagnostizieren	12
Die Therapie des kastrations-resistenten Prostatakarcinoms mit Abiraterone	13

Protonentherapie beim Prostatakarcinoms	15
Trickreiche Tumorzellen	18
Das optimierte Palliativmanagement beim hormonrefraktären Prostatakarcinom	19

Erfahrungsberichte

Mit dem Rad von Köln ans Mittelmeer	23
Der richtige Fahrradsattel	29
HIFU-Therapie gibt Patienten mit Rezidiv neue Hoffnung	30

Aus dem Bundesverband

Ehrung für Wolfgang Petter	32
Peter Robertz erhält Förderpreis 2010	32
Hygieneeimer auch in der Herrentoilette	33
Neu im BPS	33

Sonstiges

Rudern gegen den Krebs	34
„Prostata TV Mar!“	35
Filme der Deutschen Krebshilfe jetzt auf YouTube	35
Parkausweis für behinderte Menschen	35
Rezension „Anti-Krebs Kochbuch“	36

Ausgabe 3

Editorial

Aktuell

DGU-Präsident Professor Dr. Steffens im Interview	2
BDU-Präsident Dr. Schroeder: Neuausrichtung der Berufspolitik	4
Tag der Selbsthilfe: Patientenorientierung stärken	5
Wie gut ist die Kooperation?	7
Haus der Krebs-Selbsthilfe: AMNOG-Stellungnahmen	8
Vorstellung der präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarcinom	12
Therapieoptionen der präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarcinom	13
HAROW Zwischenbericht 2010	15
Wohin gehört die Uro-Onkologie?	16

Aus dem Bundesverband

Jubiläumstagung	18
Wil de Jongh-Medaille für Professor Weißbach	22
Bericht zum Symposium der Frauen	23
Neu im Vorstand	25
Neu im BPS	25
Hörbuch CD „Ein Krebs und eine Seele“	26
Patientenforum Düsseldorf	27

Aus den Selbsthilfegruppen

SHG Böblingen beim DKFZ Heidelberg	27
10 Jahre SHG Darmstadt und Umgebung	29
10 Jahre Hessische Gesundheitstage Wiesbaden	29
SHG Bielefeld – Jahresausflug	30
Seminar des LV Nordrhein-Westfalen	31
Umfrageaktion Lebensqualität bei Inkontinenz	31
Herbstseminar des LV Schleswig-Holstein	32

Erfahrungsberichte

HistoScanning	33
Studienteilnehmer berichten	35

Sonstiges

Tipp	35
Rezension	36

Termine 2011

30. April	Patienten-Informationsveranstaltung „Prostata-Karzinom – Operation oder...?“	Wiesbaden
7. Mai	2. Gesundheitstag des Kneipp-Vereins Gladbeck	Gladbeck
14. Mai	11. Föhrer Krebsforum	Wyk auf Föhr
21. Mai	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Bonn
21. Mai	25. Hannoverscher Selbsthilfetag	Hannover
28. Mai	Selbsthilfetag	Neuss
3. Juli	Prostatahocketse	Tübingen
8.-9. Juli	Patientenseminar Prostatakrebs	Dortmund
27. August	19. Tag der Selbsthilfe	Burgdorf
14.-17. September	63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie	Hamburg
16.-17. September	13. Bremer Selbsthilfetage	Bremen
17. September	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Dresden
17. September	Krebsinformationstag	Braunschweig
22. Oktober	Gesundheitstag	Straelen
12. November	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Magdeburg
26. November	Patiententag	Villingen- Schwenningen

Bitte beachten Sie auch die täglich aktualisierte Terminvorschau auf unserer Internetseite
www.prostatakrebs-bps.de.

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte der örtlichen Presse!

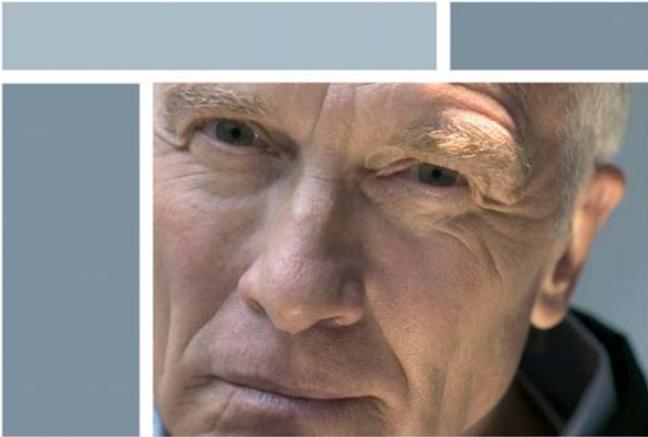


Informationsmaterial **Heft 1/2011**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prostata kanserine karşı – erken teşhis için <input type="checkbox"/> Gesunde Prostata: Eine echte Mannersache <input type="checkbox"/> Die Prostata, das unbekannte Wesen? Informationen und Anregungen <input type="checkbox"/> Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum <input type="checkbox"/> Ich habe Prostatakrebs – Was nun? <input type="checkbox"/> Active Surveillance und Wachful Waiting <input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs I <input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs II <input type="checkbox"/> Prostata-Pass <input type="checkbox"/> Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Beratungs-Hotline <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Auf den Punkt gebracht. Informationen für Patienten <input type="checkbox"/> Prostatastanzbiopsie <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – viel häufiger als man denkt <input type="checkbox"/> Prostatakrebs, Nr. 17 <input type="checkbox"/> Leben mit Prostatakarzinom | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Brachytherapie <input type="checkbox"/> Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung <input type="checkbox"/> Informationen zur Hormontherapie mittels LHRH-Agonisten <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – was kommt nach der Hormontherapie? <input type="checkbox"/> Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen <input type="checkbox"/> Krebsschmerzen wirksam bekämpfen <input type="checkbox"/> Krebsschmerz – Was tun? <input type="checkbox"/> Krebswörterbuch <input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Ernährung bei Krebs <input type="checkbox"/> Gesunden Appetit <input type="checkbox"/> Bewegung und Sport bei Krebs <input type="checkbox"/> Hilfen für Angehörige <input type="checkbox"/> Wegweiser zu Sozialleistungen <input type="checkbox"/> Patientenbroschüre – Kompetent als Patient |
|--|---|

Prostatakrebs I Lokal begrenztes Prostatakarzinom

Ein evidenzbasierter Patientenratgeber zur S3-Leitlinie
Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen
Stadien des Prostatakarzinoms



DKG
KREBSGESELLSCHAFT



Prostatakrebs II Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom

Ein evidenzbasierter Patientenratgeber zur S3-Leitlinie
„Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen
Stadien des Prostatakarzinoms“



Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG
KREBSGESELLSCHAFT



Die Patientenratgeber erhalten Sie kostenfrei über die Geschäftsstelle des BPS.



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden **nicht** gespeichert
oder an Dritte weitergegeben

Bundesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.
Alte Straße 4
30989 Gehrden