



NATIONALER

KREBSPLAN

**THEORIE
ODER
THERAPIE ?**

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, September 2012

Editorial

Aktuell

Kompetenznetz Prostatakrebs – Stand der Entwicklung	3
BPS-Stellungnahme zur Behandlung des fortgeschrittenen, kastrationsresistenten Prostatakrebs (KRPK)	4
Früherkennung und DNA-Zytometrie in der Diskussion	5
S3-Leitlinie Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose vorgestellt	9
Gemeinsam wirken – Kooperation DKG und DKH	10
DKG wählt neue Führungsspitze	11
Europäische Kooperation in der Medizinischen Onkologie	11
Aqua-Institut: Qualität kennt keine Grenzen	12
Russisch-deutsche Konferenz	13

Diagnose und Therapie

Patienten fragen – Mediziner antworten	14
Hochpräzisionsstrahlentherapie bei Prostatakrebs	14
CAPRA-Wert: präzise Vorhersagen der Metastasenentwicklung	16
Aktuelle Information vom AUA-Kongress	17
Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT)	18
Gynäkomastie: Kurzer Eingriff – optimales Ergebnis	19
ED: Heil- und Hilfsmittel – was wird bei Prostatakrebs erstattet und was nicht	21
Was bedeutet was?	23
Training als Therapie	24

Erfahrungsbericht

Prostatakrebspatient läuft den Hamburg-Marathon	24
---	----

Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

Verdienstkreuz am Bande für Manfred Seifert	26
„Sprendlinger Uhr“ – Auszeichnung für das Ehepaar Schott	26
Wir gratulieren: Jubiläum in den Selbsthilfegruppen	27
LV Hessen tagt in Bad Wildungen	28
Radfahren gegen den Krebs	29
SHG Böblingen zu Besuch in der Urologie, Homburg/Saar	30
SHG Fulda auf der Wartburg	30
SHG Hochfranken-Fichtelgebirge beim Jazzfrühshoppen	31
SHG Oschatz auf Spreewaldbesuch	31
SHG Kassel und Bielefeld beim Pathologen	32

Titelseite: Grafik S. Arends

Fotos: C3 PR (S. 19), Deutsche Krebshilfe (S. 10), Deutsche Krebsgesellschaft (S. 11), Expertengruppe SIRT (S. 19), Krebsverband Baden-Württemberg (S. 8), Stiftung Männergesundheit (S. 5), Varian (S. 15), sonstige Privat

Berichtigung: Die in Heft 1/2012 angegebenen Seitenzeilen zu den Fotos verschieben sich um jeweils eine Seite. Wir bitten um Entschuldigung.

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

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

Impressum:

Das BPS-Magazin wird herausgegeben und verlegt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., gemäß § 26 BGB durch folgende Vorstandsmitglieder vertreten: Günter Feick (Vorsitzender), Paul Enders (stv. Vorsitzender), Walter Kämpfer (stv. Vorsitzender)
 Schriftleitung: Marlene Kühlechner, Günter Feick

BPS Geschäftsstelle Gehrden
 BPS e. V.
 Alte Straße 4
 30989 Gehrden
 Telefon: 05108 9266-46
 Fax: 05108 9266-47

BPS Geschäftsstelle Bonn
 BPS e. V. im Haus der Krebs-Selbsthilfe
 Thomas-Mann-Str. 40
 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33889-500
 Fax: 0228 33889-510

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.

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

Überlebenschancen und Lebensqualität krebserkrankter Menschen in Deutschland haben sich verbessert durch Fortschritte bei Früherkennung, Diagnostik und Therapie.

Männer, deren Prostatakrebs nach 2000 diagnostiziert wurde, haben eine bessere 5-Jahres-Überlebensrate als Männer, deren Diagnose Anfang der 1980er Jahre erfolgte.

Am 16. Juni 2008 haben das Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan auf den Weg gebracht, um die Krebsbekämpfung weiter zu verbessern. Bundesländer, Krankenkassen, Rentenversicherungen, Leistungserbringer, Wissenschaft und Patientenverbände waren ebenfalls an der Erstellung des Nationalen Krebsplans beteiligt. Sie wollen ihre Arbeit wirksamer abstimmen und zielorientierter handeln. Empfehlungen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation werden damit umgesetzt.

Zunächst sollen vier Handlungsfelder in Angriff genommen werden:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Schwerpunkt zunächst onkologische Arzneimitteltherapie)
4. Stärkung der Patientenorientierung/Patienteninformation

Die Krebsforschung wird öffentlich ausgeschrieben als Querschnittsthema in den vier Handlungsfeldern.

Detaillinformation zum Nationalen Krebsplan finden Sie im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>

Im Juli 2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans vorgestellt. Der Fokus lag auf der Krebsfrüherkennung und dem bundesweiten Krebsregister.

Folgende Kommentierungen des Entwurfs erachte ich als besonders erwähnenswert:

- Krebsfrüherkennungsprogramme sollen in Deutschland nicht nur dann angeboten werden, wenn für sie europäische Leitlinien existieren. Denn oft bleiben europäische Leitlinien in Qualität und Aktualität hinter Leitlinien in Deutschland zurück, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe erstellt werden.
- Altersgrenzen und Häufigkeit von Früherkennungsuntersuchungen sollen nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern vom Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen festgelegt werden.
- Krebsregisterdaten sollen auf regionaler Ebene ausgewertet werden. Dort sind Auswertungsergebnisse wichtig für Erkennung lokaler und regionaler Versorgungsdefizite und Maßnahmen für Qualitätsverbesserung.
- Daten aus Krebsregistern werden selten geeignet sein, Nutzen und Wirtschaftlichkeit neuer Krebstherapien zu beurteilen. Erkenntnisse zur Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit medizinischer Interventionen können in aller Regel nur aus randomisierten kontrollierten Studien und nicht aus Registern gewonnen werden.

Insgesamt begrüße ich den Entwurf des Gesetzes.

Notwendige Verbesserungen des Gesetzentwurfs finden in seiner endgültigen Fassung hoffentlich Berücksichtigung. Der Nationale Krebsplan wird die Krebsfrüherkennung, die flächendeckende Etablierung von Krebsregistern und die Nutzung ihrer Daten zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verbessern.

Das Engagement des BPS für Männer mit Prostatakrebs und ihre Angehörigen wird durch den Nationalen Krebsplan unterstützt und gestärkt. Die Versorgung der Betroffenen wird sich weiter verbessern.

Schon vor Entwicklung des Nationalen Krebsplans hatte der BPS seine Ziele und seinen eigenen Plan festgelegt. Acht seiner zehn Ziele finden im Nationalen Krebsplan ihre Entsprechung und Unterstützung.

Nachstehende Information zeigt Übereinstimmungen der BPS-Ziele mit dem Nationalen Krebsplan.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 1

Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

BPS-Ziel

Eine größere Beteiligung an der Prostatakrebsfrüherkennung

Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 2

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

BPS-Ziele

Ein medizinisches Kompetenznetz für Männer mit fortgeschrittenem Prostatakrebs

Eine Behandlungsleitlinie auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnis

Ein koordiniertes, nationales Forschungsprogramm im europäischen Kontext

Qualitätsindikatoren für die Behandlung des Prostatakrebs

Eine flächendeckende Versorgung mit zertifizierten Prostata(karzinom)zentren

Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 3

Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung

BPS-Ziel

Bessere Versorgung durch Mitwirkung in den Gremien des Gesundheitswesens

Nationaler Krebsplan: Handlungsfeld 4

Stärkung der Patientenorientierung

BPS-Ziel

Ein jährliches Managementgespräch mit Medizinern, Krankenkassen und Bundesministerien zur Qualität der Prostatakrebstherapie

Kompetenznetz fortgeschrittener, kastrationsresistenter Prostatakrebs – Stand der Entwicklung

Von Günter Feick, Vorsitzender Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Ihre Zusammenarbeit in einem Medizinischen Kompetenznetz fortgeschrittener, kastrationsresistenter Prostatakrebs erklärten am 16. September 2011 in Hamburg Vertreter der Urologischen Kliniken, MHH Hannover, Universitätskliniken Frankfurt/Main, Essen, Rostock, Charité Berlin, Homburg/Saar, München-Großhadern, Aachen, Martini-Klinik, Hamburg und der Stiftung Männergesundheit.

Sie verabredeten: **„Wir stellen unsere Erfahrung zum Nutzen schwer betroffener Prostatakrebspatienten zur Verfügung. Unser Zusammenwirken soll die Therapie des fortgeschrittenen Prostatakrebs verbessern. Wir kooperieren in einem Medizinischen Kompetenznetz.“** (BPS Magazin 3/2011)

Im Jahr 2012 sind die Urologischen Universitätskliniken Erlangen, Marburg, Magdeburg und Tübingen dem Kompetenznetz beigetreten.

Hintergrund dieser Initiative ist es, die Behandlung des fortgeschrittenen, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (KRPCA) zu standardisieren und zu personalisieren, so dass eine möglichst hohe therapeutische Effektivität bei minimaler behandlungsassoziiertes Nebenwirkungsrate erreicht werden kann. Basierend auf den Arbeiten zur Grundlagenforschung können evtl. effektivere Therapieansätze entwickelt werden.

Zu den Grundelementen des Medizinischen Kompetenznetzes sollen gehören:

- Untersuchungen offener klinischer Fragestellungen durch institutsübergreifende Datenbanken an möglichst homogenen Patientenkollektiven mit gezielten Fragestellungen und einheitlicher Dokumentation der Krankheitsverläufe.
- Klinische Studien zur Bewertung und Empfehlung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren.
- Klinikübergreifende Grundlagenforschung zur Bündelung verschiedener Verfahren und zielgerichtete Forschung an den molekularen Ursachen der Entstehung, Progression und Prognose des KRPCA.

In ihrer Sitzung am 18. April 2012 in Köln verständigten sich die Mitglieder des Kompetenznetzes auf diese nächsten Schritte:

Interdisziplinarität

In Zukunft sollen Vertreter aus Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie, Nuklearmedizin, Palliativmedizin, Psychoonkologie, und Grundlagenforschung eingeladen werden.

Biomaterialienbank

Mittelfristiges Anlegen einer Biomaterialienbank aus Körperflüssigkeiten und Gewebe von Patienten mit KRPCA (Serum, Urin, frisches Tumorgewebe, Metastasenresektionen, palliative transurethrale Prostataresektionen, palliative Prostatektomien, Lymphadenektomien, Zystektomien). Einigung auf einheitlichen Standard zur Asservierung der Biomaterialien zwecks Durchführung von Untersuchungen auf DNA-, RNA- und Proteomebene.

Klinische Projekte und Studien

Kurzfristig realisierbare klinische Projekte sollen Verlässlichkeit und Motivation in dieser Kooperation bestärken. Abhängig vom Erfolg der ersten Projekte werden weitere Studien verfolgt.

Gemeinsame Datenbanken

Erfassung bisheriger Behandlungsverläufe und Laborparameter der Patienten mit KRPCA.

Externe Validierung und Entwicklung neuer Nomogramme

In der Literatur gibt es eine Vielzahl von Nomogrammen, die das Ansprechen auf eine Docetaxel basierte Chemotherapie vorhersagen sollen (Smaletz et al., JCO 2002; 20: 3972; Halabi et al., JCO 2003; 21: 1232; Armstrong et al., Eur J Cancer 2010; 46: 517 und Clin Cancer Res 2010; 16: 203). Diese Nomogramme wurden weder extern noch prospektiv evaluiert. Das Nomogramm von Armstrong soll retrospektiv validiert werden. Neue klinische Faktoren zur Aussagekraft der Nomogramme sollen evaluiert und verbessert werden (z.B. CRP, IL-6, Procalcitonin, FSH und LH).

Sekundärtherapie nach Docetaxel

Mit Cabazitaxel und Abirateronacetat stehen zugelassene Substanzen in der Therapie des KRPCA nach Docetaxel zur Verfügung. Bis dato sind keine Prognosefaktoren aus größeren Serien bekannt, die mit einem besseren therapeutischen Ansprechen auf die eine oder andere Therapie korreliert werden könnten. Zielsetzung soll sein, bisher Behandelte anhand einer einheitlichen Datenbank zu dokumentieren und alle klinischen, pathohistologischen, radiologischen und laborchemischen Parameter vom Zeitpunkt der Erstdiagnose bis zum Abschluss der sekundären Behandlung zu erfassen. Aus aktuellem Anlass sollen auch die Patienten der Härtefallprogramme zu Enzalutamid und Alpharadin dokumentiert werden.

Als weiteres Projekt wäre die Effektivität der Sequenztherapie Cabazitaxel => Abirateron bzw. Abirateron => Cabazitaxel sowie die Docetaxel Rechallenge zu bearbeiten.

Zwei klinische Studien (1) Salvage-Lymphadenektomie ± Androgendeprivation, (2) Salvage-Lymphadenektomie

± perkutane Radiatio versus Wait-and-See können als Studienprotokolle des Kompetenznetzes realisiert werden.

Grundlagenforschung

Nach Inventur bereits asservierter Biomaterialien von Patienten mit KRPCA und abhängig von der Menge der Materialien könnten Drittmittelanträge gestellt werden.

Kooperation mit dem Deutschen Prostatakarzinomkonsortium

Kooperationsmöglichkeiten und gemeinsame Anträge sollen mit dem Konsortium diskutiert werden.

Nächste Treffen

September 2012 in Leipzig im Rahmen des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Ein jährliches Arbeitstreffen, um (1) aktuelle Daten bezüglich Qualität, etc. zu sichten, (2) wissenschaftliche Projekte mit den primär Verantwortlichen festzulegen, und um (3) klinische Fragestellungen zu definieren.

BPS-Stellungnahme zur Behandlung des fortgeschrittenen, kastrationsresistenten Prostatakrebs (KRPK)

Heutige Diagnose- und Therapieformen können das Versterben an Prostatakrebs für 12.000 Männer pro Jahr nicht verhindern. Ihr Leidensweg ist gekennzeichnet von Schmerzen und Beeinträchtigungen durch die Erkrankung und durch Nebenwirkungen ihrer Therapien. Um Männer mit einem KRPK zukünftig besser therapieren zu können, bedarf es verstärkter Forschungs- und Behandlungsanstrengungen. Schon heute sollten Bestimmungen des Rezeptorstatus und Prüfung der Chemosensitivität zur Diagnostik gehören, ebenso wie die Feststellung der Mikrometastasierung und zirkulierender Tumorzellen. Die Forschungsergebnisse des Internationalen Genom Prostatakrebs Projekts sollen schnell in die klinische Anwendung kommen. Hierzu gehören Erkenntnisse aus der Cytogenetik, molekularen Genetik, molekulare Marker, Mutationen, Epigenomik, Mikro-RNA, klinisch relevante Proteine, diagnostische und prognostische Marker und die Entwicklung als auch Kommerzialisierung diagnostischer Mittel und Apparaturen. In der Therapiesequenz des KRPK sollen die neuen Hormon- bzw. Rezeptor

manipulierenden Medikamente der Chemotherapie vorgeschaltet werden. Die Immuntherapie soll in der Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakrebses Eingang finden. Hierzu fordern wir eine baldige Zulassung von PROVENGE in Europa. Weitere immuntherapeutische Ansätze sollen erforscht werden. Die Behandlung der Männer mit KRPK soll in einem multidisziplinären Medizinischen Kompetenznetz erfolgen, in dem Forschung und Behandlung zeitgleich stattfinden. Damit werden die besten Voraussetzungen geschaffen für die Prüfung und Optimierung bekannter Therapien als auch experimenteller Therapien, Forschung und Wissenstransfer mit schneller Anwendung in der klinischen Praxis. Organisation und Arbeit eines Medizinischen Kompetenznetzes für den fortgeschrittenen, kastrationsresistenten Prostatakrebs soll ein Förderschwerpunkt für das Bundesministerium für Bildung und Forschung werden.

**BPS-Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs
BPS-Vorstand**

Früherkennung und DNA-Zytometrie in der Diskussion

Auf einen Beitrag von Dr. Ernst Herbert Bliemeister im BPS-Magazin 1/2012 zur Aktiven Überwachung und der diagnostischen Bedeutung der DNA-Zytometrie bezieht sich Frau Corinna Schäfer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, in ihrem nachstehenden Leserbrief.

Es ist sehr erfreulich, dass sich das BPS-Magazin dieser wichtigen und viel zu wenig eingesetzten Strategie zur Behandlung des Prostatakarzinoms annimmt. Nur hat Herr Dr. Bliemeister den meisten Patienten mit seiner sogenannten kritischen Betrachtung einen Bärendienst erwiesen.

Ja, die Einschlusskriterien für Aktive Überwachung (AÜ) sind nicht einheitlich. Und sie bieten keine hundertprozentig verlässliche Garantie, ob ein Tumor fortschreitet oder nicht. Aber das ist nach der neuesten Studienliteratur auch gar nicht nötig.

PIVOT, eine große amerikanische Studie, hat gezeigt, dass bei niedrigem und mittlerem Risiko die Operation nach 15 Jahren keinen Nutzen gegenüber Watchful Waiting (also Nichtbehandlung) bringt. Diese Studie hat die höchste Evidenzklasse und bestätigt, was man bei Bill-Axelson schon ahnen konnte: Die Operation als Goldstandard gehört dringend auf den Prüfstand.

Wenn also bei Tumoren niedrigen **und** mittleren Risikos die Operation rein gar nichts im Vergleich zur palliativen Behandlung bringt, dann ist die Frage nach den Einschlusskriterien für die Aktive Überwachung hinfällig geworden. Dann muss es eher darum gehen, Einschlusskriterien für die Operation zu definieren und das einzige, das sich aus der Evidenz ableiten lässt, heißt: hohes Risikoprofil.

Die Studienergebnisse besagen allerdings nicht, dass niemand mit einem Niedrig-Risiko-Tumor daran stirbt. Sondern nur, dass der Tod durch die Operation nicht verhindert werden kann. Wenn jemand ohne Behandlung am Prostatakrebs stirbt, ist man schnell geneigt, genau diesem Umstand der unterlassenen Behandlung den Tod zuzuschreiben. Wenn jemand trotz Operation stirbt, denkt man, man habe wenigstens alles getan, um den Tod zu verhindern. Deshalb ist der Wunsch nach Absicherung, zum Beispiel durch die DNA-Zytometrie, verständlich. Aber er ist medizinisch nicht sinnvoll.

Heute werden nicht zu viele, sondern viel zu wenige Männer aktiv überwacht. In dieser Situation nach einem

neuen Verfahren zu rufen, das die Zahl der AÜ-Kandidaten weiter einschränkt als ausweitet, ist geradezu sträflich für die betroffenen Männer. Alle Mutmaßungen, warum die DNA-Zytometrie Patienten sicherer für AÜ identifizieren könnte, beruhen auf so genannten Surrogaten, das heißt: auf Messgrößen, von denen wir annehmen, dass sie einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen haben könnten, ohne dass wir es genau wissen. Von der Operation aber wissen wir inzwischen, dass sie die Sterblichkeit bei niedrigem und mittlerem Risiko nicht verringert. Also sollte man lieber dafür werben, die Indikation zur Operation (oder Bestrahlung) viel besonnener zu stellen. Und man sollte Männer zu AÜ ermutigen, statt ihnen Angst zu machen und eine weitere Untersuchung aufs Auge und auf den Geldbeutel zu drücken.

Corinna Schaefer

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin

E-Mail: schaefer@azq.de

Zur selben Thematik führte das BPS-Magazin ein Interview mit Prof. Lothar Weißbach, Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit und mit Josef Dietz, Arbeitskreis „Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom“ im BPS.

BPS-Magazin: Was sollen Ärzte im Falle eines Niedrig-Risiko-Prostatakrebses ihren Patienten sagen?



Prof. Weißbach: Ärzte sollen ihre Patienten entsprechend der Leitlinie über alle verfügbaren Maßnahmen neutral informieren. Neutral bedeutet, bei der Aufklärung keine eigenen Interessen einfließen zu lassen. Aktive Überwachung, Bestrahlung, Operation, Hormonbehandlung und langfristiges Beobachten sind die Optionen. Diese Aufklärung wird erleichtert durch Pa-

tientenratgeber von Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften/Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe sowie der Barmer GEK. Meine wichtigste Empfehlung ist „Bis zu Ihrer Entscheidung haben Sie Zeit – viel Zeit.“ Diese Zeiträume werden nicht in Tagen und nicht in Wochen, sondern in Monaten und Jahren gemessen. Es geht also darum, dem von vielen Medien, Interessengruppen und Vereinen induzierten Aktionismus entgegenzusteuern. Auch Ärzte handeln aus unberechtigter Sorge vorschnell. Die Information über und die Adaptation an die Erkrankung sind Prozesse, die Zeit brauchen. Eine überstürzte Handlung am Patienten wird später vom Betroffenen bereut. Deshalb gilt es, den Weg bis zur Therapieentscheidung zu entschleunigen.



Josef Dietz: Eine Diagnose „Prostatakrebs“ löst bei betroffenen Männern und Angehörigen Ängste und bei behandelnden Ärzten häufig Handlungszwänge aus. Bei Vorliegen bestimmter Eigenschaften des Krebses und ab einem bestimmten Alter des Patienten

kann es jedoch sinnvoll sein, eine abwartende, kontrollierende Haltung einzunehmen. Auf eine einschneidende Therapie kann zunächst verzichtet werden ohne den Zeitpunkt für eine kurative Therapie zu verpassen. Dieser Krebs ist auch ohne Therapie mit heilender Absicht für die Mehrzahl der Betroffenen nicht lebensbegrenzend.

BPS-Magazin: Wer kann einen Patienten zusätzlich informieren und werden die Kosten von einer Krankenversicherung übernommen?

Prof. Weißbach: Ich empfehle immer, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen. Am besten sind das ein Kollege der gleichen Fachgruppe und ein weiterer aus einem anderen Fachbereich. Z.B. beraten zwei Urologen unabhängig voneinander gern und ausschließlich über die Vorteile der Operation und die Nachteile der Bestrahlung. Ihr Urteil gibt nicht die Gleichwertigkeit beider Behandlungen wieder. Weiterhin empfehle ich das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe. Das Schicksal und die Meinung anderer Betroffener ist oft guter Ratgeber – zumindest

bei der Wahl des Therapeuten. Die Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung werden von manchen Krankenkassen übernommen. Davon sollte aber die Hinzuziehung eines Experten nicht abhängen, denn hier geht es um die Beantwortung elementarer Fragen. Diese Antworten entscheiden über die verbleibenden Lebensjahre. Die Kosten für Zweitmeinungen sind durchaus erschwinglich.

Josef Dietz: Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) gibt umfangreiche Informationen. Dazu gehören seine Homepage www.prostatakrebs-bps.de mit interaktivem Forum, eine Beratungshotline – „Patienten beraten Patienten“, Tel.: **0800 7080123** sowie ein umfangreiches Angebot an Druckschriften einschließlich Patientenleitlinien für die verschiedenen Stadien der Erkrankung und zur Früherkennung. Diese können kostenlos über die Geschäftsstelle des BPS bezogen werden. Gute kostenfreie Informationsquellen sind auch die 238 BPS-Selbsthilfegruppen in allen Regionen Deutschlands. Manche Krankenkassen bieten ebenfalls kostenfreie Zweitmeinungsdienste an. Der Krebsinformationsdienst <http://www.krebsinformation.de/krebsinformationsdienst@dkfz.de>, Tel.: **0800 4203040** des Deutschen Krebsforschungszentrum gibt ebenfalls kostenfreie Informationen.

BPS-Magazin: Von welchen Informationen und Kriterien sollen sich Ärzte bei ihrer Therapieempfehlung leiten lassen?

Prof. Weißbach: Der Arzt muss über das Basiswissen aus der Leitlinie verfügen. Zusätzlich hat er sich der Kriterien anzunehmen, die ihm der Patient mitbringt: sein Alter, die Vorgeschichte, seine Begleitmedikation, seine Wünsche und Präferenzen und vor allem seine Ansprüche an die Lebensqualität. Wenn ich höre, dass sich die ärztliche Fürsorge sogar auf Operationsempfehlungen bei 75-Jährigen erstreckt, dann hoffe ich auf Gegenstimmen aus dem BPS. Die Studie von Bill Axelson hat nur einen Operationsvorteil für die Männer ergeben, die jünger als 65 waren. Verglichen hatte man die Operation mit Nichtstun, d.h. mit langfristigem Beobachten (nicht mit Aktiver Überwachung) – und das bei z. T. lokal fortgeschrittenen Tumoren mit PSA-Werten bis 50 ng/ml. Die aktuelle PIVOT-Studie hat überhaupt keinen altersabhängigen Vorteil für das Operieren von Niedrig-Risiko-Patienten ergeben.

BPS-Magazin: Welche Männer mit Prostatakrebs haben einen Vorteil von der Aktiven Überwachung statt einer sofortigen Operation oder Bestrahlung?

Prof. Weißbach: Alle für eine Bestrahlung oder Operation in Fragekommenden mit einem PSA-Wert < 10ng/ml, einer Zelldifferenzierung nach Gleason 6 und ohne tastbaren Tumor. Das ist mehr als die Hälfte der Teilnehmer an der Früherkennung. In der Leitlinie haben wir die Kriterien weiter verschärft: Tumor in maximal 2 Stanzten und Tumorausdehnung pro Stanze unter 50%, um diese Strategie noch sicherer zu machen.

BPS-Magazin: Kann die Entscheidung für eine Aktive Überwachung durch eine DNA-zytometrische Untersuchung abgesichert werden?

Prof. Weißbach: Ja, weil damit die Zell- und Gewebedifferenzierung nach Gleason verlässlicher bestätigt bzw. korrigiert werden kann. Die Frage ist aber, wie viel Sicherheit wir überhaupt brauchen. Der zweifelnde Patient und der sich vor Rechtsansprüchen absichernde Arzt suchen nach der absoluten Sicherheit. Sie wollen eine absolut fehlerfreie Diagnose, die es aber absolut nicht gibt und niemals geben wird. Sie scheuen weder Belastung noch Mühe und unterliegen einer Bildermegalomanie (Elastographie, Histoscan, CT, MRT, PET-CT, PET-MRT) im Glauben, den Tumor sehen zu müssen. Außerdem gibt es noch die Kollegen, die der Markermegalomanie verfallen sind. Sie wollen weiterhin operieren, bis neue „absolut sichere“ Marker gefunden sind, die den Tumor absolut sicher klassifizieren. Andere wollen bis 2023 auf die Ergebnisse der PREFERE-Studie warten. Diese Kollegen warten auf den sog. Fortschritt. Andere sehen darin vor allem die Vermehrung der Unnötigkeiten, von denen wir glauben, dass sie Notwendigkeiten seien (Querulix 1946). Fortschrittlich ist es, für alle Niedrig-Risiko-Patienten jetzt die Aktive Überwachung zu empfehlen.

Josef Dietz: Verlassen sich Männer allein auf den Gleason-Score, um die Aggressivität des Prostatakrebses einzuschätzen, müssen sie berücksichtigen, dass er nicht immer verlässlich ist. Wie Studien gezeigt haben, kommen verschiedene Pathologen nur in der Hälfte der Fälle zum selben Ergebnis. Für einen Mann, der eine Aktive Überwa-

chung erwägt, wäre es ungünstig, wenn er seine Entscheidung allein aufgrund eines Gleason-Scores trifft. Dieses Risiko wird geringer, wenn zusätzlich der DNA-Grad zur Beurteilung der Aggressivität des Tumors herangezogen wird.

Die DNA-Zytometrie bietet wichtige Zusatzinformationen zur Vorhersage des individuellen Krankheitsverlaufs und damit zur Entscheidung über eine angemessene Behandlung.

Die DNA-Zytometrie kann beitragen, die Entscheidung eines Patienten mit einem „klinisch insignifikantem Mikrokarcinom“ (harmlosen Krebs) der Prostata, für oder gegen die Strategie der Aktiven Überwachung auf eine sicherere, wissenschaftliche Grundlage zu stellen (Pretorius et al., 2008). Die DNA-Zytometrie ist seit mehr als 25 Jahren ein gut erforschtes Diagnosewerkzeug, und sie ist eine Kassenleistung. Wenn die Laien- und Fachpresse vor Übertherapie durch Früherkennung mit unnötigen Behandlungen von Niedrig-Risiko-Prostatakarzinomen warnt, sollte sie endlich auch die wissenschaftlich validierte DNA-Zytometrie öffentlich diskutieren.

BPS-Magazin: Welche Untersuchungen brauchen wir, um die AÜ-Strategie noch sicherer zu machen?

Prof. Weißbach: Wir brauchen Untersuchungen darüber, warum nur weniger als 10% der Ärzte diese Strategie empfehlen. Die Überwachung ist ausreichend sicher; das ist durch Studien belegt, die ein 99%-iges Überleben nachweisen. Der Arzt hat zu prüfen, ob der Betroffene psychisch so stabil ist, dass er mit einem Tumor leben kann. Er soll bereit sein, sich vierteljährlich bei seinem Urologen vorzustellen (PSA und Tastbefund) und sich jährlich biopsieren zu lassen. Bei unauffälligem Verlauf können die Biopsie Intervalle zeitlich gestreckt werden.

BPS-Magazin: Von welcher Methode erwarten Sie einen sogenannten Durchbruch bei der Behandlung des Niedrig-Risiko-Prostatakrebses?

Prof. Weißbach: Der Durchbruch hängt u. a. am Geld. Niedergelassene Urologen müssen für die Aufklärung und die Überwachung angemessen entlohnt werden. Das Geld, was heute für Operations-Roboter und stationäre Aufenthalte ausgegeben wird und was in die

Behandlung von Komplikationen fließt, gilt es umzuerteilen. Diesen Durchbruch hat der Berufsverband zu leisten – für seine niedergelassenen Mitglieder und für die Patienten. Einen Durchbruch erwarte ich deshalb von einer umfassenden Information niedergelassener Urologen. Sie müssen lernen, defensive Strategien bei der Betreuung von PCa-Patienten gewissenhaft einzusetzen. Das erfordert ein Höchstmaß an ärztlicher Zuwendung. Von einer Konsole aus gesteuerter Greifarm eines Roboters sind das Markenzeichen von Arztingenieuren, das ärztliche Hilfeversprechen hat eine andere, viel größere Dimension. Die gesamte Umgangskultur mit diesem Tumor müssen wir also ändern. Dafür müssen zunächst die vorhandenen Daten zur Kenntnis genommen werden. So gesehen ist die Frage falsch; es gibt keine Methode des Durchbruchs, sondern lediglich die Notwendigkeit und den Prozess der Veränderungen.

BPS-Magazin: Wie muss ein Arzt die Aktive Überwachung planen und organisieren?

Prof. Weißbach: Bisher hat der Urologe in der Praxis die Diagnose gestellt und die Einweisung in die Klinik zur Operation organisiert. Überwacht er einen Prostatakrebs aktiv, muss er Verantwortung übernehmen und um das Vertrauen des Betroffenen und seiner Angehörigen ringen. Er hat zu erklären, warum der von Laien propagierte „Kampf gegen den Krebs“ nicht notwendig ist und ein „Leben mit dem Krebs“ die bessere Qualität hat. Er hat abzuwägen, ob für den Einzelnen Aktive Überwachung die richtige Strategie ist, und ob er dieser Belastung gewachsen ist. Er muss sich der Zuverlässigkeit des Betroffenen versichern, damit er zu den festgelegten Kontrollen erscheint. Das Praxispersonal hat mit diesen Patienten besonders pfleglich umzugehen.

BPS-Magazin: Was soll ein Prostatakrebspatient unbedingt selbst tun?

Prof. Weißbach: Er soll jedes Angebot der örtlichen Selbsthilfegruppe annehmen; Selbsthilfe stabilisiert. Er soll wissen, der Tumor kann durchaus progredient werden: der PSA-Wert steigt kontinuierlich an oder ein positiver Tastbefund wird erhoben oder die Ergebnisse der Biop-

sie verschlechtern sich. Deshalb soll er die Kontrolltermine verlässlich wahrnehmen. Seine Lebensgewohnheiten soll er beibehalten; die Lebensfreude noch steigern.

Josef Dietz: Er sollte sich ausführlich informieren und Manager seiner Erkrankung werden, damit er aktiv mitwirken kann bei den Therapieentscheidungen. Der häufigste Satz neuer Besucher in den Selbsthilfegruppen lautet: „Wenn ich das alles vorher gewusst hätte“. Meine Botschaft ist – ein aufgeklärter Patient lebt besser und länger. Patienten sollen sorgsam im Umgang mit der eigenen Gesundheit sein. Schädliches vermeiden, für Bewegung, maßvollen Genuss gesunder Nahrung sorgen. Nach Freude und Harmonie im Alltag streben, denn Psyche beeinflusst Physis.

BPS-Magazin: Wir danken Herrn Prof. Weißbach und Herrn Dietz für das Interview.



Der „Förderpreis Selbsthilfe nach Krebs 2012“ des Krebsverbandes Baden-Württemberg e.V. wurde für das Projekt „DNA-ProKo-Studie“ bei Prostatakrebs“ in Anerkennung seiner besonderen Verdienste um die Implementierung und Evaluierung einer wissenschaftlichen Studie mit besonderer Patientenorientierung an Josef Dietz, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bretten g.V. im Juli 2012 verliehen.

Sein persönliches hohes Engagement für diese Studie steht beispielhaft für ein neues und innovatives Selbstverständnis der Selbsthilfe als Initialgeber und aktiv Beteiligter wissenschaftlicher Projekte in der Onkologie. Weitere Hintergrundinformationen zur DNA-Zytometrie sind abrufbar unter www.prostata-shg.de/link/i

Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen

S3-Leitlinie online verfügbar

Von Professor Dr. Dr. med. Knut A. Grötz



Seit dem 12.04.2012 ist auf der Homepage der AWMF^[1] (www.awmf.org) die ONJ-S3-Leitlinie online verfügbar. Sie wurde unter Federführung der DGMKG^[2] und Moderation der AWMF^[1] erarbeitet (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-091m_S3_Bisphosphonat-assoziierte_Kiefernekrose_2012-04.pdf). 40 medizinische Fachgesellschaften, Verbände, Körperschaften und Selbsthilfegruppen waren eingebunden. Sie haben die Leitlinie in namentlichem Gruppenprozess und auf Basis externer Evidenz (IMBEI^[3], Mainz) im Konsens verabschiedet.

Die Leitlinie wurde paritätisch von der DGMKG und DGZMK^[4], dem BDO^[5], der BZÄK^[6] und KZBV^[7] finanziert.

Der (nur) 18-seitigen Leitlinie ist ein ausführlicher, 57 Seiten umfassender Leitlinien-Report zur Seite gestellt. Ziele waren es, einerseits die Leitlinie selbst lesbar und übersichtlich zu halten, andererseits aber alle methodischen Inhalte, auch im Detail nachvollziehbar, ggf. auch nachprüfbar zu machen.

Die Leitlinie vermittelt als Grundtenor einen Appell zur Intensivierung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Verordnenden von Bisphosphonaten oder Denosumab unterschiedlicher Facharztgruppen einerseits und mundhöhlenbetreuenden Zahnärzten, Parodontologen, Oralchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen etc. andererseits. Sie spricht eine eindeutige Empfehlung zur ONJ-Prophylaxe bereits vor Beginn der Knochenabbau bremsenden (antiresorptiven) Knochentherapie durch Sanierung von Infektionen und Keimeintrittspforten in das knöcherne Lagergewebe des Kieferknochens aus. Diese Empfehlung eröffnet aber keinerlei Therapiekonkurrenz mit der zentralen Indikation zur Bisphosphonat- oder Denosumab-Medikation, da beides, Mundhöhlenprophylaxe und Medikation, durchaus zeitlich überlappend erfolgen kann.

Gleiche Relevanz erhält die ONJ-Prävalenz (oder Sekundärprophylaxe) unter oder nach einer Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab, die letztlich ein kontinuierliches, dauerhaftes Betreuungskonzept etablieren soll. Das ONJ-Risiko korreliert (neben vielen anderen Einflussfaktoren unabweisbar mit der Therapiedauer, so dass die Betreuungsindikation im Verlauf steigt. Wichtig ist aber ebenso die Vermeidung einer Stigmatisierung dieser Patientenkollektive, die bis zur Behandlungsvermeidung in der Praxis des Hauszahnarztes führen könnte. Letztlich ist diese dauerhafte interdisziplinäre Betreuung auch die wichtigste ONJ-Früherkennungsmaßnahme.

Natürlich widmet sich die LL auch der ONJ-Diagnostik und -Therapie und vermag auch hier eindeutige, evidenzbasierte Empfehlungen auszusprechen. Das eigentliche Potential der LL ist aber die Minderung der ONJ-Ereignisrate (Krankheitshäufigkeit/Neuerkrankungen) durch Verbesserung und Intensivierung der interdisziplinären Betreuung.

^[1] AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

^[2] DGMKG Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

^[3] IMBEI Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz

^[4] DGZMK Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

^[5] BDO Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

^[6] BZÄK Bundeszahnärztekammer

^[7] KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

„Gemeinsam wirken, Expertise bündeln“

Starkes Bündnis von Deutscher Krebshilfe und Deutscher Krebsgesellschaft



Foto Hans-Peter Krämer, Werner Hohenberger, Johannes Bruns, Otmar Wiestler, Fritz Pleitgen und Gerd Nettekoven (v.l.)

„Gemeinsam wirken, Synergien nutzen, Expertise bündeln“ – das ist das Ziel der verstärkten Kooperation von Deutscher Krebshilfe und Deutscher Krebsgesellschaft, die auf der Jahres-Pressekonferenz der Deutschen Krebshilfe im Juli 2012 in Berlin vorgestellt wurde. „Damit findet ein Schulterschluss zweier Organisationen statt, die sich seit Jahrzehnten auf unterschiedlichen Ebenen für Krebs-Patienten engagieren: die Deutsche Krebsgesellschaft als Medizinische Fachgesellschaft und wir als Hilfs- und Förderorganisation“, sagte Hans-Peter Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, in Berlin.

Eines der Hauptanliegen der Deutschen Krebshilfe ist es, das hohe Niveau der Krebsforschung in Deutschland weiter zu steigern und die gewonnenen Erkenntnisse schnellstmöglich den Betroffenen zu Gute kommen zu lassen. Alleine im Geschäftsjahr 2011 investierte die Deutsche Krebshilfe rund 31,8 Millionen Euro in eine Vielzahl hochwertiger onkologischer Forschungsprojekte. Das macht die Organisation zum größten privaten Drittmittelgeber in diesem Bereich in Deutschland.

„In der Krebsbekämpfung ist die Deutsche Krebshilfe zu einem der wichtigsten Gesprächspartner der Gesundheits- und Forschungspolitik geworden“, konstatiert Krämer. Dies werde deutlich durch die enge Einbindung

der Organisation in den Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Nationale Krebsplan ist 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Tumorzentrum, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe initiiert worden. „Er ist ein hervorragendes Beispiel für die effektive Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebshilfe“, sagte der scheidende Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, Professor Dr. Dr. h. c. Werner Hohenberger, bei der Pressekonferenz in Berlin.

Das gemeinsame Wirken in den letzten Jahren im Rahmen des Nationalen Krebsplans haben die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft dazu veranlasst, in Zukunft – im Sinne der Patienten – eine noch stärkere Kooperation einzugehen, so auf dem Gebiet der Krebsinformation, bei der Durchführung von Informationsveranstaltungen und Kongressen, bei gesundheits- und wissenschaftspolitischen Aktivitäten und bei anderen grundlegenden Projekten. Hierzu wurde von beiden Organisationen am 2. Juli 2012 in Berlin ein Kooperationsvertrag unterzeichnet.

Quelle: Deutsche Krebshilfe

Deutsche Krebsgesellschaft wählt neue Führungsspitze



Red. (mk): Die Präsidentschaft der größten onkologischen Fachgesellschaft in Deutschland übernimmt künftig Professor Dr. Wolff Schmiegel aus Bochum, er löst den bisherigen Amtsinhaber Professor Dr. Dr. h. c. Werner Hohenberger aus Erlangen ab. Ebenfalls zum neuen Vorstand gehören Vizepräsident Professor Dr. Peter

Albers (Düsseldorf), Schriftführer Professor Dr. Carsten Bokemeyer (Hamburg), Schatzmeister Professor Dr. Thomas Wiegel (Ulm), Professor Dr. Michael Hallek (Köln) als Präsident des nächsten Deutschen Krebskongresses sowie die Vorsitzenden der drei DKG-Sektionen*.

Der neue DKG-Präsident Wolff Schmiegel setzt sich neben seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit als Direktor der Medizinischen Universitätsklinik am Knappschaftskrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum bereits seit vielen Jahren für die Belange der Deutschen Krebsgesellschaft ein. Professor Schmiegel war Vorsitzender der Zertifizierungskommission für die Darmkrebszentren der DKG und Kongresspräsident des 29. Deutschen

Krebskongresses im Jahr 2010. Der renommierte Spezialist für Krebserkrankungen der Verdauungsorgane (Darm, Magen, Bauchspeicheldrüse etc.) engagiert sich außerdem für eine umfassende qualitätsgesicherte Darmkrebsfrüherkennung und widmet sich intensiv der onkologischen Grundlagenforschung.

***Vorstandsmitglieder der DKG-Sektion A**

(Landeskrebsgesellschaften):

Prof. Dr. Andreas Hochhaus (Jena),

Prof. Dr. Christian Jakisch (Darmstadt)

Vorstandsmitglieder der DKG-Sektion B

(medizinisch-wissenschaftlichen

Arbeitsgemeinschaften der DKG):

Prof. Dr. Rainer Engers (Düsseldorf),

Prof. Dr. Olaf Ortmann (Regensburg)

Vorstandsmitglieder der DKG Sektion C

(fördernde Mitglieder):

Dr. Franz Ameismeier (München),

Dr. Erich Enghofer (Leverkusen)

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft

Stärkere europäische Kooperation in der Medizinischen Onkologie

Red. (mk): Um den Austausch zwischen Krebsspezialisten in ganz Europa weiter zu fördern, hat die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) im Juli 2012 eine Kooperationsvereinbarung mit der European Society for Medical Oncology (ESMO) unterzeichnet.

Die Medizinische Onkologie spielt eine zentrale Rolle in der Betreuung von Krebspatienten. Aufgaben reichen von der Diagnostik über Tumorboards und die spezielle Tumorthherapie bis zur palliativmedizinischen Begleitung. Die Rahmenbedingungen für die Onkologie werden heute nicht mehr allein auf der nationalen deutschen Ebene, sondern auf der europäischen Ebene geschaffen. Beispiele für europäische Vorgaben sind die Regularien für die Durchführung klinischer Studien oder die Zulassung neuer Krebsmedikamente. Prof. G. Ehninger, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, sagte

anlässlich der Unterzeichnung der Vereinbarung: „Die DGHO engagiert sich seit langem auf nationaler Ebene für die Verbesserung der Rahmenbedingungen für nicht-kommerzielle klinische Studien. Wir sehen in dem Abkommen einen weiteren Schritt, Synergieeffekte mit der europäischen Fachgesellschaft erzielen zu können.“ Die Kooperation mit der ESMO, die gleichzeitig auch von der österreichischen Fachgesellschaft OeGHO vereinbart wurde, soll wissenschaftliche Aktivitäten und politische Initiativen fördern. Sie soll auch helfen, die Barrieren für Medizinische Onkologen in Europa abzubauen durch einheitliche Ausbildungsinhalte und die Anerkennung von Weiterbildungen in anderen europäischen Staaten.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V.

„Qualität kennt keine Grenzen“ Erkennen und Umsetzen

Von Ernst-Günther Carl, Vorstandsmitglied Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe



Die diesjährige Fachveranstaltung des AQUA-Instituts* widmete sich der Sektorenübergreifenden Qualität im Gesundheitswesen. Frau Dr. Hiltrud Kastenholz, Bundesministerin für Gesundheit referierte zu „Qualität in der gesundheitspolitischen Arena – Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit“. Auf den Stellenwert der Qualität und ihre gesetzlichen Grundlagen bezogen, verwies sie u. a. auf das kommende Patientenrechtegesetz mit Zielsetzung, Verbesserung der Patientensicherheit, Mindeststandards und insbesondere Transparenz in Qualitätsberichten.

Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis 30. Juni 2012 informierte über die Strukturen des G-BA, der Selbstverwaltung und das vorherrschende Verständnis – die Motivation zur Qualitätssicherung ist die Sanktion. Er ging auf Aspekte eines seriellen Datenflussmodells ein, streifte Zusammenhänge zwischen Krankenhaus und Arztpraxis mit Verweis auf kollektive oder selektive Themenansätze. Das wurde vertieft an aktuellen der im internationalen Vergleich hohen Zahl Hüft- und Knie-Endoprothesen pro Einwohner und beachtlicher Beantragungsmengen.

Welche Bedeutung der Einbeziehung von Patienten zukommt, zeigte sich in den Vorträgen von Prof. Dr. Michel Wensing (St. Radboud University Nijmegen) „Erreichen wir mehr Qualität, wenn wir die Patientenperspektive einbeziehen?“ Der Vortrag legte dar, in diesem Feld gibt es sehr wenige empirisch abgesicherte Daten. Die wenigen Daten und Einzelerfahrungen aus dem täglichen Klinikbetrieb lassen schlussfolgern, die Effektivität steigt mit Einbeziehung der Lebensqualität der Patienten.

Dr. Ilona Köster-Steinebach (Patientenvertreterin im G-BA) präsentierte eine methodische Gegenüberstellung „Welche Faktoren oder harte Qualitätssicherung – was verspricht sich die Patientenvertretung von Patientenbefragungen?“

Anja Klingenberg (AQUA-Institut) informierte zu „Patientenbefragung in sektorenübergreifender Qualitätssicherung – was ist geplant?“

Stefan Nöst (Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) stellte „Ergebnisse und Erfahrungen aus der Entwicklung eines sektorenübergreifenden Instrumentes für Patientenbefragungen“ vor. Diskutiert wurde der Aufbau eines Abfrage- und Diskussionsbogens, gefolgt von einer Methodendiskussion, die sich mit ersten Erkenntnissen zu offenen und/oder geschlossenen Fragen bewegte, den Einschluss von kleinen Forengruppen streifte und schlussendlich wohl darlegte, dass es noch einiger Anstrengungen bedarf, um zu erfolversprechenden und belastbaren Abfrage- und Auswertungsinstrumenten zu kommen.

Prof. Reinhard Busse (Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin) verglich in seinem Vortrag zu „Finanzierung und Qualität im Gesundheitswesen – zwei Seiten einer Medaille?“, die unterschiedlichen Kosten innerhalb Europas. Er stellte auch einen Vergleich zu den USA und anderen Ländern und den verschiedenen Sektoren dar. Unter anderem zeigte sich, dass Qualität nicht erkaufte sondern gelebt werden muss. In den vielen Beispielen war eines auffällig, nämlich ein Kliniken-/Kostenvergleich in Europa, der darlegte, dass in Deutschland wesentlich mehr Kosten pro vergleichbarem Fall anfallen als in Schweden, wogegen die Qualitätsresultate in Schweden in den dargestellten Feldern deutlich besser ausfielen.

Die anschließende Diskussion war lebhaft, teilweise kontrovers, unterstrich jedoch nochmals die Notwendigkeit, die Effizienz der eingesetzten Mittel laufend zu überprüfen, und hierzu nachvollziehbare Qualitätsmaßstäbe zu definieren.

* Das AQUA-Institut ist ein freies, fachlich unabhängiges und interessenneutrales Beratungs- und Forschungsunternehmen im Gesundheitswesen für konkrete Konzepte und Strategien zur angewandten Qualitätsförderung und Qualitätssicherung, für die wissenschaftliche Qualitätsforschung sowie Umsetzung von komplexen Großprojekten.

Russisch-deutsche Konferenz der Stiftung Männergesundheit und des Koch-Metschnikow-Forums



Hanns-Jörg Fiebrandt, zweiter v.l.

Red. (mk): Die Tagung sollte insbesondere die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms vermitteln und den teilnehmenden Urologen, Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Pathologen ein Forum zur fachübergreifenden Diskussion bieten.

Die wissenschaftliche Leitung lag auf deutscher Seite bei den Professoren Peter Althaus und Lothar Weißbach von der Stiftung Männergesundheit. Auf russischer Seite leiteten Prof. Andrey Erkovich, Lehrstuhlinhaber für Urologie, Staatliche Universität Novosibirsk, der Chefurologe, Oblast Novosibirsk, Dr. Valentin Isaenko, sowie der Lehrstuhlinhaber für Urologie, Universität St. Petersburg und der Vertreter des Kompetenzzentrums Urologie, Prof. Dr. Sergeyi Petrov.

An dem Symposium nahmen ca. 160 Ärztinnen und Ärzte aus der Oblast Novosibirsk, vorwiegend Urologen, Morphopathologen und Radioonkologen sowie Studenten teil. Hinzu kamen über Internet zugeschaltete Teilnehmer.

In Russland war es früher üblich, eine Behandlung nach festen Standards mit geringer Gewichtung individueller Patientencharakteristika durchzuführen. Wichtig war die Abarbeitung eines Vorgabenkataloges. Inzwischen werden individuelle Gegebenheiten stärker berücksichtigt, so dass diagnostischen und therapeu-

tischen Maßnahmen der persönlichen Entscheidung des Arztes unterliegen. Jetzt gilt es, dieses Vorgehen erneut zu überprüfen. So könnte im ersten Schritt eine S1-Leitlinie für die Regionen Petersburg, Moskau und Novosibirsk erstellt werden, indem sich die Experten dieser Regionen zusammensetzen, ihr Wissen verfügbar machen und aufschreiben. Daraus lassen sich in nächsten Schritten S2- bzw. S3-Leitlinien entwickeln. Dabei sollten die S3-Leitlinien aus dem internationalen Schrifttum (EU, Deutschland, USA, Australien und Schottland) berücksichtigt werden.

Erstmals konnte ein Patientenvertreter, Hanns-Jörg Fiebrandt (SHG Berlin-Mitte), über die Arbeit von Selbsthilfegruppen in Deutschland berichten.

Im Ergebnis handelte es sich um eine wissenschaftlich hochrangige Fachtagung zu einem hochaktuellen Teilgebiet der Onkologie, für das in Sibirien ein großer Bedarf auf allen Ebenen besteht. Auf Grund der entstandenen persönlichen Kontakte zwischen den teilnehmenden Urologen kamen zahlreiche Absprachen zu Kooperationen zustande, die in der Planung gipfelten, in Novosibirsk ein Kompetenzzentrum für die Behandlung, Diagnose und Prävention des Prostata-CA einzurichten. Weitere Kooperationsprojekte wurden verabredet.

Quelle: Stiftung Männergesundheit

Patienten fragen – Mediziner antworten

Red. (mk): Seit Heft 3/2011 des BPS-Magazins beantworten Ärzte Fragen von Patienten zur Diagnose und Therapie des Prostatakrebses. Ihre Fragen können Sie per Brief oder Fax an die BPS-Geschäftsstelle in Gehrden senden, oder per E-Mail an Frau Kühlechner: marlene.kuehlechner@prostatakrebs-bps.de.

Patient:

Meine kurze PK-Historie verlief wie folgt:

Anfangs-PSA 14 ng/ml.; radikale Prostatektomie mit positivem Schnittrand; GS 3 + 4; T3a N0; Strahlentherapie nach mehrfachem PSA-Anstieg auf niedrigem Niveau, ca. 1 Jahr 3-fache Hormontherapie; nach erneutem, mehrfachem PSA-Anstieg auf niedrigem Niveau; Therapiepause seit März 2007, aber mit stetigem PSA-Anstieg; aktueller PSA Wert 0,89 ng/ml.

Ich werde sicher wieder bei einem PSA-Wert von etwa 5 mit einem 2. Zyklus der Hormonblockade beginnen. Ich bin mir aber völlig unsicher, ob es sinnvoll ist, mich vor dem Beginn des 2. Zyklus mit einem PET-Cholin-CT untersuchen zu lassen. Als Sinn dieser Untersuchung stelle ich mir vor, evtl. vorhandene Metastasen z.B. mit lokaler Bestrahlung behandeln zu lassen. Was spricht dafür? Was dagegen? Was ist, wenn nur die Stelle des positiven Schnittrandes im PET-Cholin-CT gefunden wird?

Aus unserem Expertengremium antwortet dieses Mal Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Biersack, Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Bonn:



Neuere Untersuchungen haben ergeben, die Aussagefähigkeit der Cholin-PET lässt erst ab einem Wert von 1,8 ng/ml ein ausreichendes Ergebnis erwarten. Aufgrund des langen PSA-Verlaufs liegt auch keine schnelle Verdoppelungszeit vor, die es sinnvoll erscheinen ließe, von diesem Wert abzugehen. Wir haben in eigenen Untersuchungen festgestellt, dass Cholin-PET erst ab einem PSA von 3 - 4 positiv wird. Die erste Frage lässt sich damit insofern beantworten, als bei den jetzigen PSA-Werten eine Cholin-PET nicht sinnvoll ist.

Darüber hinaus empfehlen wir in der Regel eine Cholin-PET bei Rezidiv erst dann, wenn ein gezieltes therapeutisches Vorgehen angezeigt ist. Dies bedeutet, dass das Verfahren erst dann Sinn macht, wenn man gezielt Lymphknoten oder Tumorreste chirurgisch entfernen könnte oder sollte. Möglicherweise ergibt sich auch eine Indikation dann, wenn ein Tumorrest oder Lymphknoten nach Vorbestrahlung gezielt nochmals bestrahlt werden soll.



Hochpräzisionsstrahlentherapie bei Prostatakrebs: der neue Beschleuniger TrueBeam

Von Dr. Iris Ernst, Professor Dr. Uwe Haverkamp, Professor Dr. Hans Theodor Eich

Auf dem Gebiet der Strahlentherapie sind in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte erzielt worden. Möglich ist dies durch verbesserte diagnostische Bildgebung sowie modernste Planung und Anwendung.

Strahlentherapie bei Prostatakrebs

Patienten, die an Prostatakrebs erkrankt sind, erhalten neben den internen Bestrahlungsmöglichkeiten bei niedrigen Stadien („Seeds“) häufig eine percutane (durch die Haut) kurative definitive Strahlentherapie (externe, zur Hei-

lung führende alleinige Strahlentherapie), zudem kommt die Strahlentherapie in bestimmten Fällen als zusätzliche Therapie nach Operation oder bei Auftreten eines PSA-Rezidivs in Betracht. Zur erfolgreichen Therapie muss jedoch eine recht hohe Strahlendosis appliziert werden, was früher entweder Dosiskompromisse oder eine erhöhte Nebenwirkungsrate zur Folge hatte. Die Fortschritte in Bildgebung, Planung und Anwendungstechniken führten jedoch dazu, dass den Patienten zur Heilung notwendigen Dosen schonend und rasch appliziert werden können.

Bildgebung in Planung und Anwendung

Auf Basis moderner bildgebender Verfahren (Ultraschall, Computertomographie, Kernspintomographie und ggf. Positronen-Emissions-Tomographie) lässt sich der Tumor und damit das zu bestrahlende Zielvolumen heutzutage sehr gut abgrenzen. Aber auch die Bildgebung direkt am Bestrahlungsgerät (Linearbeschleuniger, Tomotherapiegerät) konnte deutlich optimiert werden, so kann die Patientenlagerung unmittelbar vor dem Start der Bestrahlung millimetergenau kontrolliert und ggf. angepasst werden. Mit Aufkommen der intensitätsmodulierten (IMRT = intensity modulated radiotherapy) und bildgeführten (IGRT = image guided radiotherapy) Strahlentherapie wurde ein entscheidender Fortschritt im Bereich der Anwendung erzielt. Bei der IMRT sind Dosismodulationen mit Hilfe zahlreicher, schnell beweglicher kleiner Bleilamellen (MLC) möglich, die IGRT kann die Anwendung unmittelbar vor, aber auch, so erforderlich, während und nach dem Start der Bestrahlungssitzung kontrollieren. Resultat ist eine hochpräzise Bestrahlung, welche es erlaubt, auch in unmittelbarer Nachbarschaft von Risikoorganen, wie beispielsweise dem Enddarm, eine ausreichende Dosis im Tumor zu verabreichen. Der Patient kann auf diese Weise eine nebenwirkungsarme Heilung erreichen.

Bestrahlung am TrueBeam

Verschiedene Techniken der intensitätsmodulierten (IMRT) und bildgestützten (IGRT) Strahlentherapie sind an diesem Linearbeschleuniger durchführbar. Neben kon-



ventionellen Bestrahlungsfeldern ist eine IMRT mit festen Feldern, aber auch im Rotationsmodus („Rapid Arc“)

möglich. Hierbei kreist der Beschleuniger komplett oder in vordefinierten Winkeln um den Patienten, das Bestrahlungsfeld wird – wie individuell vorberechnet – durch blitzschnelles Auf- und Zufahren von Bleikollimatoren in Intensität und Richtung modifiziert. Vor jeder Bestrahlungsserie wird der für den Patienten berechnete Plan mehrfach kontrolliert und dosimetrisch überprüft, so dass die sichere Anwendung gewährleistet ist.

Der Beschleuniger besteht hierzu aus der Bestrahlungseinheit sowie zwei zusätzlichen, ausfahrbaren „Ärmchen“, die eine vor-Ort-Bildgebung ermöglichen. Somit sind neben den modernen Bestrahlungstechniken auch spezielle Bildgebungsverfahren, zum Beispiel zur unmittelbaren Lagekontrolle von Patient und zu bestrahlendem Volumen vor Start der Strahlentherapie, direkt am Beschleuniger möglich. Einstellungen und Anwendung lassen sich rasch durchführen, was für die Patienten den Vorteil bietet, nicht mehr so lange auf dem Bestrahlungstisch liegen zu müssen. Während der gesamten Bestrahlungsserie können die individuellen Einstellungen für den Patienten exakt reproduziert werden. Das heißt, es müssen nur einmal in einer längeren Sitzung alle nötigen Daten eingegeben werden. Bei jeder folgenden Behandlung sind diese exakt wieder abrufbar und können gegebenenfalls rasch angepasst werden. Dazu ist natürlich ein hochqualifiziertes Team aus MTRA, Medizinphysik-Experten, Ärzten, Pflegenden und weiterem Assistenzpersonal nötig, hierfür gab es umfangreiche Schulungen und Fortbildungen für die verschiedenen Berufsgruppen. Je nach individueller Patienten- und Tumoranatomie wird die geeignetste Methode gewählt und gelangt zur Anwendung.

Die Therapie wird von allen Krankenkassen komplett übernommen.

Korrespondenzadresse

Dr. Iris Ernst
Leitende Oberärztin
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
– Radioonkologie –
Universitätsklinikum
Albert - Schweitzer - Campus 1
48149 Münster
Tel. +49 251 8347-384
Fax +49 251 8347-355
E-Mail: iris.ernst@ukmuenster.de

Präzise Vorhersage der Metastasenentwicklung mit Hilfe des CAPRA-Wertes

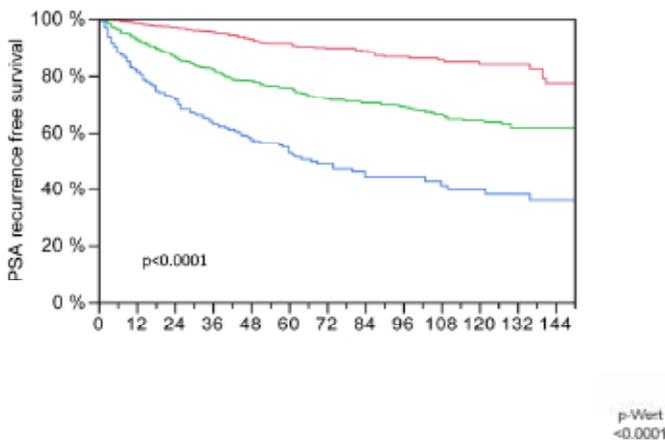
Von Dr. med. Lars Budäus



In der Beratung von Prostatakarzinompatienten ist die Vorhersage des Risikos eines biochemischen Rezidivs oder weiterer klinischer Endpunkte wie z.B. das Risiko der Entwicklung von Metastasen oder der krankheits-spezifische Tod nach der Durchführung einer radikalen Prostatektomie mit Hilfe unterschiedlicher Vorhersageinstrumente möglich. Hierfür stehen Nomogramme und neuronale Netzwerke zur Verfügung, diese Instrumente erfordern zum Teil die Nutzung eines Computers.

Die Arbeitsgruppe um Cooperberg et al. hat im Jahre 2005 erstmalig den einfach zu kalkulierenden CAPRA-Wert (Prostatakrebs Risikobewertung) vorgestellt. Dieses

Abbildung 1: Biochemische Rezidivfreiheit entsprechend der 3-CAPRA score Gruppen (low, intermediate und high risk)



Instrument wurde auf Basis von Daten US-amerikanischer Patienten entwickelt, die in städtischen und ländlichen Krankenhäusern mit einer radikalen Prostatektomie behandelt wurden. Es erlaubt die Abschätzung des Rezidivrisikos nach radikaler Prostatektomie. Im Rahmen dieser Auswertungen werden Patienten, in etwa vergleichbar mit den D'Amico Risikogruppen, in eine hohe, mittlere oder niedrige Risikogruppe eingeteilt. Dies basiert auf PSA-Wert, Biopsie Gleason Summe, Prozentanteil positiver Stanzungen, klinisches Stadium und Alter des Patienten und durch Zuordnung zu einem Punktsystem. Ein hoher Punktwert entspricht einem hohen Rezidiv- bzw. Metastasierungsrisiko.

In einer jüngeren Studie der gleichen Arbeitsgruppe wurde die allgemeine und präzise Einsetzbarkeit des CAPRA-Wertes zur Vorhersage weiterer klinischer Endpunkte gezeigt. Im Rahmen dieser Analysen konnte das Risiko des Auftretens von Metastasen sowie des prostatakrebs-spezifischen Todes auch bei Patienten erfolgen, die als Behandlung des Prostatakarzinoms eine Hormontherapie oder Strahlentherapie gewählt hatten.

In einer aktuellen Studie haben wir die Vorhersagegenauigkeit des CAPRA-Wertes bezüglich biochemischen Rezidivs sowie Metastasen untersucht. Im Gegensatz zu den Analysen von Cooperberg et al. stammten alle Patienten aus Deutschland und wurden in einem überregionalem, großen Zentrum mit radikaler Prostatektomie behandelt. Auf Grund geographischer Unterschiede bei der Häufigkeit der PSA-Messungen und Beeinflussung onkologischer Behandlungsergebnisse durch den Operateur ist eine Gültigkeitsprüfung von Vorhersageinstrumenten in unterschiedlichen Patientengruppen notwendig.

Der Vergleich der Tumorcharakteristika der 3.209 eingeschlossenen Patienten mit den Tumorcharakteristika der Patienten aus der Originalgruppe von Cooperberg et al. ergab deutliche Unterschiede. So wiesen von uns untersuchte Patienten Charakteristika weiter fortgeschrittener Tumoren sowie eine niedrigere Rate an biochemischen Rezidiven auf im Vergleich zu der Originalgruppe von Cooperberg et al. Darüber hinaus war die Rate positiver Absetzungsrän- der niedriger als in der Originalgruppe. Die weiteren Analysen ergaben ein mittleres Alter der Patienten bei OP von 64 (38-74) Jahre, der statistische PSA-Mittelwert war 6.6 ng/ml (Bereich 1.0 - 70.5). Der Nachverfolgungsmittelwert war 49 Monate (1 - 196). Bei 58 Patienten (2.0%) traten im Verlauf Metastasen auf. Die Analysen ergaben, dass jeder Einzel-Punkt Anstieg des CAPRA-Wertes, der auf einem fortgeschrittenen Tumorstadium basiert, das Risiko für das Auftreten von Metastasen deutlich erhöht (H.R. = 1.61; $p < 0.001$; C.I. 1.42-1.86).

Gleichzeitig zeigte der CAPRA-Wert eine hohe Vorhersagegenauigkeit.

Unsere Auswertung zeigt, die untersuchten europäischen Patienten haben Anzeichen weiter fortgeschrittener Tumoren als die für die Entwicklung des CAPRA-Wertes genutzte Patientengruppe in den USA. Diese Unterschiede lassen sich möglicherweise auf die unterschiedliche Nutzungsintensität des PSA-Wertes im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen erklären. Gleichzeitig zeigen unsere Ergebnisse die präzise Einsetzbarkeit des CAPRA-Wertes als einfach zu erhebenden Risikomesser. Diese Ergebnisse werden durch die bestehenden fortgeschrittenen Tumorcharakteristika der europäischen Pati-

enten im Vergleich zu den US Patienten mit einer jedoch überraschenderweise niedrigeren Rate an positiven Absetzungsänderungen und biochemischen Rezidiven begleitet.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lars Budäus M.A.
Martiniklinik am UKE Prostatakrebszentrum
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: Lars.Budaeus@gmail.com

Wichtige und interessante Aspekte zum Prostatakarzinom vom AUA Kongress 2012 in Atlanta, USA, 19. bis 26.05 2012

Von Hansjörg Burger, BPS-Beratungshotline und Dr. med. Julia Heinzlbecker, Universitätsmedizin Mannheim

Die Aufmerksamkeit für das Prostatakarzinom in den Urologischen Fachgesellschaften und in der Forschung ist ungebrochen. In der diesjährigen Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Urologie (AUA) beschäftigten sich insgesamt 30 wissenschaftliche Sitzungen, annähernd 500 Abstrakte, 10 Plenarsitzungen und viele andere Kurse und Symposien mit dem Thema Prostatakarzinom. Die Kontroversen gerade im Hinblick auf Prävention, Früherkennungsprogramme, und Diagnose dauern weiter an.

Bezüglich **Active Surveillance**, der aktiven Überwachung vor interventioneller Therapie wurde erneut betont, bei etwa 1/3 der Männer, welche die Kriterien für eine aktive Überwachung erfüllen, wird nach radikaler Prostatektomie der Tumor aggressiver eingestuft als zunächst angenommen (#2101 AuPrich, #991 Schmitges, #1332 Skradski, #1474 Covez-Veiga). Der alleinige Verlauf der PSA-Werte bei Aktiver Überwachung könnte eine Progression der Erkrankung leicht übersehen (#2102 Iremashvili, #2109 Fleshner). Dennoch zeigen die 5 Jahres Überlebensraten bei Aktiver Überwachung ein 100%iges Prostatakarzinom spezifisches Überleben (#376 Glass, #990 Liu).



Auf der Suche nach neuen Markern zur besseren Durchführbarkeit der aktiven Überwachung wurde ein epigenetischer Test vorgestellt, der die kurzfristige erneute Biopsie eventuell vermeiden könnte (late breaking Abstrakt 6 Stewart).

Ein entscheidender Beitrag im Themenbereich **Diagnose und Früherkennungsprogramme** waren die Ergebnisse der Europäischen ERSPC Studie nach weiteren drei Jahren Nachverfolgung. Hierbei zeigte sich eine 29%ige Reduktion der Prostatakarzinom spezifischen Sterberate in der Früherkennungsgruppe. Die Anzahl der Patienten, die in einem Früherkennungsprogramm beobachtet werden müssen, um ein Leben zu retten, sank von 1.410 auf 936 Männer und die Anzahl der Personen, die diagnostiziert werden müssen, um ein Leben zu retten, sank von 48 auf 33. Somit liefern die Ergebnisse dieser Studie wichtige Argumente für ein Früherkennungsprogramm beim Prostatakarzinom.

Im Bereich **Grundlagenforschung** beschäftigten sich mehrere interessante Beiträge mit den Anwendungsmöglichkeiten der Nanotechnologie in der Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms (#224 Graham, #318 Bharali).

In Bezug auf das **lokal begrenzte Prostatakarzinom** wurden zwei Studien vorgestellt, die Vorteile im Gesamt- und krankheitsspezifischen Überleben nach radikaler Prostatektomie im Gegensatz zur Bestrahlung nahelegten (#686 Hoffman, #989 Roobol). Männer, die vor radikaler Prostatektomie über Symptome des unteren Urogenitaltrakts klagten, wie häufiges Urinlassen, schwacher Harnstrahl u.a., könnten von der Operation profitieren, da sich bei diesen Patienten eine Verbesserung der Lebensqualität nach radikaler Prostatektomie gezeigt hatte (#694 Chang, #1630 Diab).

Schließlich wurde im Bereich der **systemischen Therapie** bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom die Toxizität der Hormontherapie diskutiert und eine Studie vorgestellt. Eine Therapie zur künstlichen Absenkung des Testosteronspiegels im Blut mit Gonadotropin-Releasing-Hormon (GnRH) führte zu einem erhöhten Schlaganfallrisiko (#937 Jefferies).

Es konnte gezeigt werden, dass Denosumab, ein monoklonaler Antikörper der Einfluss auf den Knochenstoffwechsel nimmt, die Entwicklung von Knochenmetastasen verzögern kann (#681 Smith). Alpharadin (radium-223 chloride), ein Radiopharmazeutikum, könnte das Gesamtüberleben von fortgeschrittenen Prostatakarzinompatienten verlängern und zudem das Auftreten skelettassoziiertes Ereignisse, wie Knochenbrüche verringern (#684 Sartor).

Im Bereich der Immuntherapie konnte gezeigt werden, dass Sipuleucel-T, das einem Impfstoff gegen Krebs ver-

gleichbar ist, einen 8 Monats Überlebensvorteil bietet (IMPACT-Trial, #683 Gomella). In den USA ist dieses Medikament bereits zugelassen, allerdings ist es mit sehr hohen Kosten verbunden.

Im Bereich der Hormontherapie wurde gezeigt, dass Arbiraterone auch bei gleichzeitiger Bestrahlung gut vertragen wird (#682 Saad). MDV 3100, ein Androgenrezeptor-Signalinhibitor, konnte bei Patienten nach Docetaxel-Chemotherapie, bei minimaler Toxizität das Gesamtüberleben um 5 Monate verlängern (late breaking Abstrakt 1 Shore). In Deutschland wird die Zulassung für dieses Medikament in der nächsten Zeit erwartet.

Bei der Diskussion der Therapiefolge nach der die neuen und alten Substanzen angewendet werden sollten, wurde resümiert, es ist zu früh, um eine klare Empfehlung abgeben zu können. Jedoch scheint es wahrscheinlich, dass diese neuen Substanzen mehr und mehr vor einer Chemotherapie zur Anwendung kommen werden.

Fazit: Es sind große Anstrengungen notwendig im Rahmen klinischer Studien, in der Bewertung neuer Biomarker und auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, um diejenigen Männer zu identifizieren, die von einem Früherkennungsprogramm, Prävention und Therapie sehr früh erkannter, niedrig maligner Prostatakarzinome profitieren. Auch die Sequenz der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit neuen Substanzen bedarf weiterer wissenschaftlicher Forschung.

Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT)

Red. (rrd): Prostatakrebs metastasiert bevorzugt in die Knochen, seltener in Organe wie Leber, Lunge und Gehirn. Solche Metastasierungen deuten auf eine besonders aggressive Krebsform hin und sind bisher nur sehr schlecht zu behandeln. Die neuartige „Selektive Interne Radiotherapie“ (SIRT) scheint eine vielversprechende Behandlungsoption zumindest für Lebermetastasen zu sein. Die nachstehenden Informationen sind der Webseite <http://www.leberkrebstherapie.org/> entnommen.

Die Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) ist eine Strahlentherapie zur Behandlung von Krebsabsiedlungen in der Leber. Anders als bei der Bestrahlung des Körpers

von außen werden bei der SIRT gesunde Zellen weitestgehend geschont, das erkrankte Gewebe gezieht bestrahlt. Gesundes Lebergewebe erhält sein Blut vor allem über die Pfortader und in viel geringerem Maße über die Leberarterie. Die Leberarterie ist jedoch die Hauptblutzufuhr von Tumoren in der Leber. Die SIRT macht sich diesen Unterschied in der Blutversorgung zu Nutze: Bei der SIRT werden über einen Leistenkatheter Millionen winziger radioaktiver Mikrokügelchen in die Leberarterie eingebracht. Die Mikrokügelchen wandern direkt zum tumorösen Gewebe, wo die Bestrahlung der bösartigen Zellen ganz gezielt erfolgt.



Die SIR-Spheres gelangen in den Tumor

Die Mikrokügelchen enthalten Yttrium-90, ein radioaktives Isotop. Diese Strahlung reicht im menschlichen Ge-

webe über eine Entfernung von zwei bis elf Millimetern. Bei der SIRT kann somit eine höhere und effektivere Strahlendosis direkt gegen die Krebszellen gerichtet werden als bei der Strahlentherapie von außen möglich ist.

Klinische Studien zeigen, mit SIRT können Tumoren in der Leber stark verkleinert werden. Viele Tumoren schrumpfen so weit, dass es Ärzten möglich ist, sie später operativ zu entfernen. In Einzelfällen wird das bösartige Gewebe sogar komplett zerstört. Selbst für Patienten, die nicht mehr auf eine Chemotherapie ansprechen, können sich in Folge der SIRT Lebensqualität verbessern und Lebenserwartung erhöhen.

Informationen zur SIRT sowie zur im November 2011 gegründeten Expertengruppe „Selektive Interne Radiotherapie“ sind im Internet unter <http://www.leberkrebstherapie.org/patients/sirt-therapie-pa> nachlesbar.

Gynäkomastie: Kurzer Eingriff – Optimales Ergebnis

Unter Gynäkomastie wird eine abnorme Größenzunahme der männlichen Brust verstanden, die natürlicherweise während der Pubertät oder auch im späteren Leben ohne bekannte Ursache oder durch Hormonverschiebungen auftreten kann. „Nach wissenschaftlichen Untersuchungen ist die Gynäkomastie keine Gewebeveränderung, auch wenn in der Literatur die Gynäkomastie als ein möglicher Faktor für die Entwicklung des Brustkrebes beim Mann angegeben wird“, erklärt Dr. med. Patrice Moubayed, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Leitender Oberarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Roten Kreuz Krankenhauses Kassel.



Laut der Klassifikation durch Riefkohl wird die Gynäkomastie unterteilt in eine natürliche Gynäkomastie und eine krankhafte Gynäkomastie. Ursachen der krankhaften Gynäkomastie können zum Beispiel eine zu geringe Produktion oder Wirkung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron sein, aber auch eine vermehrte Produktion weiblicher Geschlechtshormone kann ursächlich sein. Dieses hormonelle Ungleichgewicht führt zum Beispiel bei der Hormontherapie (Antiandrogene: hohe allgemeine Testosteronkonzentration, lokale Verstoffwechslung und Stimulation der Östrogenrezeptoren) des Prostatakarzinoms, mit erhöhten Mengen weiblicher Geschlechtshormone, zu der Vermehrung des Drüsengewebes der Brust. Andere Medikamente können ebenfalls die gleichen Folgen haben. Teilweise wird die Gynäkomastie auch durch Stoffwechselerkrankungen oder familiäre Vorbelastungen ausgelöst. Dies bedeutet, dass eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung mit weiterführender Diagnostik mittels Ultraschall, Mammographie oder Kernspintomographie dringend erforderlich ist. Eine laborchemische bzw. endokrinologische Untersuchung gehört zu den Standardverfahren der Diagnostik. Anschließend wird die Notwendigkeit der Operation mit dem Patienten ausführlich besprochen und das Konzept gemeinsam festgelegt. Konservative

Maßnahmen, wie das Absetzen von Medikamenten, gehen leider erfahrungsgemäß nicht mit einer Rückläufigkeit der vergrößerten Brust einher. Die chirurgische Entfernung der Gewebsvermehrung ist nach wie vor die Therapie der Wahl. Bei sehr fettreichen Brüsten kann in seltenen Fällen eine Fettabsaugung in lokaler Betäubung oder Vollnarkose hervorragende Ergebnisse erzielen. Bei zusätzlich ausgeprägter Drüsenvermehrung sollte ein minimalinvasiver Eingriff im Rahmen einer sogenannten subkutanen Mastektomie (Entfernung der Brustdrüse) durch einen Zugang im Brustwarzenhof, der meist fast narbenfrei verheilt, durchgeführt werden. Liegt eine hochgradige Gynäkomastie mit ausgedehntem Hautüberschuss vor, kann eine zusätzliche Hautstraffung erforderlich sein. Nach der Operation bleiben Patienten meist noch ein bis zwei Tage zur Überwachung auf unserer Station. Daheim müssen sie dann noch vier bis sechs

Wochen einen Kompressionsverband tragen. Die Gynäkomastie des Mannes ist ein psychisch sehr belastendes Symptom einer Erkrankung verschiedener Ursachen und kann durch eine kurze und effiziente Operation erfolgreich mit optimalen Ergebnissen dauerhaft behandelt werden.

Korrespondenzadresse

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
 Klinik für Plastische, Ästhetische
 und Rekonstruktive Chirurgie
 Prof. Dr. med. Ernst Magnus Noah
 Hansteinstraße 29
 34121 Kassel
 Tel.: 0561 30864501
 Fax: 0561 30864504
 E-Mail: plastik@rkh-kassel.de

Tabelle: Ursachen der Gynäkomastie

(Klassifikation nach Riefkohl; Berger, A. (Hrsg.):
 Plastische Chirurgie. Mamma. Stamm. Genitale. Springer-Verlag Berlin. 2007)

Physiologisch	Neugeborene	
	Erwachsene	
	Im Alter (Involution)	
Pathologisch	Zu geringe Produktion oder Aktion des Testosterons	Angeborenes Fehlen der Hoden
		Klinefelter-Syndrom
		Androgenresistenz (testikuläre Feminisierung, Reifensrein-Syndrom)
		Defekte in der Testosteronsynthese
		Sekundäre Veränderungen der Testikel (virale Orchitis, Trauma)
	Vermehrte Östrogenproduktion	Echter Hermaphroditismus
		Hodentumoren
		Lungenkarzinom
	Vermehrte Substrate für periphere Aromatase	Adrenale Erkrankungen
		Lebererkrankungen
		Malnutrition
		Schilddrüsenüberfunktion
		Zunahme von peripherer Aromatase
Adipositas		
Medikamente: Spironolactone u. a.		
Familiär		

Erektile Dysfunktion

Heil- und Hilfsmittel – was wird bei Prostatakrebs erstattet und was nicht

Von Hansjörg Burger, BPS-Beratungshotline und Dr. med. Julia Heinzlbecker, Universitätsmedizin Mannheim

Bis zu 80% der Männer leiden nach einer Entfernung der Prostata an einer Erektile Dysfunktion (ED). Sie haben die Fähigkeit zu einer natürlichen Gliedversteifung verloren. Weniger als die Hälfte der Betroffenen begeben sich in Behandlung. In einer anderen Untersuchung ließen sich sogar nur 8%, behandeln. Jedoch gibt es Möglichkeiten der Behandlung mit Heil- und Hilfsmitteln. Allerdings werden die meisten Hilfsmittel von den Krankenkassen nicht übernommen. Dieser Artikel gibt Überblick über ED verursachte Probleme aus Sicht eines Betroffenen. Darüber hinaus sollen Behandlungswege aufgezeigt und Möglichkeiten der Kostenerstattung durch Krankenkassen diskutiert werden.

Begriffsdefinition

Impotenz

Neben Inkontinenz ist drohende Impotenz in Folge einer Prostatektomie die Hauptbefürchtung der Männer. Prostatektomierte Männer können keine Kinder auf natürlichem Wege zeugen. Bei dieser Operation werden Prostata, Samenleiter und Samenblasen entfernt. Männer, die noch einen Kinderwunsch haben, sollten ihr Sperma vor der Operation (OP) einfrieren lassen. So kann nach einer OP eine künstliche Befruchtung erfolgen. Allerdings ist die Zeugungsunfähigkeit für die meisten Männer nicht das eigentliche Problem, da der Prostatakrebs eher bei älteren Patienten auftritt. Viel größere Angst haben Betroffene vor Verlust der Erektionsfähigkeit.

Verlust der Erektionsfähigkeit, Erektile Dysfunktion (ED)

Die Hauptnebenwirkung der Operation, der Verlust der natürlichen Erektionsfähigkeit, setzen die meisten Männer einer Impotenz gleich. Man schätzt, dass je nach Operationstechnik 20 - 80 von 100 Männern ihre natürliche Erektionsfähigkeit verlieren; bei nervenschonender OP sind es bis zu 30 Männer.

Orgasmusfähigkeit

Die Orgasmusfähigkeit des operierten Mannes bleibt erhalten. Orgasmus relevante Nerven nehmen einen

anderen Verlauf als für Erektion zuständige Nerven. Sie werden bei einer Operation nicht tangiert. Männer sind oft erektions- und ejakulationsfixiert, und sie nehmen andere wesentliche Quellen der Lustempfindlichkeit nicht wahr. Es gibt jedoch viele Paare bei denen der Mann die natürliche Erektionsfähigkeit verloren hat und die dennoch ihre sexuelle Erfüllung mit Phantasie und Zärtlichkeit und ohne Hilfsmittel finden. Über den Erhalt der Orgasmusfähigkeit sollten Urologen und Operateure ihre Patienten besser aufklären.

Kastration

Bei einem chirurgischen (Orchiektomie) oder medikamentösen Hormonentzug mit GnRH-Analoga als Folgetherapie verliert der Mann normalerweise sowohl seine Libido als auch seine Orgasmus- und Erektionsfähigkeit.

Penisverkürzung / „Kieler Konzept“

Ein ebenso verschwiegenes Kapitel vor der Operation ist die Penisverkürzung. Das Heraustrennen der Prostata kann zu einer Penisverkürzung führen. Prof. Jünemann, Kiel, ist überzeugt, dass für diese Art der Penisverkürzung die Verkümmerng (Atrophie) der Schwellkörper mit verantwortlich ist. Deshalb hat er das sogenannte „Kieler Konzept“ entwickelt, bei dem eine Schwellkörpertherapie mit einem niedrig dosierten Phosphodiesterase-5 PDE-5-Inhibitor (Wirkstoff Sildenafil) oder mit niedrig dosierter Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT)-Spritzen (Wirkstoff: Alprostadil) durchgeführt werden kann. Allerdings nutzt die Therapie mit PDE-5-Inhibitoren nur, wenn zumindest ein Teil des Erektion relevanten Nervengewebes erhalten wurde.

Prof. Jünemann macht dies an natürlichen, nächtlichen Erektionen fest, die er mittels Messung des Grades nächtlicher Anschwellung des Penis und seiner Steifigkeit (NPTR)-Messung ermittelt. Wenn nächtliche Erektionen nicht vorhanden sind, empfiehlt er die niedrigdosierte SKAT-Spritzen.

Psychisches Trauma

Viele Männer erleiden nach der OP durch den Verlust der Erektionsfähigkeit ein psychisches Trauma und fühlen sich nicht mehr als „Mann“. In diesem Fall können Psychologen, Psychoonkologen, Paar- und Sexualtherapeuten helfen.

Hilfsmittel

Wenn natürliche Erektionsfähigkeit sich nicht wieder einstellt, gibt es fünf Hilfsmittel, um sie auf künstlichem Wege zu erzeugen.

PDE-5-Inhibitoren

(Wirkstoffe: Sildenafil, Tadalafil oder Vardenafil)

Leider wirken die PDE-5-Inhibitoren bei den meisten operierten Männern nicht, weil sie zumindest teilweise erhaltene Erektionsnervenstrukturen voraussetzen. Nur einseitig nervenschonend Operierte haben meist eine ungenügende Steifigkeit, die für eine Penetration der Vagina nicht ausreicht. Hier können die PDE-5-Inhibitoren wirksam helfen. Wirken die PDE-5-Inhibitoren bei erhaltenem Nervengewebe nicht, kann die Ursache fehlender sexueller Anreiz sein, der ebenfalls notwendig ist.

SKAT (Schwellkörperautoinjektionstherapie)

Hier wird der Wirkstoff, meist Alprostadil direkt in die Schwellkörper gespritzt. Im Gegensatz zu den vorher genannten PDE-5-Inhibitoren wirkt Alprostadil auch, wenn die für die Erektion verantwortlichen Nerven bei der OP zerstört wurden. Bei zu hoher Dosierung wird allerdings eine zu starke, zu lange und schmerzhafte Erektion erzeugt.

MUSE[®] (Medicated Urethral System for Erection)

Hier wird ebenfalls der Wirkstoff Alprostadil in Form eines Pellets (Kügelchen) mit einem Applikator in die Harnröhre eingeführt. Dadurch wird das für Männer gefühlsmäßig schwierige Spritzen vermieden. Meist entsteht bei der Anwendung ein lästiges Brennen in der Harnröhre, so dass die Anwenderakzeptanz dieser Methode gering ist.

Vakuumpumpe

Hier handelt es sich um eine Methode ohne jeglichen Eingriff in den Körper. Die Vakuumpumpe arbeitet nach einem physikalischen Prinzip. Ein Plastikzylinder wird über den Penis gestülpt, mit einer Pumpe wird von Hand

oder elektrisch ein Vakuum erzeugt, so dass Blut in die Schwellkörper fließt. Mit einem Spannungsring, der vorher auf den Zylinder gezogen wurde, wird der Rückfluss des Blutes verhindert und die Erektion aufrechterhalten. Daraus ergibt sich folgendes Anwenderproblem: Nimmt man einen lockeren, bequemen Spannungsring wird die Erektion nicht aufrecht erhalten, nimmt man einen strammen oder gar zwei Ringe, kann es schmerzhaft und unangenehm werden. Die Pumpe ist das „meist verordnete“ Hilfsmittel in Deutschland. Allerdings verstauben die meisten Pumpen, nach Erfahrung des Erst-Autors im Umgang mit Betroffenen, im Nachttisch. Obwohl Hersteller ihre Handhabung mittels Lehrvideo beschreiben, scheinen Betroffene nicht genügend Zeit und Geduld aufzubringen, um ihre Anwendung zu üben.

Hydraulisches Penisimplantat

Wenn alle anderen Hilfsmittel versagen, ist die hydraulische Penisprothese das Mittel der Wahl. In die natürlichen Schwellkörper des Penis werden künstliche Zylinder eingesetzt. Von diesen führen zwei Kunststoffleitungen in den Hodensack, in den eine kleine mechanische Pumpe eingesetzt wird. Von der Pumpe führt eine weitere Leitung zu einem Flüssigkeitsreservoir im Bauchraum. Durch Drücken der Pumpe werden die künstlichen Schwellkörper mit Flüssigkeit gefüllt und eine Erektion entsteht. Ohne große Vorbereitungen ist im Gegensatz zu den anderen Hilfsmitteln spontaner Geschlechtsverkehr möglich, fast wie beim gesunden Mann. Die Implantation erfordert eine Operation, die wegen der Infektionsgefahr sehr sorgfältig durchgeführt werden muss. Implantat und Pumpe sind von außen nicht sichtbar. Die Erektion kann so lange aufrechterhalten werden, wie das Paar es wünscht und beide Partner haben ein natürliches Gefühl. Der Zufriedenheitsgrad soll nach Herstellerangaben bei über 85% stehen.

Welche Hilfsmittel werden benutzt?

Weniger als die Hälfte der Operierten lassen ihre ED behandeln. In derselben Umfrage äußerten aber 60% der Patienten den Wunsch nach einer Behandlung und nur 30% wollten nicht behandelt werden. Dagegen waren es in einer anderen Befragung von über 1.000 Patienten nur 8%, die sich behandeln ließen. Hier liegt die Vakuumpumpe mit knapp über der Hälfte der verwendeten

Hilfsmittel an erster Stelle, gefolgt von SKAT mit fast einem Drittel und den PDE-Inhibitoren mit rund einem Fünftel der verwendeten Fälle. MUSE® und Penisimplantat spielen eine untergeordnete Rolle (siehe Abbildung 1).

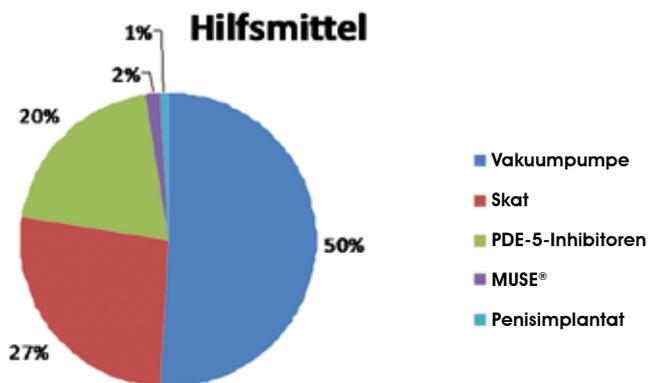


Abb. 1.: Darstellung der prozentualen Häufigkeitsverteilung der verwendeten Hilfsmittel zur Behandlung der Erektile Dysfunktion

Kostenerstattung

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am 1. Januar 2004 werden Arzneimittel, die überwiegend der Behandlung der ED dienen, bei gesetzlich Versicherten nicht mehr erstattet. Dies betrifft die PDE-5-Inhibitoren, die SKAT und MUSE®-Therapie. In einer richterlichen Entscheidung im Jahr 2005 wurde das Gesetz vom Bundessozialgericht bestätigt, so dass Klagen zur Kostenübernahme aussichtslos sind. Diese Regelung ist auch in die Beihilfeverordnung für Bundesbeamte übernommen worden. Auf Länderebene kann das aber unterschiedlich sein. In einem Urteil von 2011 hat das Verwaltungsgericht Saarlouis die Beihilfefähigkeit von der Behandlung der ED positiv entschieden. Bei Privatversicherten kommt

es auf den Vertrag an. Aber immer mehr Private Krankenkassen lehnen die Erstattung ab.

Die Vakuumpumpe wird als Hilfsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Bei Beamten generell nicht und bei privat Versicherten kommt es wiederum auf den Vertrag an.

Die Kosten für das hydraulische Penisimplantat werden, wenn die medizinische Indikation vorliegt und alle anderen Hilfsmittel versagen, von den gesetzlichen Krankenkassen, sowohl für das Implantat als auch für die Operation, übernommen.

Fazit

Die Erektile Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie ist behandelbar. Dennoch werden zu wenige Patienten, die eine Behandlung wünschen, auch behandelt. Die erstattungsfähigen Hilfsmittel werden von den Betroffenen nur schlecht akzeptiert und die übrigen relevanteren nicht erstattet.

Urologen sollten Veränderungen der Sexualität in der Folge einer Behandlung des Prostatakrebses bei ihren Patienten offener ansprechen. Das gleiche gilt für den Patienten, der seine Ängste und Befürchtungen einem Urologen offen mitteilt und konkrete Rückmeldung über Erfolg oder Misserfolg verwendeter Hilfsmittel zur Behandlung der ED geben sollte. Nur so kann gemeinsam eine sinnvolle, zufrieden stellende Lösung für Arzt und Patient gefunden werden.

Beitrag wurde modifiziert nach einem Artikel aus dem Forum des Springer-Verlages, Heidelberg.

Literatur beim Verfasser

Was bedeutet was?

Red. (mk): Medizinische Fachausdrücke lassen sich leider nicht immer „eindeutschen“. Neben den bereits in Heft 1/12 des BPS-Magazins genannten Quellen findet der Ratsuchende in der von Ralf-Rainer Damm erstellten und regelmäßig aktualisierten Liste Prostatakrebs-bezogener Abkürzungen und Fachausdrücke in Deutsch und Englisch <http://www.prostatakrebs.de/informationen/pdf/abkuerzungen.pdf>. ausführliche Informationen.

Training als Therapie

Körperliche Aktivität verkürzt Zeit der Inkontinenz nach Prostata-OP

Red. (mk): Eine umfangreiche Studienanalyse der Deutschen Sporthochschule Köln mit über 2.500 Prostatakrebspatienten belegt, dass Schließmuskeltraining unter besonderer Berücksichtigung des Beckenbodens den Männern ihren „Halt“ zurückgibt.

Durch ein gezieltes Schließmuskel- und Beckenbodentraining lässt sich das Risiko und die Dauer einer Inkontinenz als Folge einer Prostatakrebs-Operation senken.

Durch professionelle bewegungstherapeutische Maßnahmen verbessern sich nicht nur die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden von Krebspatienten; auch Nebenwirkungen der Tumorthherapie, wie zum Beispiel das Erschöpfungssyndrom (Fatigue), können gezielt beeinflusst werden.

Im Idealfall beginnt ein Patient bereits vor der OP mit Übungen für Schließmuskulatur und Beckenboden. Auch nach der OP gilt: „Je früher der Patient startet, desto schneller regeneriert sich der Patient“. Daher sollte

bereits 48 Stunden nach der Entfernung des Katheters mit dem Training begonnen werden. „Die Patienten werden durch einen unmittelbaren Trainingsbeginn schneller wieder kontinent und bleiben es dann auch“, so Dr. Freerk T. Baumann. Um therapeutische Erfolge zu erzielen, bedarf es eines langfristigen und angeleiteten Trainings.

Quelle: Deutsche Sporthochschule Köln

Nähere Informationen:

Dr. Freerk T. Baumann

Deutsche Sporthochschule Köln

Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin Abteilung für molekulare und zelluläre Sportmedizin

Am Sportpark Müngersdorf 6

50933 Köln

Tel: 0221 4982-4821

Fax: 0221 4982-8370

Erfahrungsbericht

Erfolgreich beim Hamburg-Marathon

Von Klaus Ritter

Selbst noch bei der Gewebeentnahme hielt ich die Diagnose Prostatakrebs für unmöglich. Doch nicht ich! Ich war auffällig fit für meine 58 Jahre, mir ging es rundum gut. „Jetzt haben wir den Salat“, sagte mein Arzt beim folgenden Termin. Im Auto auf der Heimfahrt sickerte langsam durch, was das bedeutete: Gedanken von Haarausfall und Tod – ein kurzer Blick hinter den Vorhang. Draußen auf der Straße pulsierte das Leben, aber ich fühlte mich nicht mehr als Teil davon. Ich strauchelte sehr die ersten Tage nach der Diagnose, nur beim Sport kam ich wieder zu Verstand. Ich lief meiner Panik davon. Ich weiß nicht, wie ich die Zeit bis zur OP sonst durchgehalten hätte.

Meine Frau war eine große Stütze. Zusammen verbrachten wir Nächte vor dem Computer, recherchierten verschiedene OP-Methoden, diskutierten welche wohl die richtige für mich wäre. Operieren, Bestrahlen, Zuwarten? Alles klang im ersten Moment gleich bedrohlich. Mein Hausarzt riet mir zu einer Prostataektomie durch eine herkömmliche Operation, aber ich blieb skeptisch. Zu groß war mir das Risiko, meine Potenz zu verlieren oder inkontinent zu werden. Ich hatte von der sogenannten da-Vinci OP gehört, die mich seitdem nicht mehr losließ: Eine roboterassistierte Operation, bei der sehr genau und nervenschonend operiert wird. Es sind dabei auch nur fünf winzige Schnitte nötig, anstelle des klassischen

Bauchschnitts. In den USA ist die da-Vinci Technik längst OP-Alltag in vielen großen Kliniken; in Deutschland und Europa wird sie noch recht selten eingesetzt.

Im Prostatakarzinomzentrum Ortenau des Ortenau-Klinikums Offenburg Ebertplatz bot man das Verfahren als einzige Klinik in Südbaden an. Dort traf ich Dr. Jörg Simon, den Leiter des Zentrums. Dr. Simon strahlte Ruhe und Kompetenz aus, und ich verließ mich auf mein Bauchgefühl. Im Dezember 2010 fand meine Operation statt. Durch das da-Vinci Verfahren hatte ich weniger Blut verloren als bei einer herkömmlichen Operation, die Schmerzen waren geringer, alle Funktionen blieben erhalten.

Viele meiner Mitpatienten ließen sich fremdbestimmen, starteten auf den Sekundenzeiger und gerieten in das Diktat der Krankheit. Sie wagten kaum etwas zu tun, ohne den Arzt zu fragen. Es war als hätten sie mit der Diagnose jegliche Beziehung zu ihrem Körper gekappt. Dabei bestimmt der Kopf mit über die Krankheit! Meiner



hat geglaubt, ich kann mich selbst gesund laufen. Sport stoppt den Muskelabbau, stärkt das Herz-Kreislaufsystem und das Immunsystem. Während meiner Erkrankung bin ich ständig in Bewegung geblieben, nutzte die Treppen im Krankenhaus anstelle des Aufzugs. Mein Körper konnte auffanken für den Kampf gegen den Krebs und die Zuversicht kehrte zurück. Ich bin mir sicher, dass die Bewegung meine Regenerationszeit wesentlich verkürzt hat. Natürlich hatte ich auch Ängste. Aber ich sah ein Licht am Tunnelende und durch das Laufen kam es immer näher.

Nach der Operation reifte in mir ein Plan, über den viele nur den Kopf schüttelten: Ich wollte Marathon laufen. Ich wollte mir und anderen beweisen, wie heilend das Laufen ist. Der Hamburg Marathon im April 2012 sollte mein erster Marathon überhaupt werden. Durch die schnelle Heilung nach der da-Vinci OP konnte ich noch in der Reha mein Training beginnen. Viele Mitpatienten hatten mich belächelt oder gewarnt, dass diese Art von Regeneration nicht gut gehen kann. Ja sogar schädlich sein soll. Wie ich finde, ist es viel schädlicher, wenn man nichts tut, seinen Körper nicht bewegt.

Eineinhalb Jahre nach meiner Diagnose wartete ich in Hamburg auf den Startschuss. Ich unterschied mich kaum von den anderen Läufern, wir alle hatten das gleiche Herzklopfen beim Start und die gleichen Schmerzen beim Zieleinlauf. Ich konnte nach dem Lauf kaum die Treppen zur U-Bahn runtergehen. Aber mir ging es so gut wie noch nie, ein einziger Glücksrausch! Ich bin davon überzeugt, dass das Laufen auch anderen Betroffenen Kraft geben kann. Durch Laufen lernt man, in seinen Körper hinein zu hören, Selbstvertrauen in sich und seinen eigenen Körper aufzubauen und vor allem Angst abzubauen, dass der Krebs wieder kommt.

Die Kontaktdaten des Verfassers können Sie bei der Redaktion des BPS-Magazins erfragen.

Ehrung für Manfred Seifert

Red. (mk): Im Juni 2012 wurde Manfred Seifert, Leiter der Selbsthilfegruppe Darmstadt mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Damit erhielt er eine weitere offizielle Würdigung für seine ehrenamtliche Arbeit, bereits 1993 erhielt er die Ehrenurkunde für verdiente Bürger der Stadt Darmstadt und 2007 den Ehrenbrief des Landes Hessen.

In seiner Laudatio würdigte Darmstadts Oberbürgermeister Jochen Partsch das langjährige Engagement in unterschiedlichen ehrenamtlichen Tätigkeiten. So leitet Manfred Seifert bereits seit 1978 den Ortsverband St. Josef der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung in der Diözese Mainz. Er engagiert sich in der Selbsthilfearbeit der Caritas und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Dazu kam dann in 2000 die Gründung der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Darmstadt, deren Leiter er bis zum



heutigen Tage ist. Zusätzlich gründete Manfred Seifert in 2006 einen Prostata-Stammtisch.

„Sprendlinger Uhr“ für Georg und Ingetraud Schott



Georg und Ingeborg Schott, 4. u. 5. v.l.

Red. (mk): Anlässlich des 6. Ehrenamtsstags der Gemeinde Sprendlingen verlieh Ortsbürgermeister Karl Heinz Weller dem Ehepaar Schott im Januar 2012 die „Sprendlinger Uhr“. Geehrt wurden sie für viele Jahre ehrenamtlichen Engagements in der evangelischen Kirchengemeinde. Georg Schott ist Mitglied des Kirchenvorstandes, Ingetraud Schott betreut die Seniorenfahrten der Kirchengemeinde. Auch

in der Arbeiterwohlfahrt ist sie tätig. Sie unterstützt ihren Mann bei seiner Arbeit als Vorsitzender der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Sprendlingen und Umgebung. Ingetraud Schott ist die Schriffführerin des Vereins.

Bereits 2011 wurden Georg und Ingeborg Schott mit der Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz ausgezeichnet.

Wir gratulieren Selbsthilfegruppen und Jubiläen

Red. (mk): Für viele Selbsthilfegruppen des BPS ist 2012 ein bemerkenswertes Jahr, sie können auf eine stattliche Jahreszahl ihres Bestehens zurückblicken. Ein „Urgestein“ in der Selbsthilfearbeit ist **Hubert Nagel**, der im März das



20-jährige Bestehen der **Selbsthilfegruppe für Männer nach urologischen Krebserkrankungen** feiern konnte. Die Gruppe, inzwischen mehr als 100 Mitglieder stark, war die erste Selbsthilfegruppe für Männer nach urologischen Krebserkrankungen in Baden-Württemberg. Bereits 2000 wurde die Selbsthilfegruppe mit einem Förderpreis des Krebsverbandes Baden-Württemberg ausgezeichnet.

Seit 10 Jahren leitet Gründungsmitglied **Joachim Schütt** die **Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Augsburg**. Im Januar 2002 mit 5 Mitgliedern unter dem Dach der Bayerischen Krebsgesellschaft gestartet, treffen sich aktuell



V.l. Ehepaar Schütt, SHG Augsburg, Ehepaar Lippmann, SHG Rosenheim, mit Blockflöten, Fagott und Cembalo

über 20 Mitglieder bei den Gruppenabenden. Einen besonderen Stellenwert nimmt die telefonische Beratung ein. Zum Einzugsgebiet gehört nicht nur die Stadt Augsburg, sondern auch der Landkreis bis ins Allgäu. Die Gruppe pflegt eine enge Zusammenarbeit mit der Urologischen Klinik am Klinikum Augsburg, deren Chefärztin Frau Prof. Dr. Weckermann Schirmherrin ihrer Gruppe ist.

Hinrich Börm, Leiter der **Selbsthilfegruppe Prostata-Erkrankte Schleswig**, erinnerte bei der Jubiläumsfeier an den nicht so einfachen Start der Gruppe im April 2002. Waren es zu Anfang selten mehr als zehn Betroffene, so kommen inzwischen regelmäßig mehr als 20 Teilnehmer zu den monatlichen Gruppenabenden.

In der 10-jährigen Gruppenarbeit widmete sich Hinrich Börm intensiv Themen wie Vermeidung von Übertherapie, Inkontinenz und Impotenz. Der Erhalt der Lebensqualität für die Betroffenen steht im Mittelpunkt der Gruppenarbeit.



Hinrich Börm mit seinem Trecker „auf Tour“



Manfred Fritzsche, Helmut A. Kurtz, Dieter Herzberg v.l

Für die 2007 gegründete **Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Heidekreis** (vormals: Soltau-Fallingbostal) e.V., gehört der REHA-Sport zu den zentralen Angeboten der Gruppenarbeit. Der Vorsitzende **Dieter Herzberg** beantragte die Aufnahme der Gruppe in den Behinderten Sportverband Niedersachsen e.V. 2008 und gründete die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe eine Behindertensportabteilung, die durch den Sportbund Niedersachsen anerkannt und zertifiziert wurde. Die Abrechnungen dieser Leistungen erfolgt über die Krankenkassen.

Als Anbieter von REHA-Sport nach Prostatakrebs Erkrankung wurde die Selbsthilfegruppe in den Jahren 2010 und 2011 vom Deutschen Sportbund mit dem „Stern des Sports“ ausgezeichnet.

Gratulation auch an die Selbsthilfegruppen **Köln-Süd, Krefeld, Lippe, Magdeburg, Ulm** und **Wuppertal**, die in den vergangenen Monaten ebenfalls ihr 10-jähriges Jubiläum feiern konnten. Die Selbsthilfegruppe in **Hannoversch-Münden** und die Selbsthilfegruppe **Fortgeschrittener Prostatakrebs München** blicken auf fünf Jahre Selbsthilfgruppenarbeit zurück. Allen gemeinsam ist zu danken für Engagement im Dienste der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Und ganz am Schluss ein Wunsch für alle Urologen: Möge ihnen ihr Schutzpatron, der **heilige Liborius**, stets gewogen sein zum Nutzen der Patienten (Martin Anibas/ Joachim Schütt).

Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen in Bad Wildungen

Von Dieter E. Schäfer, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Wiesbaden



Im März 2012 trafen sich die Vertreter der örtlichen Selbsthilfegruppen in Hessen in der Klinik Wildetal in Bad Wildungen - Reinhardshausen. Die Teilnehmer nutzten ihr Treffen, um sich über die REHA-Maßnahmen bzw. AHB-Maßnahmen der Klinik mit den Schwerpunkten Urologie und Orthopädie überzeugen.

Im Verlaufe der Tagung berichteten die Vertreter der örtlichen Gruppen über ihre Aktivitäten im laufenden Jahr. Diskutiert wurden u.a. ein Gespräch mit dem Landesverband Hessen des Berufsverbandes der Urologen, ein Männergesundheitsbericht der Hessischen Landesregierung, die Schließung des Partikelzentrum Gießen-Marburg sowie die Einrichtung weiterer Selbsthilfegruppen in Hessen.

Am Nachmittag des 1. Tages konnten die Teilnehmer unter fachkundiger Führung durch PD Dr. Winfried Vahlensieck die Klinik Birkental (ebenfalls zu den Kliniken Harthenstein gehörend) besichtigen.

Fahrradsternfahrt „Aktiv gegen den Krebs“

Red. (mk): Die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V. hat im Juni eine Fahrradsternfahrt unter dem Titel „Aktiv gegen Krebs“ ins Leben gerufen. Vier Wochenenden und sechs unterschiedliche Routen lagen vor den Teilnehmern. Am ersten Juniwochenende starteten Männer und Frauen von den Randbezirken Niedersachsens in

Richtung Hannover. Mit dabei waren die Selbsthilfegruppen Aurich und Norden, die sich dann bei der Abschluss-tour von Neustadt a. Rbge. nach Hannover wieder eingereiht haben. Ebenfalls beteiligt hat sich die Neustädter SHG und die Burgdorfer SHG.

Landtagspräsident Hermann Dinkla und Hannovers stellv. Bürgermeister Bernd Strauch begrüßten die Radler in Hannover. Gespräche und Erlebnisse dieser Fahrradaktion gegen Krebs werden für manche Teilnehmer auch über den Tag hinaus in Erinnerung bleiben.



Mit dem Fahrrad durch Mainfranken

Von Bernd Reitberger
SHG Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg

Vier Mitglieder der SHG Prostatakrebs Nürnberg machten sich Ende Mai 2012 auf den Weg und nicht nur der Wettergott meinte es sehr gut mit ihnen.

Von Nürnberg über Bamberg, Schweinfurt, Würzburg Lohr, Wertheim und Miltenberg bis nach Aschaffenburg immer entlang des kurvigen Verlaufs der Mainschleifen.

Wir konnten es selbst nicht glauben: trotz unserer vielen Besichtigungen von Kirchen, Städten und den Einkehrschwüngen waren wir ziemlich flott unterwegs und hatten nach 400 Kilometern in fünf Tagen Aschaffenburg erreicht, von wo uns die Bahn mit geringer Verspätung nach Nürnberg zurückbrachte.

Gerne werden wir im Herbst unseren Weg auf dem Rad fortsetzen und hoffen, dass sich beim nächsten Mal im Herbst weitere Betroffene dem Quartett anschließen werden. Dabei sind auch Interessierte aus anderen SHGs bei unserer munteren Truppe herzlich willkommen.



Exkursion: Wissen ist Leben

Von Helmut Schiro, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe im Raum Böblingen



Die SHG Prostatakrebs im Raum Böblingen organisiert neben ihren monatlichen offenen Gesprächskreisen, zusätzlich einmal im Jahr eine Exkursion mit Beiprogramm in eine Spezialklinik für das Männerleiden Prostatakrebs. In den Gesprächskreisen haben von Prostatakrebs betroffene Männer

die Chance sich gegenseitig zu unterstützen und Erfahrungen auszutauschen sowie Fachvorträge zu hören.

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlungen und Therapieoptionen anbelangt. Noch nie in der Geschichte standen uns so viele Informationen zur Verfügung, noch nie war das Wissen der Menschheit so eng vernetzt.

Leben bedeutet, sich informieren, lernen Erfahrungen zu sammeln und in Bewegung zu bleiben, um das Richtige zum richtigen Zeitpunkt zu tun.

Unsere Fähigkeit, Dinge zu verbessern und Wissen zu erkennen, bestimmt grundsätzlich unseren Erfolg und befähigt uns auch Verantwortung zu übernehmen. Darauf kommt es letztlich an. Die Ursache für ein Leiden liegt in der Vergangenheit und nicht in der Zukunft.

Um dieser Thematik gerecht zu werden, führte uns die diesjährige Exkursion in die Spezialklinik für Urologie Homburg/Saar (Universität des Saarlandes).

Prof. Dr. med. Michael Stöckle eröffnete das umfangreiche Vortragsprogramm mit den Referaten PSA-Screening und PREFERE-Studie. Das Nachmittagsprogramm wurde von PD Dr. Jörn Kamradt mit dem Thema da-Vinci Technologie fortgesetzt. Der Höhepunkt für einige Teilnehmer der Gruppe bestand in der Live-Verfolgung einer Blasenoperation.

Das anschließende Thema behandelte die Therapie des CRPCa (metastasiertes Prostatakarzinom) durch PD Dr. Carsten Ohlmann.

Die Exkursion in die Klinik für Urologie der Universität des Saarlandes war ein außergewöhnliches Erlebnis für unsere Selbsthilfegruppe

SHG Fulda besucht die Wartburg

Von Hans Lehmann, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Fulda



An einem schönen Frühsommertag machte sich die Selbsthilfegruppe Fulda auf zu einer Kulturfahrt. Umweltschonend ging es zunächst mit der Bahn nach Eisenach. Hauptziel der Gruppe war das UNESCO-Weltkulturerbe, die rund 1.000 Jahre alte Wartburg.

Wohl kaum eine andere Burg ist so mit der deutschen Geschichte verknüpft wie die Wartburg. Bei einer Führung durch die historischen Räume erfuhr die Gruppe viel Interessantes über die Entstehung und Geschichte der Burg. Höhepunkt der Besichtigung war zweifellos der Palast.

Die Führung durch die Eisenacher Innenstadt wurde von unserem Mitglied Helmut Rübiger, der viele Jahre in Eisenach gelebt hat, organisiert und durchgeführt.

Nach einem erlebnisreichen Tag traf die Gruppe in den frühen Abendstunden zufrieden und wohlbehalten wieder in Fulda ein.

Jazzfrühschoppen des Prostatazentrums

Von Albrecht Saar, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Hochfranken-Fichtelgebirge

Erneut konnte der Jazzfrühschoppen des Prostatazentrums Hochfranken-Fichtelgebirge, der zum vierten Mal beim „Forsthaus“ Marktredwitz stattfand, erfreulich gute Resonanz verzeichnen. So waren schon zu Beginn fast alle Plätze im Biergarten besetzt, als PD Dr. Wolfgang Schafhauser, Chefarzt der Urologie am Klinikum Fichtelgebirge, über die Arbeit der seit 2008 vom Dachverband Deutscher Prostatazentren zertifizierten Zentrums berichtete, dessen Zertifizierung kürzlich erfolgt sei. Mit regelmäßigen interdisziplinären Konferenzen garantiere man für maßgeschneiderte Therapiekonzepte für jeden einzelnen Patienten. Das und die Tatsache, dass man sich gerätetechnisch auf dem allerneuesten Stand befinde, trage sicherlich dazu bei, dass sich jedes Jahr mehr Patienten aus Nah und Fern dem Team des Prostatazentrums Hochfranken-Fichtelgebirge anvertrauen würden. Besonders hervorgehoben wurde das Engagement der Selbsthilfegruppe bei der Beratung der Betroffenen.

Für das leibliche Wohl war mit einem Weißwurstfrühstück gesorgt; für reinen Jazz-Genuss waren wieder die „New Orleans Rhythm' Boys“ (und ein Rhythm' Girl) zuständig.



Jahrestag im Spreewald

Von Werner Breitenborn, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Oschatz



Zum zweijährigen Bestehen der Selbsthilfegruppe Oschatz reisten die Mitglieder in Begleitung ihrer Partnerinnen nach Lübben in den Spreewald.

Hier besuchten wir zunächst das Reha-Zentrum, das seit 1996 besteht. Bei einer Führung durch die Klinik wurden wir ausführlich informiert, welche Leistungen diese Fachklinik für Orthopädie und Onkologie anbietet, welche Therapien angewendet werden, wie die Patienten betreut werden. Das alles war für uns eine wertvolle Ergänzung zu den Vorträgen und Diskussionen, zu denen sich die Mitglieder der Selbsthilfegruppe regelmäßig treffen.

Am Nachmittag folgte eine rundum erbauliche Kahnfahrt mit vielen Informationen über Lübben, über die Spree und den Spreewald durch den Kapitän unseres Spree-Kahnes mit viel Schnurren über das Flüschen, das in der Oberlausitz entspringt und in Berlin in die Havel mündet.

Hier hat der Pathologe nichts mit Kriminalfällen zu tun

Von Wolfhard D. Frost, PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld



Gemeinsam besuchten Mitglieder der Selbsthilfegruppen Kassel und Bielefeld die Pathologie Nordhessen, mitten in der Documenta Stadt Kassel gelegen. Von Heinz Zlotowicz gut vorbereitet, war die Veranstaltung nicht nur interessant, sondern auch lehrreich. Referent, PD Dr. Heinmöller, erläuterte und demonstrierte anschaulich die Arbeitsschritte vom Eingang einer durch Operation entnommenen Prostata und eines Lymphknotens bis zur endgültigen Diagnose. Das sind die wichtigsten Informationen der komplizierten Befundungstechnik mit all ihren für uns Patienten so wichtigen Überlegungen und Absonderlichkeiten, um eine möglichst optimale, d.h. personalisierte Therapieform bestimmen zu können.

Erfreulicherweise hatte Dr. Heinmöller großes Verständnis für unser Interesse und beantwortete laienverständlich mit unendlicher Geduld unsere vielen Fragen: Was ist Histologie? Warum wird eine Prostata zweifarbig eingefärbt? Was geschieht mit den Teilen der Prostata, die nach dem Zerschneiden in kleine Teile nicht relevant sind für eine pathologische Untersuchung? Wie kann man die einzelnen Gleasonwerte unterscheiden? Wie unterscheidet der Pathologe entzündetes Gewebe von Tumorgewebe? Wie wird man Pathologe? Wie lange werden die Präparate aufbewahrt? Was ist eine molekulargenetische Untersuchung? Was ist, wenn der Pathologe

einen nicht eindeutigen Befund und Zweifel hat? Beeindruckend war dann noch, dass fast alle Teilnehmer bei der histologischen Betrachtung der Proben per eigener Anschauung durch ein Mehrplatz-Mikroskop, die anderen per Bildschirm, teilhaben konnten an Überlegungen zum Gleason-Score und z.B. zur Perineuralscheideninfiltration und auch noch zur extrakapsulären R1 Situation eines Prostatakarzinoms.

Pathologe, das war uns schnell klar, ist ein spannender Beruf, der ganz anders ist, als gedacht. Denn so ganz nebenbei erfuhren wir von Dr. Heinmöller, die überwiegende Aufgabe des Pathologen bestehe nun mal in der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, also Dienst am lebenden Patienten. Die Untersuchung von Toten sei der weitaus geringere Teil und die Rechtsmedizin, wie wir sie alle aus den Fernsehserien kennen, sei wieder etwas anderes und habe mit dem Alltag des Pathologen im nordhessischen Pathologieinstitut nicht viel zu tun.

Und das bewegte mich dann doch: Wenn Teile von mir beim Pathologen unter dem Mikroskop liegen, weiß der dann letztlich alles über mich? Gott sei Dank nicht, aber ein wenig unsicher war ich doch. Es war dann Hochachtung vor der Leistung des Pathologen, als ich mich mit einem „großen Danke“ verabschiedete.

Bundesverband
Prostatakrebs
Selbsthilfe e.V.



Initiative Hygienebehälter in Herrentoiletten



Lebensqualität
trotz Inkontinenz

www.prostatakrebs-bps.de • www.hygienebehaelter-herrentoiletten.de

BARMER
GEK
die gesund
experten

Initiative „Hygienebehälter in Herrentoiletten“

Vermutlich leiden mehr als fünf Millionen Männer unter unwillkürlichem Harnverlust. Nur zwei Millionen von ihnen sind in ärztlicher Behandlung. Dabei beeinträchtigt Harninkontinenz die Teilnahme am sozialen Leben und damit die Lebensqualität der Betroffenen.

Männer mit Harninkontinenz tragen Vorlagen, die sie unterschiedlich häufig wechseln müssen. Wenn allerdings Hygienebehälter fehlen, ist eine diskrete, sichere und hygienische Entsorgung der Vorlagen problematisch. In Damentoiletten sind Hygienebehälter selbstverständlich. Sie sollten auch in Herrentoiletten selbstverständlich werden.

Weitere Informationen über die BPS-Geschäftsstellen oder www.hygienebehaelter-herrentoiletten.de



Informationsmaterial

Heft 2/2012

- BPS-Patienteninformation „Früherkennung“
- Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum
- Active Surveillance und Watchful Waiting
- Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I
- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten
- Prostatakrebs – Beratungs-Hotline
- Prostatastanzbiopsie
- Prostatakrebs, Nr. 17
- Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom
- Strahlentherapie
- Brachytherapie
- Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung
- Prostatakrebs – was kommt nach der Hormontherapie?
- Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen
- Krebsschmerzen wirksam bekämpfen
- Krebsschmerz – Was tun?
- Krebswörterbuch
- Palliativmedizin
- Fatigue
- Ernährung bei Krebs
- Bewegung und Sport bei Krebs
- Hilfen für Angehörige
- Wegweiser zu Sozialleistungen
- Patientenbroschüre – Kompetent als Patient
- Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“

Bundesverband
Prostatakrebs
Selbsthilfe e.V.



STIFTUNG
MÄNNERGESUNDHEIT

Vorträge · Zuhörer fragen · Antworten

Patientenveranstaltung anlässlich des DGU-Kongresses 2012
Mittwoch, 26. September 2012, 18:00 Uhr
Kuppelhalle, Leipziger Volkszeitung

- Welche Information hilft mir bei der Therapiewahl?
- Frühes Prostatakarzinom - beobachten oder behandeln?
- Fortgeschrittenes Prostatakarzinom - neue Therapien
- Behandlung im Medizinischen Kompetenznetz

Referenten

Hanns-Jörg Fiebrandt, BPS, Prof. Kurt Miller, Charité Berlin,
Corinna Schäfer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin,
Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Veranstalter: Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe und Stiftung Männergesundheit



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

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