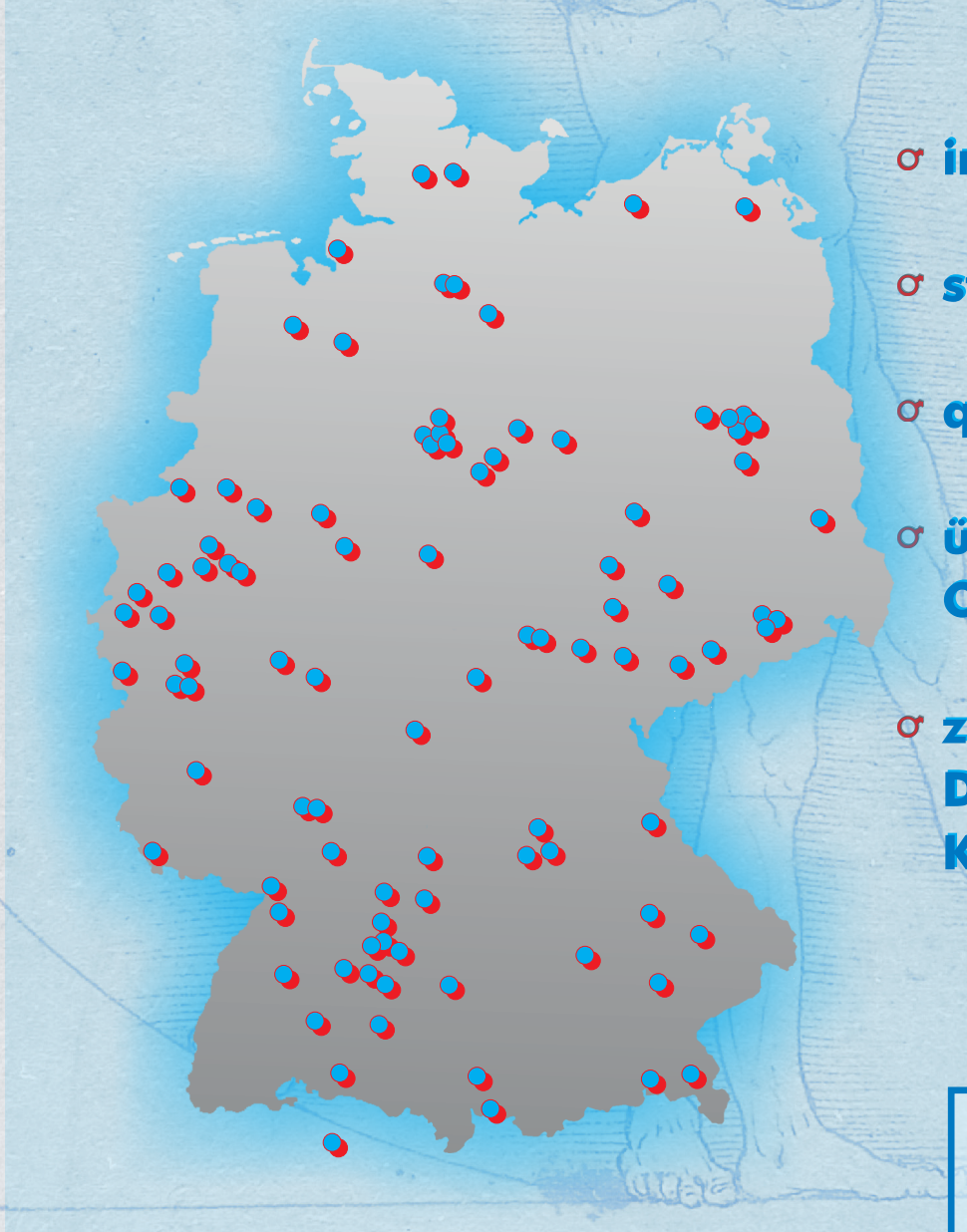


Prostatakrebszentren



- ♂ **interdisziplinär**
- ♂ **standardisiert**
- ♂ **qualitätsgesichert**
- ♂ **überwacht von OnkoZert**
- ♂ **zertifiziert von Deutscher Krebsgesellschaft**

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, 2013

Editorial

Prostatakrebsbehandlung in zertifizierten Zentren

Dr. S. Wesselmann: Was ein DKG-Prostatakrebszentrum auszeichnet	2
I. Jobst: Prostatektomien in Deutschland	4
DKG zertifizierte Prostatakrebszentren	6

Aus dem Bundesverband

Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2013	11
Verleihung der Wil-de-Jongh-Medaille an Prof. Dr. Dr. h. c. M. Wirth	11
Prof. Dr. Dr. h. c. M. Wirth: Aktuelle Prostatakrebsthemen	12
BPS-Ehrenmitgliedschaft für Prof. Dr. L. Denis	14
Ehrungen verdienter Selbsthilfegruppenleiter	15
5 Jahre BPS Prostatakrebs-Beratungshotline	17
Prof. Dr. Th. Schlomm: Das Deutsche Prostatakarzinomprojekt	19
Politik reagiert: Hygienebehälter werden Pflicht	23

Forschung

PREFERE-Studie: Bericht der Studienleitung	24
DKH: Engagierter Kampf gegen den Prostatakrebs	26

Diagnose und Therapie

Patienten fragen – Mediziner antworten	27
TomoTherapy HD: 3-D-Präzisionsbestrahlung	29
Prostata-Rektum-Abstandhalter	31

Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

Jubiläen in der Selbsthilfe	33
Neu im BPS	34
Treffen der Schatzmeister	35
Regionalverband Neue Bundesländer tagt in Tabarz	35
Neuer Landesvorstand in Hessen	35
Vielfältiges Programm	36
Onkologische Fachtagung Berlin	36
Kein Stuhl zum Ausruhen	36
Besuch im Fraunhofer-Institut Leipzig	37
Gemeinsam aktiv	37
Ein Baum als Zeichen der Hoffnung	37
W. Weber-Heuser ausgezeichnet	38
Information in der Pathologie	38
Erfolgreich gestartet	39
Krebsinformationstag Bad Salzuflen	39
SHG Hann Münden: Ehrenmitglied W. Bosbach	40
Wein – Schokolade – Resveratrol	40

Titelseite: Grafik S. Arends

Fotos: Deutsche Krebsgesellschaft (S. 2), Deutsche Krebshilfe (S. 26), DTZ Berlin (S. 29, 30), augmenix.com (S. 32), sonstige privat

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-Straße 40
 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33889-500
 Fax: 0228 33889-510

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

Druck:

C.V. Engelhard
 Weidendam 10
 30167 Hannover

Bankverbindung:

Sparkasse Hannover
 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,

nach welchen Gesichtspunkten entscheiden Sie den Kauf eines Produktes, einer Dienstleistung? Sie wollen informiert werden über Leistung, Verbrauch, Garantie, Kosten und Haltbarkeit. Dabei steigt Ihr Bedürfnis nach objektiven, unabhängigen Qualitätsberichten mit der Bedeutung einer Entscheidung für Ihr Wohl und Nutzen.

Ähnliche Informationsbedürfnisse haben Hersteller und Anbieter. Sie müssen wissen, wie gut ihre Produkte, ihre Dienstleistungen von Käufern bewertet werden, und sie verwenden dabei dieselben Kriterien wie ihre Kunden. Wenn das nicht im Fokus einer Firma ist, führt es zu ihrer Kurzlebigkeit, weil ihnen die Akzeptanz derer fehlt, die wählen können.

Eine Wahl hat auch der Prostatakrebspatient. Hierfür möchte er vor einer Behandlung wissen, welche Klinik ihm mit welchen Therapien helfen kann. Können ihm Qualitätsberichte der Krankenhäuser, zu welchen sie nach § 137 Sozialgesetzbuch V verpflichtet sind, bei seiner Wahl weiterhelfen? Ein Blick in die Berichte offenbart, sie informieren über Fallzahlen codiert nach OPS = Operationen- u. Prozedurenschlüssel. Das ist zu wenig Information, auch wenn man unterstellt, häufige Wiederholung einer Tätigkeit kann ihr Ergebnis verbessern.

Damit Krankenhausberichte für Patienten einen guten Zweck erfüllen können, sind sie, und damit auch die Dokumentationspflicht der Kliniken, zu verändern. Sie müssten informieren über die Strukturqualität der Krankenhäuser wie z.B. interdisziplinäre Behandlungskonzepte, Tumorkonferenzen, etc. Sie müssten über die Ergebnisqualität der Behandlungen berichten mit Angaben über Kontinenz, erektile Dysfunktion, Schmerzen, Lebensqualität, Prostatakrebs spezifisches Überleben, Gesamtüberleben. Wenn Kliniken ihre Ergebnisse so dokumentieren, geben sie wichtige Informationen an Patienten und einweisende Ärzte.

Gleichzeitig schaffen sie damit notwendige, identische Qualitätsindikatoren für den Vergleich der Kliniken. Allein schon der Vergleich führt bereits zu Ergebnisverbesserungen – keine Klinik möchte in der unteren Qualitätsstufe genannt werden.

Auch Krankenversicherungen können aussagefähige, bundeseinheitliche Qualitätsberichte für die Ausgestaltung ihrer Verträge mit Kliniken nutzen, indem gute Ergebnisse, nämlich guter Patientennutzen, besonders honoriert wird.

Die qualitätsgesicherte Behandlung und ihre Dokumentation werden in diesem BPS-Magazin im Zusammenhang mit der Behandlung in zertifizierten Zentren ausführlicher an anderer Stelle thematisiert. Für den BPS haben Qualitätssicherung und zertifizierte Zentren herausragende Bedeutung. Sie manifestiert sich in den folgenden zwei der zehn BPS-Ziele

- Qualitätsindikatoren für die Prostatakrebsbehandlung zur Verbesserung ihrer Ergebnisse
- Flächendeckende Versorgung in zertifizierten Zentren zur Behandlung des Prostatakrebses

Diese Ziele verfolgt der BPS in der Zertifizierungskommission der Zentren und im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Herstellung internationaler Vergleichbarkeit der Therapieergebnisse ist für den BPS ebenso wichtig. Daran arbeiten wir mit in einer Projektgruppe des International Consortium for Health Outcome Measurement* (ICHOM) <http://ichom.org/>.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

* Internationales Konsortium zur Messung von Behandlungsqualität



Was ein DKG-Prostatakrebszentrum auszeichnet

Ein Interview mit Dr. Simone Wesselmann, Bereich Zertifizierung in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zur Arbeit und Ergebnissen der zertifizierten Prostatakrebszentren.

Die Zertifizierungskommission der Zentren erarbeitet die Kriterien zur Anerkennung als Prostatakrebszentrum. Der BPS vertritt die Patienteninteressen in der Zertifizierungskommission.

BPS-Magazin: Seit wann gibt es von der DKG zertifizierte Prostatakrebszentren in Deutschland und wie viele Zentren gibt es heute?

Dr. S. Wesselmann: 2008 wurden die ersten Prostatakrebszentren zertifiziert. Aktuell gibt es 95 Zentren an 96 Standorten.

Wie viel Prozent der Prostatakrebspatienten werden in Zentren behandelt?

33,4% der Patienten mit der Ersterkrankung eines Prostatakrebses.

Wie viele Brustkrebszentren und wie viele Darmkrebszentren gibt es in Deutschland und wie viel Prozent der Patienten werden in diesen Zentren behandelt?

216 Brustkrebszentren,
71,7% Patientinnen mit Ersterkrankung
256 Darmkrebszentren,
35,0% der Patienten mit Ersterkrankung.

Welche Strukturen und Prozeduren müssen Kliniken erfüllen, um als Zentrum zertifiziert zu werden?

Ein Zentrum ist ein interdisziplinär, transsektoral und multiprofessionell arbeitendes Netzwerk, das seinen Patienten für jedes Stadium und für jeden Bereich der Erkrankung kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stellt. Die Partner im Netzwerk sind entsprechend qualifiziert, stellen ihre leitliniengetreue Arbeit und ihre Behandlungsergebnisse im Rahmen der Auditverfahren transparent dar. Im Erhebungsbogen der Prostatakrebszentren sind alle Anforderungen an technische Ausstattung,

persönliche Qualifikation des Leistungserbringers und interdisziplinäre Schnittstellen im Netzwerk Prostatakrebszentrum erfasst.

Wer prüft die Erfüllung der Zertifizierungsbedingungen und wie oft wird geprüft?

Die Erfüllung der fachlichen Anforderungen wird durch Experten überprüft. Sie sind onkologisch tätige Fachärzte mit einer speziellen Weiterbildung für die Durchführung von Zertifizierungen. Die Fachexperten empfehlen im Auditbericht die Vergabe des Zertifikats, ggfs. unter bestimmten Auflagen oder die Nichtvergabe des Zertifikats.

Danach wird der Auditbericht vom Ausschuss für Zertifikaterteilung in Zusammenschau mit anderen Dokumenten des Antragsstellers bewertet und das Zertifikat vergeben bzw. nicht vergeben. Die Entscheidung wird von drei erfahrenen Fachexperten des Ausschusses getroffen. Die Organisation der Auditverfahren liegt in den Händen von OnkoZert, dem unabhängigen Zertifizierungsinstitut der DKG.

Die Verantwortlichkeiten im Zertifizierungssystem sind dreigeteilt:

- Zertifizierungskommission erstellt Anforderungen
- Audit der Fachexperten prüft Erfüllung der Anforderungen
- Ausschuss für Zertifikatsvergabe entscheidet.

Wie oft müssen Zentren ihre Behandlungsergebnisse berichten und welche Qualitätsindikatoren werden zugrunde gelegt?

Zentren müssen ihre Ergebnisse einmal pro Jahr darlegen. Im Auditverfahren vor Ort werden von Zentren im Erhebungsbogen gemachte Angaben durch Fachexperten überprüft, nachvollzogen. Außerdem müssen Ergebnisse einmal pro Jahr in Form von Kennzahlen im sogenannten Kennzahlenbogen berichtet werden. Die Kennzahlen haben klare Ist- und Sollangaben. Damit sind sie bundesweit einheitlich auswertbar. Die Ergebnisse der Kennzahlenbögen werden jährlich für alle zertifizierten Zentren ausgewertet und in einem Jahresbericht veröffentlicht.

Kennzahlen umfassen drei Bereiche.

- Interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit: Vorstellungen in Tumorkonferenz, Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Psychoonkologie, etc.
- Leitliniengetreue Arbeit: Operation, Strahlentherapie, hormonablativ Therapien, Aktive Überwachung, etc.
- Expertise: nervenerhaltende Operationen, postoperative Revisionseingriffe, etc.

Welche für Patienten relevante Behandlungsergebnisse müssen wie oft und wie lange berichtet werden?

Patientenrelevante Behandlungsergebnisse sind in den Jahresberichten zusammengefasst und veröffentlicht. Zentren müssen auch Faktoren der Lebensqualität, Kontinenz und Potenz erfassen (Patientenfragebogen). Diese Daten werden einmal prätherapeutisch und einmal nach 3 Jahren erhoben. Ihre Erfassung wurde Ende 2010 eingeführt und die ersten Auswertungen stehen Anfang 2015 zur Verfügung. Die Qualitätsparameter Gesamtüberleben und krankheitsspezifisches Überleben müssen die Zentren jährlich für alle ihre Patienten berichten.

Sind die Jahresberichte für Patienten einsehbar?

Die anonymisierten Jahresberichte wie vom Gemeinsamen Bundesausschuss verlangt, sind für Patienten und alle anderen Interessenten einsehbar. Es obliegt jedem Zentrum, seine individuellen Ergebnisse auf der eigenen Webseite zu veröffentlichen.

Welche Vorteile haben Patienten von einer Behandlung in einem Prostatakrebszentrum?

Für Patienten ist wichtig:

- Das Netzwerk hat in jedem Bereich, zu jedem Zeitpunkt kompetente Ansprechpartner.
- Entscheidungen für oder gegen Therapieempfehlungen sind Ergebnis interdisziplinärer Zusammenarbeit. Empfehlungen werden nicht von einer Berufsgruppe alleine sondern von allen relevanten Fachdisziplinen gemeinsam getroffen, bevor sie mit Patienten besprochen werden.
- Das Zertifikat gibt Patienten eine Orientierungshilfe und zugleich Sicherheit, dass Ergebnisse, Prozesse, Strukturen, die Anforderungen an zertifizierte Zentren erfüllen, und dass Zentren ihre Ergebnisse transparent darstellen.

Ein Zentrum beweist großes Engagement durch Teilnahme am Auditverfahren und den Willen zur stetigen Qualitätsverbesserung im Sinne der Patienten.

Können gute Behandlungsergebnisse in den Jahresberichten den Zentren zu besserer Honorierung durch entsprechende Verträge mit Krankenkassen führen?

Die Zertifizierung als Onkologisches Zentrum bzw. als Organkrebszentrum wird in den Bundesländern erfolgreich genutzt, um mit Kostenträgern spezifische Zentrumszuschläge zu vereinbaren.

In welcher Beziehung stehen die Jahresberichte der Zentren mit den Behandlungsleitlinien und den Krebsregistern?

Grundlagen für die Behandlung in zertifizierten Zentren sind die evidenzbasierten Leitlinien. Qualitätsindikatoren der Leitlinien finden Aufnahme in die Erhebungsbögen der Zentren. Die Ergebnisse der Zentren werden in den Audits vor Ort mit den Fachexperten diskutiert, Stärken und Schwächen analysiert und Verbesserungsmöglichkeiten vereinbart. Informationen zur Ergebnisdarstellung werden den Zentren sinnvollerweise durch die Krebsregister, ebenfalls Partner im zertifizierten Netzwerk, zur Verfügung gestellt. Dieser sehr gut etablierte

Qualitätszirkel der onkologischen Versorgung ist zentraler Teil des Nationalen Krebsplans der Bundesregierung. Er wird mit dem in Kraft treten des Krebsfrüherkennungsregistergesetzes unterstützt, welches den flächendeckenden Aufbau der klinischen Krebsregistrierung vorsieht.

Literatur:

Entwicklung der Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft
(www.krebsgesellschaft.de/download/entwicklung_zert.verfahren_onkologe_2012.pdf)

Radikale Prostatektomien 2010 in Deutschland – Anzahl und Verteilung

Von Ingo Jobst, Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Schleswig-Holstein



Mein Bericht soll über Anzahl und Verteilung radikaler Prostatektomien in Deutschland im Jahr 2010 informieren und eine Wertung abgeben. Als Basis dienen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, wie sie im Deutschen Krankenhausverzeichnis hier einsehbar sind:

www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/de/19/proxy/dkv/Treffer.html

Einige der hinterlegten Qualitätsberichte beinhalten nur die zehn am häufigsten durchgeführten Prozeduren. Fehlende Zahlen wurden einzeln nachrecherchiert bei: www.g-ba-qualitaetsberichte.de/.

Daraus ergaben sich die vollständigen Daten für 507 Krankenhäuser mit urologischen Abteilungen zur Feststellung durchgeführter Diagnosen (ICD

C61 Bösartige Neubildungen der Prostata) und Operationen (OPS Code 5-604 radikale Prostatektomie). ICD steht für Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. OPS steht für Operationen und Prozedurenschlüssel.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Sozialgesetzbuch V. Seit 2003 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte regelmäßig zu veröffentlichen. Sie sollen der Information von Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten dienen. Krankenkassen können die Berichte zu Auswertungen nutzen und ihren Versicherten Empfehlungen geben. Den Krankenhäusern er-

öffnen die Berichte Möglichkeiten zur Darstellung ihrer Leistungen. Die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es Beschlüsse, über Inhalt, Umfang und Datenformat der Qualitätsberichte zu fassen.

Neben der Ermittlung von Fallzahlen der Urologischen Fachabteilungen und ihrem Vergleich zu definierten Mindestfallzahlen für Zentren, wollte ich feststellen, wie viele Diagnosen und Operationen von Ärzten der Krankenhäuser bzw. von Belegärzten durchgeführt wurden. Untenstehende Tabelle gibt hierüber Auskunft.

Folgende Zusammenhänge möchte ich besonders hervorheben

- 404 von 507 Urologischen Kliniken führen Prostatektomien durch.
- Zwischen 2 bis 1.978 Prostatektomien/Jahr werden in 404 Kliniken durchgeführt.
- 201 Kliniken erreichen die für Zentren definierte Zahl von 50 Prostatektomien/Jahr.
- 75 Kliniken führen mehr als 100 Prostatektomien durch.
- Der Median aller Kliniken liegt bei 50 Prostatektomien.
- Weniger als 7% der Prostatektomien wurden von Belegärzten durchgeführt.

Prostatektomie ist eine anspruchsvolle Operation, sie erfordert

- Vorhandensein Uro-onkologischer Experten
- Kontinuierliche Qualifikation der Operateure inklusive 50 Operationen/Jahr

Prostatektomien durchführende Kliniken sollten zertifizierte Zentren sein/werden. Durch Zertifizierung der Zentren wird die Anwendung des zurzeit gültigen Wissens- und Behandlungsstandes am besten gewährleistet. Die Zentren stellen sich regelmäßig einer Rezertifizierung, müssen ihre Behandlungsergebnisse mit bundesweit vergleichbaren Qualitätsindikatoren berichten, kooperieren mit Selbsthilfegruppen und nachverfolgen ihre Patienten lebenslang. Die Indikatoren Prostatakrebs spezifische Mortalität, Gesamtmortalität, Inkontinenz, Erektile Dysfunktion und Lebensqualität sollten von allen Kliniken verpflichtend berichtet werden. Die Daten aus der Nachverfolgung werden nicht zuletzt auch für die Prostatakrebsforschung benötigt. Prostatektomien in Belegarztstationen sind nicht mehr zeitgemäß. Die beiden Modelle Prostatakrebszentren und Prostatazentren sollten zusammengeführt werden. Die jetzige Aufstellung ist nicht erstrebenswert.

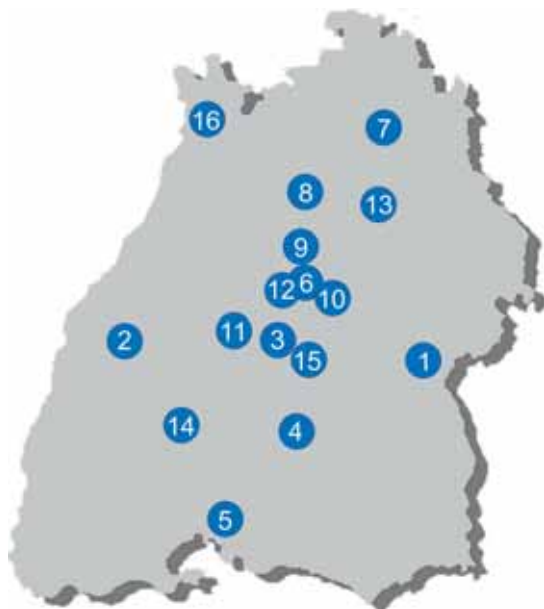
Klinik mit Fachabteilung Urologie	Zahl	Zertifiz. Zentren.	ICD C61	OPS 5-604
1. Deutschland gesamt	507		67.223	30.208
2. Urologische Abteilung geführt von Ärzten im Krankenhaus	340		60.331	28.317
3. Urologische Abteilung geführt von Belegärzten*	167		6.892	1.891
4. Prostatakrebszentren zertifiziert durch OnkoZert u. DKG		89	23.403	13.145
5. Prostatazentren zertifiziert durch CERT GmbH und DVPZ		19	3.207	1.505

* Belegarzt durchgeführter Prostatektomien variieren in den Bundesländern (0% bis über 25%). Informationen beim Autor.

DKG zertifizierte Prostatakrebszentren

Stand: August 2013

Baden-Württemberg



1. Universitätsklinikum Ulm
2. Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach
3. Universitätsklinikum Tübingen
4. Kreiskrankenhaus Sigmaringen
5. Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
6. Diakonie-Klinikum Stuttgart
7. Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim
8. Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn
9. Klinikum Ludwigsburg
10. Paracelsus-Krankenhaus Ruit, Ostfildern
11. Kreisklinikum Calw-Nagold
12. Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital
13. Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall
14. Schwarzwald Baar Klinikum Villingen-Schwenningen
15. Klinikum am Steinberg, Kreiskliniken Reutlingen
16. Universitätsklinikum Mannheim

Bayern



1. Klinikum Kempten-Oberallgäu
2. Kliniken Nordoberpfalz, Weiden
3. Klinikum Landshut
4. Klinikum Ingolstadt
5. Urologische Universitätsklinik (WKH) St. Marien, Erlangen
6. Klinikum Memmingen
7. Klinikum Rosenheim
8. Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg
9. St. Elisabeth Krankenhaus Straubing
10. Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg
11. Klinikum Fürth
12. Klinikum Traunstein

Berlin



- 1a. Charité – Campus Benjamin-Franklin
- 1b. Charité – Campus Mitte
2. Bundeswehrkrankenhaus Berlin
3. St. Hedwig Krankenhaus

Brandenburg



1. DRK-Krankenhaus Luckenwalde
2. Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
3. Havelland Kliniken GmbH, Klinik Nauen

Hessen



1. Krankenhaus Nordwest, Frankfurt
2. Klinikum Fulda
3. Universitätsklinikum Marburg
4. Universitätsklinikum Frankfurt

Mecklenburg-Vorpommern



1. Universitätsmedizin Rostock
2. Universitätsmedizin Greifswald

Bremen



1. Klinikum Bremen-Mitte

Hamburg



1. Martini-Klinik am UKE, Hamburg
2. Marienkrankenhaus Hamburg

Niedersachsen



1. Vinzenzkrankenhaus Hannover
2. Klinikum Oldenburg
3. Medizinische Hochschule Hannover
4. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift, Hannover
5. Nephrologisches Zentrum, Hannoversch Münden
6. DRK Seepark Klinik Debestedt, Langen
7. Klinikum der Stadt Wolfsburg
8. KRH Klinikum Siloah, Hannover
9. KRH Klinikum Großburgwedel
10. Städtisches Klinikum Braunschweig
11. Städtisches Klinikum Lüneburg
12. Klinikum Salzgitter

Nordrhein-Westfalen



1. St.-Antonius-Hospital Eschweiler
2. Klinikum Westfalen, Dortmund
3. Kliniken Maria Hilf, Mönchengladbach
4. St. Antonius-Hospital Gronau
5. St. Josef-Hospital Troisdorf
6. Marienhospital Herne
7. Klinikum Gütersloh
8. Klinikum Dortmund
9. St. Marien-Krankenhaus Ahaus
10. St. Vincenz-Krankenhaus Datteln
11. Kreisklinikum Siegen
12. Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn
13. St. Josefhospital Uerdingen, Krefeld
14. Universitätsklinikum Düsseldorf
15. Evangelisches und Johanniterkrankenhaus Oberhausen
16. Universitätsklinikum Münster
17. Malteser Krankenhaus Bonn
18. Evangelische Kliniken Bonn

Rheinland-Pfalz



1. Klinikum der Stadt Ludwigshafen
2. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier
3. Klinikum Worms
4. Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

Sachsen



1. Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
2. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
3. Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
4. Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau
5. Universitätsklinikum Leipzig
6. Diakonissenkrankenhaus Dresden

Sachsen-Anhalt



1. Diakonissenkrankenhaus Dessau
2. Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau
3. Sana Ohre-Klinikum GmbH Haldensleben
4. Asklepios Klinik Weißenfels

Schleswig-Holstein



1. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
2. inland Klinik Rendsburg

Thüringen



1. Klinikum Meiningen
2. SRH Wald-Klinikum Gera
3. HELIOS Klinikum Erfurt
4. Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt
5. Universitätsklinikum Jena

Schweiz

1. UniversitätsSpital Zürich

Vom DVPZ* zertifizierte Prostatazentren



1. Klinikum Leverkusen
2. Marien-Hospital Wesel
3. Niederberg Klinikum, Velbert
4. Paracelsus-Klinik Golzheim, Düsseldorf
5. St. Agnes Hospital, Bochold
6. St. Josef Krankenhaus, Moers
7. Universitätsklinikum der RWTH Aachen
8. Ev. Krankenhaus Oberhausen
9. Heilig Geist-Krankenhaus, Köln-Longerich
10. Universitätsklinikum Köln
11. Jung-Stilling-Krankenhaus, Siegen
12. St. Bonifatius Hospital, Lingen
13. Katholische Kliniken Emscher-Lippe, Gladbeck
14. Elbe Klinikum Stade
15. Unfallkrankenhaus Berlin
16. Chirurgische Universitätsklinik, Freiburg
17. Metropolregion Nürnberg
18. Klinikum Nürnberg
19. Urologie Centrum München, Planegg
20. Krankenhaus Barmherzige Brüder, München
21. Klinikum Fichtelgebirge, Markredwitz

* Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V.



Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2013

Red. (mk): 290 Teilnehmer folgten der Einladung zur BPS-Tagung vom 4. bis 6. Juni 2013 in Magdeburg. Im Anschluss an die Mitgliederversammlung konnte der BPS seine langjährigen und verdienstvollen Selbsthilfegruppenleiter sowie Mitarbeiter der BPS Beratungshotline für ihr Engagement ehren (S. 15, ff.).

Die Verleihung der Wil-de-Jongh-Medaille 2012 an Prof. Dr. Dr. h. c. Manfred Wirth, Direktor der Urologischen Klinik im Universitätsklinikum Dresden sowie die Verleihung der BPS Ehrenmitgliedschaft an Prof. Dr. Louis Denis waren weitere Höhepunkten der Jahrestagung.

Prof. Dr. Thorsten Schlomm, Wissenschaftlicher Direktor der Martini-Klinik, hatte mit seinem Vortrag schnell die Aufmerksamkeit der Zuhörer gewonnen. Sein Vortragsthema, „Das internationale Krebs-Genomprojekt – erste Ergebnisse und Perspektiven zum Prostatakarzinom.“, (S. 19 ff.) vermittelte Einblicke in die molekularbiologische Forschung und Möglichkeiten moderner Diagnostik.

Über Reha-Sport, Psychoonkologie, neue Therapien, Inkontinenz und Hygiene, Früherkennung, Diagnose und Therapie von Niedrigrisiko-Prostatakrebs wurde informiert und diskutiert an den Thementischen und im informellen, kollegialen Austausch der Teilnehmer.

Verleihung der Wil-de-Jongh-Medaille an Prof. Dr. Dr. h. c. Manfred Wirth



Am 5. Juni 2013 wurde Prof. Wirth, Direktor der Urologischen Klinik im Universitätsklinikum Dresden mit der Wil-de-Jongh-Medaille des BPS geehrt.

Prof. Wirth unterstützt die Patienteninteressen und den BPS seit Jahren in Deutschland. Die Europäische Prostatakrebs Selbsthilfe Europa UOMO hat in ihm einen zuverlässigen Freund und Befürworter. Er setzte sich im Vorstand der Europäischen Urologischen Vereinigung für unseren Vorschlag ein,

das Konzept der Prostatakarzinomzentren auch in anderen europäischen Ländern Realität werden zu lassen. Für die national und international koordinierte Prostatakrebsforschung haben wir in Prof. Wirth einen Fürsprecher und Helfer.

In besonderer Weise würdigen wir Prof. Wirths Leitung der Kommission für Entwicklung und Aktualisierung der Leitlinie *Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms*. Sie ist die erste Leitlinie für das gesamte Feld des Prostatakarzinoms in Deutschland mit der höchsten Qualitätsstufe S3. Ihre Erstellung ist ein anspruchsvoller Prozess an dem 10 Medizinisch Wissenschaftliche Fachgesellschaften aber

auch 3 Patientenvertreter beteiligt waren. Die Arbeit an der Leitlinie haben Prof. Wirth und seine Expertengruppe ehrenamtlich geleistet.

Von dieser Leitlinie profitieren wir alle, weil sie:

- den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergibt, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen.
- die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen und damit die Verbesserung der medizinischen Versorgung beeinflusst durch Vermittlung von aktuellem Wissen.

Prof. Wirth hat sich in einem enorm wichtigen und anspruchsvollen Feld der Medizin engagiert und ist dabei sehr entschlossen vorangegangen. Die Leitlinie hat die Möglichkeiten für gute Diagnose und Therapie der Prostatakrebspatienten entscheidend verbessert. Diese Verfahrensanleitung in dieser Qualität in Deutschland geschaffen zu haben, ist für den BPS der beste neben vielen guten Gründen, Prof. Wirth für seine Verdienste mit der Wil-de-Jongh-Medaille zu ehren. Der BPS bedankt sich bei Prof. Wirth für seine Patientenzugewandtheit und für seine Unterstützung der Prostatakrebs Selbsthilfe.

Professor Dr. Dr. h. c. Manfred Wirth zu aktuellen Prostatakrebsthemen

Ein Interview mit Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wirth anlässlich seiner Ehrung mit der Wil-de-Jongh-Medaille des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe.

BPS-Magazin: Welche Themen wurden in der diesjährigen Aktualisierung der S3-Leitlinie für den Prostatakrebs behandelt?

Prof. Dr. Dr. h. c. Wirth:

- I. Ergänzende Primärrecherchen
 1. Bestimmung und Umgang mit der Komorbidität der Betroffenen unter Beteiligung von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
 2. Definition und Behandlung neuroendokriner Tumore
 3. Stellenwert der DNA-Zytometrie
 4. Stellenwert der Hypofraktionierung (höhere Einzeldosen, weniger Bestrahlungsvorgänge) in der perkutanen Strahlentherapie
- II. Aktualisierungsrecherchen/bzw. Aktualisierung von Empfehlungen bei neuen klinischen Aspekten
 5. Diagnostik und Therapie des Rezidivs nach Operationen/nach Strahlentherapie
 6. Systemtherapie beim metastasierten Prostatakarzinom
 7. Pathomorphologische Untersuchungen

Wann wird die nächste Aktualisierung der Leitlinie erfolgen, und ist ihre Finanzierung bereits gesichert?

Wahrscheinlich Ende nächsten Jahres, falls die Krebschilfe weiter fördert.

Welche konkreten Erfordernisse müssen zertifizierte Prostatakrebszentren erfüllen, und können dadurch Behandlungsergebnisse verbessert werden?

Es werden umfangreiche Anforderungen an die Klinikorganisation (insbesondere interdisziplinäre Zusammenarbeit u.a. zwischen Urologie und Strahlentherapie), an die Dokumentation der Ergebnisse (u.a. Rate der positiven Resektionsränder, Rezidivrate, Überlebensrate, Kontinenz und Potenz), an Mindestmengen (Klinik und Operateure), an die Qualitätssicherung (Implementierung eines Qualitätsmanagements) und an Prozesse und Strukturen gestellt. Der Aufwand ist relativ hoch, so dass dies für kleinere Kliniken sicher ein großes Problem darstellt. Eine Verbesserung der Behandlung ist in erster Linie in der besseren Verzahnung zwischen den beteiligten Fächern und dem besseren Beratungsangebot für die Patienten zu sehen.

Welche Bedeutung haben die Qualitätsberichte der Zentren und sollte bessere Behandlungsqualität auch besser von den Krankenkassen gezahlt werden?

Die Qualitätsberichte liefern in erster Linie objektive Informationen über die Behandlungszahlen, was bei vielen operativen Eingriffen ein gutes Maß für die Erfahrung und Qualität ist. Die Behandlungsqualität direkt ist wesentlich schwieriger zu messen, da hier neben der Behandlung selbst auch die Patientenauswahl einfließt. Universitätskliniken behandeln auch viele schwer kranke Patienten, während kleinere und spezialisierte Einrichtungen dies oft in geringerem Maß tun und schwer erkrankte Problempatienten auch in Universitätskliniken verlegen.

Sollten Ärzte ihre Patienten über den PSA-Test und die Früherkennung von Prostatakrebs informieren?

Eine Information darüber ist laut der interdisziplinären S3-Leitlinie bei Männern ab 40 Jahren mit einer Lebenserwartung von über 10 Jahren derzeit Standard. Wir werden jedoch im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie dieses Thema erneut behandeln.

Was sagen Sie Kritikern der Früherkennung?

Früherkennung kann beim Prostatakarzinom Leben retten. Das ist unstrittig. Das Problem liegt in dem Preis für diese geretteten Leben in Form von Therapienebenwirkungen, psychischer Belastung und Kosten. Entscheidend ist, die Früherkennung so zu betreiben, dass diese negativen Wirkungen minimiert werden. So muss beispielsweise keineswegs jedes bei der Früherkennung entdeckte Karzinom sofort behandelt werden.

Wie halten Sie es selber mit der Früherkennung?

Ich weiß selbstverständlich meinen aktuellen PSA-Wert.

Haben Kritiker der PREFERE-Studie Recht, wenn sie auf das Vorhandensein empirischer Daten hinweisen und die Studie als überflüssig bezeichnen?

Das Problem bei der PREFERE-Studie ist nicht das Vorhandensein von Daten zum Vergleich der Therapien. Davon gibt es viel zu wenig zuverlässige Daten. Ein Problem ist allerdings das komplizierte Studiendesign, welches meines Erachtens das Erreichen der Studienziele sehr schwierig macht.

Welche Vorteile haben Teilnehmer an der PREFERE-Studie?

In erster Linie die sehr gute Beratung und Betreuung, die im Rahmen einer Studie sichergestellt wird.

Werden die Behandlungsergebnisse eines guten Operators besser durch Nutzung der Roboter assistierten Prostatektomie mit dem da-Vinci Verfahren?

Das bleibt abzuwarten. Unsere eigenen Daten lassen das nicht erkennen. Insgesamt gibt es dafür auch bisher keine verlässlichen Daten. Meines Erachtens ist der Operator wichtiger als das Verfahren.

Welche Vorteile haben Patienten von diesem Verfahren?

Vorteile sind die geringere Narbenbildung und Gewebstraumatisierung im Bereich der Bauchdecke und der geringere Blutverlust. Möglicherweise lassen sich die Gefäßnervenbündel und der Kontinenzapparat durch eine sehr prostata-nahe Präparation besser erhalten. Es besteht jedoch die Gefahr, dass der Eingriff dadurch weniger radikal wird und die Tumorkontrolle leidet. Entscheidend für den Patienten ist die Wahl eines guten, erfahrenen Operators, die OP-Technik ist demgegenüber wahrscheinlich zweitrangig.

Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Klinik mit dem da-Vinci Gerät gemacht?

Der da-Vinci-Roboter wird nahezu täglich bei uns eingesetzt, die Ergebnisse sind insgesamt gut. Wir setzen den da-Vinci-Roboter allerdings nicht bei lokal fortgeschrittenen und Hochrisikotumoren ein. Hier erscheint uns in Einklang mit der relevanten

Literatur der offene Zugang günstiger. Alle in Frage kommenden Patienten haben jedoch weiterhin die Wahl, sich frei zwischen offener Operation und dem da-Vinci-Roboter zu entscheiden. Die deutlich höheren Kosten werden aus dem Klinikbudget bestritten, eine Zuzahlung ist für die Patienten nicht erforderlich.

Verleihung der BPS Ehrenmitgliedschaft an Prof. Dr. Louis Denis

Prof. Denis ist hochangesehener Arzt, Wissenschaftler und gefragter Experte in Medizinischen Fachgesellschaften. Er hat über 50 Bücher und mehr als 300 wissenschaftliche Artikel editiert. Er war und ist an mehreren Studien beteiligt, wie z.B. an der Europäischen Randomisierten Studie zum Screening von Prostatakrebs (ERSPC).

Prof. Denis ist überzeugt, Ärzte sollten die ganze Person, nicht nur den Prostatakrebs behandeln. Die Behandlung sollte multidisziplinär und holistisch sein. Für Prof. Denis ist Mitgefühl die wichtigste Qualität eines Arztes. Die wirkliche Herausforderung sei es, die richtige Antwort zu kennen auf die Frage, wie kann ich mich einem Patienten widmen, so dass er spürt – meine Zuwendung kommt vom Herzen.

Prof. Denis ist Unterstützer und Freund des BPS. Er setzt sich ein für die BPS Ziele, besonders für eine koordinierte Prostatakrebsforschung und die Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakrebs. Gleichgute ärztliche Versorgung in allen Ländern Europas, sowie Gründung und Stärkung der Prostatakrebs Selbsthilfe gehören zu seinen Bestrebungen. „So viel erreicht, aber noch so viel mehr zu tun“ ist sein Motto.



Ehrungen langjähriger Selbsthilfegruppenarbeit

Ein Höhepunkt der BPS Jahrestagung 2013 waren die Ehrungen langjährig engagierter Selbsthilfegruppenleiter.

Der BPS ist stolz auf die Geehrten und ist ihnen dankbar für ihre ehrenamtliche Leitung von Prostatakrebs Selbsthilfegruppen im BPS. Sie wurden mit den Verbandsabzeichen in Gold (12 Jahre) Silber (8 Jahre) und Bronze (4 Jahre) für ihre verdienstvolle Tätigkeit ausgezeichnet. Der BPS wünscht ihnen das Allerbeste und bittet sie, unserer gemeinsamen Sache, dem Helfen, Informieren und Einfluss nehmen, auch weiterhin verbunden zu bleiben.



Geehrt mit der Verbandsnadel in Gold wurden

V. I. Bernd Knye-Neczas, SHG Jena und Umgebung; Dieter Volland, SHG Pforzheim; Karl Heinz Bauer, SHG Karlsruhe; Anton Kreiss, SHG Landkreis Rastatt; Martin Buchert, SHG Geldern-Kleve; Wilfried Proksch, SHG Kiel; Kurt Klein, Oberhausen/Mülheim a. d. Ruhr; Heinz Davidheimann SHG Essen e.V.



Geehrt mit der Verbandsnadel in Silber wurden

V. I. Winfried Schmidt, SHG Wendland; Fritz Brenner, SHG Garbsen; Rüdiger Bolze, SHG Halle; Jürgen Mindermann, SHG Burgdorf; Gerhard Zieseniß, SHG Verden; Anton Krapf, SHG Bietigheim und Umgebung; Waltraud Mergner, SHG Fürth; Jürgen Scheunemann, SHG Sylt; Peter Grünhut, SHG DELFIN, Krs. Emmendingen; Fritz Dauth, SHG Bayerisches Oberland-Bad Tölz; Hans Lehmann, SHG Fulda



Geehrt mit der Verbandsnadel in Bronze wurden

V. I. Lothar Striene, SHG Dippoldiswald/Osterzgebirge; Horst P. Bühling, SHG Recklinghausen; Wolfgang Klimm, SHG Osnabrück Stadt und Umland; Helmut Müller, SHG Brandenburg a. d. Havel; Gerhard Beck, SHG Bad Buchau-Federsee; Hans Biegert, SHG Lörrach; Ernst Tennstedt, SHG Hamburg; Heinz-Otto Rohrßsen, SHG Nienburg; Klaus Schmied, SHG Waltershausen

In Abwesenheit geehrt wurden

Gold: Martin Blumenschein, SHG Prostatakrebs Aalen; Rudolf Drummer, SHG Südbaden-Oberschwaben; Heinz Brand, SHG Waghäusel und Umgebung e.V.; Albert Lippert, SHG Würzburg/Unterfranken; Ullrich Broich, SHG Viersen und Wolfgang Prager, SHG Dresden.

Silber: Gottfried Staudt, SHG Aschaffenburg-Untermain; Gerold Kalms, SHG Neuss; Eckhard Rose, SHG Krs. Plön und Ralf-Rainer Damm, PSI-TAB.

Bronze: Wilfried Krostewitz, SHG Strausberg; Paul Spanninger, SHG Oberes Schussental/Bad Saulgau; Berthold Isele, SHG Freiburg; Reinhold Kurz, SHG Göppingen; Ernst Egner, SHG Schwäbisch Hall; Heinz Hanser, SHG Singen; Klaus Hemrich, SHG Würzburg VI; Karl-Heinz Klein, SHG Reizidiv München; Dr. Bodo Buecher, SHG Bad Hersfeld-Rotenburg; Wolf-Rüdiger Tegt, SHG Uelzen; Jürgen Föhse, SHG Cloppenburg; Heinrich Müller, SHG Köln-Nord und Werner Skiborowski, SHG Moers.



Geehrt für Mitarbeit in der BPS Prostatakrebs-Beratungshotline wurden

V. I. Fritz Dauth, (Günter Feick, Vorsitzender des BPS), Helmut Hönig, Paul Enders, Hans Lehmann, Bernd Reitberger, Klaus Halgmann, Wolfhard D. Frost, Josef Pagen, Hans Schlichting, Reinhard Schalla, Dieter Voland

Patienten beraten Patienten – 5 Jahre BPS Prostatakrebs-Beratungshotline

Einblick in Ziele und Arbeit der BPS Prostatakrebs-Beratungshotline gibt ihr Koordinator Fritz Dauth.

BPS-Magazin: Die BPS-Beratungshotline bietet seit dem 5. Februar 2008 Betroffenen Rat und Hilfe. Ein Grund für Sie zum Feiern?

Fritz Dauth: Beim Start vor 5 Jahren konnten wir nicht ahnen, dass wir mit unserem Beratungsangebot auf solche Nachfrage treffen würden. Mit regelmäßigen Anpassungen unserer Infrastruktur und Abläufe an Bedürfnisse der Ratsuchenden steigerte sich die Zahl der Anrufer kontinuierlich.

Als Beispiel möchte ich nur die Einführung einer kostenfreien Rufnummer 0800 7080123 ab 1. Januar 2010 für Anrufer aus dem deutschen Festnetz erwähnen. Für Anrufer aus Mobilfunknetzen und aus dem Ausland sind wir unter der Rufnummer 0228 28645645 erreichbar. Die ausgesprochen positiven Rückmeldungen zeigen, dass wir in den letzten 5 Jahren eine gute und vor allem auch wichtige Arbeit geleistet haben. Insofern denke ich, dass wir durchaus Grund zum Feiern haben.

Warum eine Beratungshotline?

Bei der Bewältigung einer Krebserkrankung tauchen viele, teils auch komplexe Fragestellungen auf. Deshalb war es uns ein besonderes Anliegen, Männern mit Prostatakrebs und natürlich auch deren Angehörige eine möglichst niederschwellige Informationsmöglichkeit zu bieten. Wir informieren von der Früherkennung über die verschiedenen Diagnose- und Therapieformen bis hin zu Fragen der Nachsorge und geeigneten Komplementärmaßnahmen. Das Besondere an unserem Angebot ist die Beratung durch ausnahmslos selbst Betroffene, die sich auf der gleichen Gesprächsebene wie die Ratsuchenden befinden. Deren Sorgen und Nöte sind den Beratern aus eigenem Erleben gut bekannt. In den mehr als 1.000 Beratungsgesprächen/Jahr steht über die Hälfte der Anrufer noch vor einer Therapieentscheidung. Ergänzend zur professionellen, ärztlichen Beratung verstehen wir

uns bei Bedarf auch als unabhängige Lotsen zu weiteren Informationsquellen.

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

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

Wie werden die Berater auf ihre Aufgabe vorbereitet?

Die Eignung für den Telefondienst wird anhand eines speziellen Auswahlverfahrens überprüft. Neue Interessenten werden von ihrem persönlichen Mentor auf die selbstständige Beratung auch durch praktische Begleitung auf den Telefondienst vorbereitet. Die stete Weiterbildung ist fester Bestandteil und ist verpflichtend für alle Berater. Dazu und zum Erfahrungsaustausch treffen sich die Berater zu zwei jeweils 2-tägigen Veranstaltungen jährlich. Neben der Weiterbildung im medizinischen Bereich und der Psychoonkologie wurden in der Vergangenheit auch mehrere Seminare zur Kommunikationstechnik durchgeführt. Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang auch die beiden zusammen mit dem Krebsinformationsdienst (KID) durchgeführten Workshops, die uns wichtige Impulse zur Weiterentwicklung lieferten.

Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Arbeit?

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass medizinische Fragestellungen meist im Vordergrund stehen. Wir versuchen, die meist stark verdichteten Erläuterungen der Ärzte verständlich zu machen und beziehen uns dabei auf die aktuellen Leitlinien. Auf Wunsch und bei Bedarf erhalten die Anrufer auch schriftliches Informationsmaterial (z.B.

Patientenratgeber). Wie bereits erläutert, verstehen wir uns aber auch als Lotsen und vermitteln, abhängig von der Fragestellung, auch weiterführende Kontakte zu professionellen Diensten wie z.B. zum Krebsinformationsdienst (KID) oder der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Häufig sind hinter medizinischen Fragestellungen grundsätzliche Probleme der Krankheitsbewältigung verborgen. In diesen Fällen kann dann unsere ganz spezielle „Betroffenenkompetenz“ (Experten in eigener Sache) sehr hilfreich sein. Insofern leisten wir auch psychoonkologische Unterstützung zum Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen.

Was war Ihr ungewöhnlichster Anruf?

Eine schwierige Frage, lassen Sie mich kurz nachdenken. Es sind nicht nur Betroffene und deren Angehörige, die sich an uns wenden. Bisweilen werden wir auch von Journalisten, die über neue oder wenig bekannte Therapieformen recherchieren, angesprochen. Erinnern kann ich mich auch an den Anruf eines Rechtsanwalts, der sich zu Fragen der Kostenübernahme für eine spezielle Therapie

erkundigte. Was mir besonders gut im Gedächtnis blieb, war ein Gespräch mit einem Betroffenen aus Seoul in Südkorea. Ein Deutscher den es beruflich dorthin verschlagen hat.

Rufen manchmal auch Frauen für ihre Männer und Kinder für ihre Väter an?

Ja, natürlich und gar nicht mal so selten. Häufig sind es Ehefrauen und Partnerinnen, die sich um ihre Männer sorgen. Auch Töchter und Söhne von Betroffenen sind immer wieder unter den Anrufern. In seltenen Fällen geschieht das auch ohne Wissen der Betroffenen. Bisweilen ist es anrührend mit wie viel Hingabe und Zuwendung sich Angehörige um ihre erkrankten Männer bzw. Väter kümmern.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Die zu Anfang verhalten geäußerte Skepsis von ärztlicher Seite wich einer überwiegend positiven Resonanz. Für die Zukunft wünsche ich mir, dass wir durch unsere gute, unabhängige Unterstützung Ratsuchender auch letzte Zweifler vom Nutzen der Beratungshotline überzeugen können.



Krebs ist eine Erkrankung der Gene. Tumorzellen unterscheiden sich von gesunden Zellen des menschlichen Körpers, durch ihre Fähigkeit, invasiv zu wachsen und zu metastasieren. Seit der Entdeckung der DNA in den 50er Jahren sind durch die anhaltende Forschung viele tumorspezifische genetische Faktoren identifiziert worden. So kann es durch genetische Veränderungen zur Aktivierung von tumorauslösenden Mechanismen oder zur Inaktivierung von tumorunterdrückenden Faktoren kommen. Die genetische Tumorforschung konzentrierte sich jedoch bisher nur auf einzelne dieser Veränderungen, die zudem nur in wenigen Tumoren untersucht wurden. Das liegt an den Methoden der Gendiagnostik, welche bisher sehr aufwendig und teuer waren und in der Regel nur an einzelnen Genen durchgeführt werden konnte. Mit Entwicklung der Gesamt-Genom-Sequenzierung hat die Wissenschaft ein Instrument, welches alle beim Menschen bekannten Gene in einem einzelnen Versuch analysiert. Nach erster Veröffentlichung der Sequenz eines menschlichen Genoms im Jahre 2000 hatten Wissenschaftler bereits das Ende

aller Krebserkrankungen innerhalb der nächsten zehn Jahre vorhergesagt. Es begann ein wahrer Boom der Krebsgenetik. Dass diese euphorischen Aussagen vor nahezu 13 Jahren zu optimistisch waren, wissen wir heute, leider! Ob die Entstehung und Progression von Tumorerkrankungen tatsächlich durch genetische Faktoren erklärt werden kann, soll im derzeit größten und ambitioniertesten Krebsforschungsprojekt der Welt – dem Internationalen Cancer Genom Consortium (ICGC) geklärt werden.

Das Internationale Cancer Genom Consortium



International
Cancer Genome
Consortium

Das ICGC wurde 2007 gegründet und hat sich zur Aufgabe gemacht

die Genome (DNA) der 50 wichtigsten Tumorarten komplett zu analysieren. Hierzu wird die DNA von mindestens 500 Tumoren der häufigsten und klinisch relevantesten Tumoren vollständig sequenziert (entschlüsselt), um auch genetische Veränderungen identifizieren zu können, die nur in einer

niedrigen Prozentzahl vorkommen. Das ICGC ist ein Zusammenschluss von mittlerweile 15 Ländern, welche zurzeit über 50 verschiedene Tumorarten untersuchen (www.ICGC.org). Das Besondere am ICGC ist, dass alle Ergebnisse gemeinnützig direkt in eine öffentliche Datenbank integriert werden und so jedem anderen Forscher unmittelbar zur Verfügung stehen. Es wird erwartet, dass das ICGC in ca. 5 Jahren seine Arbeit beendet hat, und dann werden über 25.000 verschiedene Tumorgenome zur Verfügung stehen.

Jeder Tumor ist genetisch individuell

Mittlerweile wurden im ICGC schon mehr als 4.000 verschiedene Tumoren analysiert und die ersten Metaanalysen dieser Tumoren wurden im Dezember 2012 auf der halbjährlich stattfindenden ICGC Konferenz vorgestellt. Dann zeigt sich, bei vielen Tumorarten, wie z.B. dem Ovarialkarzinom, dem Pankreaskarzinom oder dem Lungenkarzinom, können sehr viele, häufig mehrere tausend genetische Veränderungen pro Tumor festgestellt werden. Weiterhin ist bemerkenswert, dass nahezu keine dieser genetischen Veränderungen bei zwei Tumoren gleichzeitig vorkommen. Die ersten ICGC Daten bei soliden Tumoren zeigen bisher ein sehr uneinheitliches Bild, was bei diesen Tumoren bislang keine Rückschlüsse auf die tatsächliche genetische Ursache der Tumorentstehung zulässt. Vermutlich sind nur sehr wenige genetische Veränderungen, wie z.B. Mutationen, tatsächlich für die initiale Entstehung des Tumors verantwortlich. Diese Veränderungen nennen wir „driver mutations“, und viele genetische Veränderungen sekundär während der Tumorprogression entstehend „passenger mutations“. Die meisten soliden Tumoren, wie z.B. Lungen- oder Pankreaskarzinome, werden erst in einem klinisch weit fortgeschrittenen Stadium gefunden und einer Operation zugeführt. Somit ist die Analyse dieser Tumoren auf weit fortgeschrittene Fälle beschränkt, welche schon zahlreiche sekundäre Veränderungen angehäuft haben.

Das Prostatakarzinom im ICGC

Zum Prostatakarzinom gibt es im ICGC derzeit vier Projekte, welche aus Kanada, USA, England/Frankreich sowie Deutschland koordiniert werden. Das deutsche ICGC Prostatakarzinomkonsortium besteht aus einem Zusammenschluss der Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), dem Institut für Pathologie des UKE, dem Europäischen Molekularbiologischen Labor in Heidelberg, dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg sowie dem Max-Planck-Institut für molekulare Genetik in Berlin. Unser Konsortium hat es sich zum Ziel gemacht, mindestens 250 Genome von besonders jungen Patienten im Alter von unter 50 Jahren zu entschlüsseln. Wir haben uns gerade diese besondere Subgruppe von Prostatakarzinomen ausgesucht, da wir hier in der Regel besonders frühe Tumoren analysieren können, welche uns am ehesten einen Rückschluss auf die tatsächlichen Entstehungsursachen des Prostatakarzinoms geben. Weiterhin haben junge Patienten häufig eine familiäre Belastung, so dass wir hier auch Hinweise auf evtl. vererbte Faktoren des Prostatakarzinoms erhoffen.

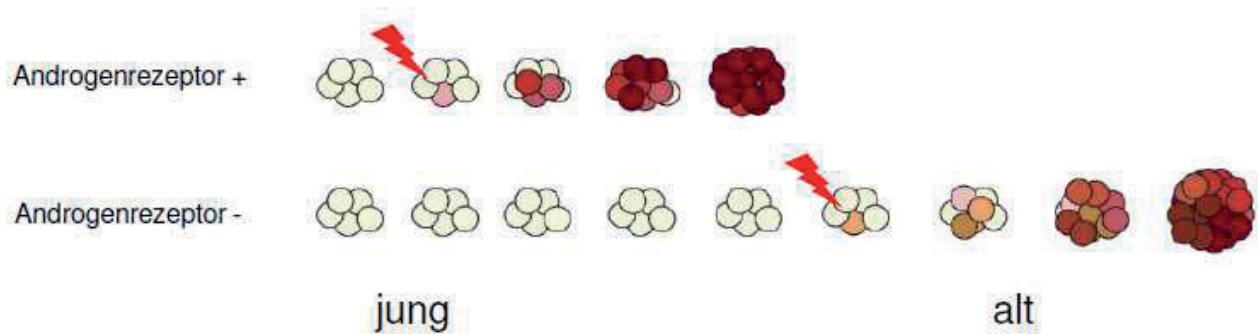
Das Prostatakarzinom zeichnet sich durch genetische Strukturfehler aus

Insgesamt konnten wir bisher über 40 frühe Prostatakarzinome komplett genetisch charakterisieren. Interessanterweise finden wir im Gegensatz zu anderen Tumoren nur sehr wenige Mutationen, im Schnitt ca. 40 pro Tumor. Das Prostatakarzinom ist im Gegensatz zu anderen Tumoren nicht durch Mutationen, sondern eher durch sog. strukturelle Variationen gekennzeichnet. Bei strukturellen genetischen Variationen handelt es sich quasi um Brüche im Genom. Durch diese Brüche kann es z.B. zu Verlust von genetischem Material kommen. Wenn in diesem Verlust z.B. ein Tumor unterdrückendes Gen lag, kann es zu einem Aktivitätsverlust des Tumor unterdrückenden Gens kommen. Weitere beim Prostatakarzinom sehr häufige strukturelle Variationen sind so genannte Genfusionen. Hierbei kommt es durch Umlagerungen im Genom zu einer Verschmelzung von zwei Genen. Ein Prototyp dieser Veränderung ist

die sog. TMPRSS2:ERG-Fusion. Durch einen Bruch auf Chromosom 21 kommt es zum Verschmelzen eines androgenabhängigen Gens (TMPRSS2),

Frischgewebe vorhanden sein muss. Die Herausforderung besteht nun in der klinischen Charakterisierung dieser genetischen Veränderungen. Hierfür

Altersabhängige Entstehungsmechanismen von Prostatakarzinomen



welches in der Zelle eigentlich keine kanzerogene Funktion hat, mit dem Transkriptionsfaktor ERG. Dieser ist eigentlich nur in der Embryonalphase angeschaltet und in der Erwachsenenprostata abgeschaltet. Durch Verschmelzung beider Gene kommt das Gen ERG unter die Androgenkontrolle des Gens TMPRSS2 und wird nun bei Testosteroneinwirkung auf die Zelle wieder abgelesen und es wird das ERG-Protein produziert. In der ersten Analyse von 11 frühen Prostatakarzinomen haben wir in 10 von 11 Fällen diese TMPRSS:ERG-Fusion gefunden. Insgesamt zeigten unsere Analysen ein sehr komplexes Bild von strukturellen Variationen, welche häufig balanciert sind. D.h., es ist zwar genetisches Material verschoben, die DNA ansonsten ist jedoch vollständig und es fehlen nur wenige Genabschnitte. Erstaunlich ist, auf der genetischen Ebene gleicht kein Tumor dem anderen.

Umsetzung der Ergebnisse der Genforschung in die klinische Praxis: Translationale Genomik

Wir müssen davon ausgehen, es gibt tausende verschiedene genetische Veränderungen, welche alleine mit der Sequenzierung nicht auf ihre klinische Relevanz hin untersucht werden können. Bei den ICGC-Untersuchungen handelt es sich um meist fortgeschrittene Tumore, zu denen es in der Regel keine Langzeit-Verlaufsdaten gibt, da für die Sequenzierung hoch qualitative DNA und RNA aus

ist die Analyse von tausenden bis zehntausenden Tumoren mit charakterisierten Langzeitverlaufsdaten notwendig. Wir haben am UKE bereits im Jahr 1992 mit der Erfassung der Langzeitverlaufsdaten bei Prostatakarzinompatienten begonnen und unsere Datenbank besteht mittlerweile aus über 25.000 Patienten mit umfangreichen Langzeit-Informationen. Von über 11.000 dieser Patienten haben wir einen Gewebechip (Tissue-Microarray) hergestellt. Hierbei wird von jedem Tumor ein kleines charakteristisches Areal auf einem Gewebestück integriert. Zu jedem Patienten sind alle umfangreichen Langzeitdaten gespeichert. Weiterhin umfasst unsere molekulare Datenbank Daten von über 60 verschiedenen molekularen Parametern. In unserem ICGC-Projekt benutzen wir diese einzigartige Plattform, um genetische Veränderungen, die wir in wenigen Tumoren bei der Sequenzierung identifizieren, auf ihre klinische und biologische Relevanz an über 11.000 Patienten zu untersuchen. Das haben wir auch bei den oben bereits angesprochenen strukturellen Genveränderungen getan, welche wir überdurchschnittlich häufig bei den jungen Patienten gefunden haben. Wir konnten zeigen, die androgenabhängigen Fusionen kommen bei ca. 90 % der jungen Männer unter 50 Jahren vor und nehmen stetig mit dem Alter ab bis auf eine Frequenz von unter 30 % bei den über 75 Jährigen. Weiterhin konnten wir zeigen, diese Fusionen korrelieren signifikant mit der Aktivität des

Testosteronrezeptors in der Zelle. Wir schließen daraus, höhere Testosteronwirkung, welche mit dem Alter abnimmt, begünstigt bei jungen Männern die Entstehung der Genfusionen. Die Tumore älterer Männer sind hingegen durch eine Anreicherung von nicht-androgenabhängigen genetischen Veränderungen charakterisiert. Die Studienergebnisse wurden im Februar 2013 in Cancer Cell veröffentlicht.

Ausblick in die Zukunft: Individualisierte Medizin

Mit der wachsenden Anzahl von komplett genetisch analysierten Tumoren erhoffen wir uns ein umfangreiches Bild (molekularer Katalog) beim Prostatakarzinom relevanter genetischer Veränderungen erstellen zu können. Durch Vergleich dieser Daten mit unserer umfangreichen Gewebekbank denken wir in kürzester Zeit eine molekulare Klassifizierung

des Prostatakarzinoms erstellen zu können. Unsere Vorstellung ist, in Zukunft Prostatakarzinome nicht mehr nur hinsichtlich ihrer klinisch-pathologischen Eigenschaften, wie z.B. Gleason-Grad, PSA-Wert und Tumorstadium zu charakterisieren, sondern gerade vor geplanter Therapie ein noch genaueres Bild über die Tumorbiologie zeichnen zu können, um Patienten auch hinsichtlich einer z.B. Aktiven Überwachungs-Strategie besser beraten zu können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Thorsten Schlomm
Martini-Klinik, Prostatakarzinomzentrum
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistrasse 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 7410-51300
Fax: 040 7410-51323
E-Mail: tschlomm@uke.uni-hamburg.de

Politik reagiert

Hygienebehälter in Herrentoiletten werden Pflicht



Red. (mk): Die Politik hat die Notwendigkeit der Bereitstellung von Hygienebehältern in Herrentoiletten aufgegriffen. Bei der Überarbeitung der Arbeitsstättenregelung „Sanitärräume“ wurde die Verpflichtung aufgenommen, mindestens einen Hygienebehälter in einer gekennzeichneten Toilettenzelle in von Männern genutzten Toilettenräumen zur Verfügung zu stellen. Die offizielle Bekanntgabe erfolgte im Gemeinsamen Ministerialblatt* im August 2013 (GMBI, S. 924, § 5.4. (1.).

Mehrere Millionen Männer leiden unter unwillkürlichem Harnverlust. Sie müssen Vorlagen tragen. Eine sichere, diskrete Entsorgung außerhalb ihrer Wohnung ist nur schwerlich möglich wegen fehlender Hygienebehälter in Herrentoiletten. Das beeinträchtigt ihre Teilnahme am sozialen Leben, ihre Lebensqualität.

Im Interesse der Männer mit Harninkontinenz unterstützt der BPS seit drei Jahren das von Ludger Schnorrenberg 2010 in Rheine initiierte Projekt „Hygienebehälter in Herrentoiletten“. Bei der Umsetzung wird Ludger Schnorrenberg von Oskar Blum unterstützt.

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hotel und Gaststättenverband e.V. wurden Hotels und Gaststätten motiviert, in Herrentoiletten Hygienebehälter aufzustellen. Krankenhäuser und Behörden haben sich der Initiative angeschlossen.

Es ist dem nicht nachlassenden Engagement der Projektverantwortlichen zu verdanken, dass eine bundesweite Ausstattung der Herrentoiletten mit Hygienebehältern in allen öffentlichen Gebäuden und Institutionen, Gaststätten, Krankenanstalten etc. zügig umgesetzt werden wird.

Weitere Informationen zur Initiative finden Sie unter www.hygienebehaelter-herrentoiletten.de.

* (GMBI = amtliches Bekanntmachungsorgan der deutschen Bundesregierung und der Bundesministerien, vom Bundesministerium des Innern herausgegeben)

PREFERE – Der Weg zur Studienteilnahme

Von Prof. Dr. med. Michael Stöckle¹, Dr. med. Antje Gottberg², Prof. Dr. med. Thomas Wiegel³

Von der Idee bis zur ausgearbeiteten Studie – der BPS zählt bereits von Beginn an zu den Unterstützern und Mitgestaltern der PREFERE-Studie. Dieses große wissenschaftliche Projekt hat zum Ziel, die vier wichtigsten Behandlungsarten beim frühen Prostatakarzinom vergleichend zu untersuchen: die Operation, die Bestrahlung, die so genannte Brachytherapie und die aktive Beobachtung. Der offizielle Start der Studie im Januar 2013 hat ein großes Medieninteresse hervorgerufen. Seitdem wenden sich immer wieder betroffene Männer an die Vertreter der Prostatakrebs-Selbsthilfe, weil sie mehr über die Teilnahme an der Studie wissen möchten. Die wichtigsten Informationen zum „Einstieg“ sind daher im Folgenden nochmal zusammengestellt.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Die Teilnehmer dürfen **höchstens 75 Jahre** alt sein. Ganz wichtig dabei ist, dass der Krebs sozusagen „gerade erst“ festgestellt worden ist. Das bedeutet: zwischen Diagnose und der Einschreibung in die Studie dürfen **maximal drei Monate** liegen. Das ist deshalb wichtig, damit die Behandlungsergebnisse aller Patienten später auch wirklich verglichen werden können. Alle Teilnehmer sollen in Bezug auf den Therapieverlauf also denselben Startpunkt haben. Es darf zudem **noch keine Behandlung** des Prostatakrebses erfolgt sein. Es sollen ja vier bestimmte Behandlungsarten untersucht werden. Wenn der Studienteilnehmer zuvor schon eine andere Behandlung begonnen hat, könnten die Wissenschaftler bei der Auswertung der Studie nicht sicher sein, ob nicht diese andere Behandlung einen Einfluss auf das Ergebnis der eigentlichen Studienbehandlung gehabt hat.

Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Zunächst ist es wichtig, dass es sich um einen Prostatakrebs in einem **frühen Stadium** handelt. Das bedeutet, dass der Tumor tatsächlich ausschließlich in der Prostata wächst und sich noch nicht auf andere Gewebe in der Umgebung ausgebreitet hat. Die Tumorzellen selbst müssen ebenfalls be-

stimmte Eigenschaften aufweisen. Diese werden in der feingeweblichen Untersuchung bestimmt, die ein Pathologe an Gewebeproben durchführt. Unter anderem wird hier der so genannte „**Gleason-Wert**“ ermittelt. Er ist ein Maß für die Ähnlichkeit der Tumorzellen mit dem gesunden Gewebe und beschreibt das Risiko, dass der Tumor bösartig weiterwächst. An der PREFERE-Studie können Männer teilnehmen, wenn ihre Tumorzellen einen niedrigen Gleason-Wert (maximal „7a“) haben und damit also ein vergleichbar **geringes Ausbreitungsrisiko**. Darüber hinaus gibt es noch **verschiedene andere Eigenschaften**, die der Tumor haben muss und die der Arzt bei der Feststellung der Erkrankung beschreibt. Wichtig ist dies deshalb, weil der Patient zumindest in der Theorie für alle vier Behandlungsarten gleichermaßen geeignet sein muss, auch wenn je Patient natürlich nur eine davon zur Anwendung kommt. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass die Studienteilnehmer tatsächlich von Beginn an vergleichbar sind. Dies ist eine der Hauptvoraussetzungen, um später die Ergebnisse der verschiedenen Studienbehandlungen miteinander zu vergleichen.

Was sind die ersten Schritte für interessierte Patienten?

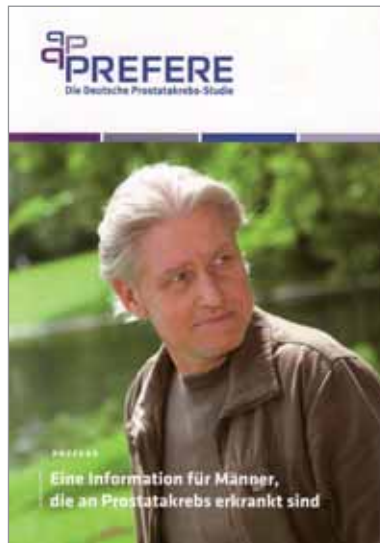
Wer Interesse an der Studienteilnahme hat, sollte zunächst **seinen Urologen**, der ja die Erkrankung festgestellt hat, um **Informationsmaterial** bitten. Grundsätzlich sind alle niedergelassenen Urologen in Deutschland über die Studie informiert. Sie geben auch die eigens für die Studie hergestellten Informationsmaterialien aus. Dies sind insbesondere eine **DVD und eine begleitende, ausführliche Aufklärungsbroschüre**. Ein Spielfilm auf der DVD erklärt die Studie anhand eines betroffenen Mannes. Dies verpflichtet zunächst zu nichts, aber er lernt, worum es in der Studie geht und wie sie abläuft. Wer mag, kann sich den Film auch im Internet (www.prefere.de) ansehen bzw. die Broschüre von der Studienwebseite herunterladen.

Der Weg in die Studienklinik

Der Urologe sucht gemeinsam mit dem Patienten eine **geeignete Studienklinik** aus. Dies ist möglicherweise nicht das nächstgelegene Krankenhaus. Ein Krankenhaus, welches bei PREFERE mitmachen möchte, muss strenge **Qualitäts-Anforderungen** erfüllen. Die Organisatoren haben aber dafür gesorgt, dass die Studienkliniken in ausreichender Zahl in Deutschland verteilt sind. Durch die Studienklinik wird nochmals überprüft, ob alle medizinischen und sonstigen Teilnahmevoraussetzungen für PREFERE erfüllt sind. Ein **spezialisierte Pathologe** prüft durch eine zweite mikroskopische Untersuchung der Gewebeproben, die ursprüngliche Diagnose. Dazu lässt der Studienpathologe sich die Proben vom ersten Untersucher schicken. Es muss also **keine neue Stanzbiopsie** gemacht werden. Die eigentlichen Formalitäten zur Studienteilnahme finden dann an der Studienklinik statt. Dies sind vor allem die weitere Aufklärung über den Studienablauf, die Rechte als Teilnehmer sowie das Unterschreiben der Einwilligungserklärung.

Wie verläuft die Nachsorge?

Nach der eigentlichen Behandlung an der Studienklinik führt in der Regel der **niedergelassene Urologe** die weiteren Nachsorgeuntersuchungen durch. Der Urologe sendet seine Untersuchungsergebnisse an die jeweilige Studienklinik. Durch die Teilnahme an der Studie sollte kein oder nur ein geringer zusätzlicher Aufwand für den Patienten entstehen. Die Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen entspricht dem **üblichen Schema der Regelversorgung**, welches auch für Nicht-Studienpatienten gültig ist: im 1. Jahr 3x, bis Ende des dritten Jahres halbjährlich und danach einmal jährlich. Jeder Patient soll über einen Zeitraum von 13 Jahren nach seinem Studieneintritt nachbeobachtet werden – das ist bisher einzigartig in Deutschland. In Ein- bzw. später



Mehrjahresabständen werden die Studienteilnehmer außerdem gebeten, **Fragebögen** auszufüllen. Darin geht es vor allem um ihre **Lebensqualität** und ihr Befinden.

Rechte als Studienteilnehmer

Als Studienteilnehmer kann jeder Patient davon ausgehen, dass er eine Behandlung erfährt, die dem Standard der **aktuell gültigen Behandlungsleitlinien** entspricht. Dies schließt auch eine **ausführliche Aufklärung** durch den niedergelassenen Urologen

sowie die Studienklinik mit ein. Jede Klinik, die an der Studie teilnehmen möchte, muss **umfangreiche Qualitätsanforderungen** erfüllen. Aber auch wenn der Patient für die Studienteilnahme unterschrieben hat und später doch nicht mehr mitmachen möchte, hat er jederzeit das Recht, diese Einwilligung ohne Begründung zu widerrufen. Sein Urologe wird ihn selbstverständlich trotzdem so weiterbehandeln, wie es dem aktuellen Standard entspricht.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.prefere.de

- 1 Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Homburg/Saar
- 2 GKV-Spitzenverband, Abteilung Medizin, Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
- 3 Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm

Die PREFERE-Studie wird gefördert von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Die PREFERE-Studie wird unterstützt von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dem Berufsverband Deutscher Urologen, der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.



V. l. Prof. Dr. O. Wiestler, Dr. h. c. F. Pleitgen, Prof. Dr. Stöckle, H.-P. Krämer, G. Nettekoven

Engagierter Kampf gegen Prostatakrebs

Deutsche Krebshilfe stellt Geschäftsbericht 2012 vor.

Red. (mk): Für die Deutsche Krebshilfe (DKH) war der Prostatakrebs eines der Schwerpunktthemen im Geschäftsjahr 2012. Das Ziel der zahlreichen im vergangenen Jahr bewilligten Projekte sei es, Wissenslücken zu schließen und die Prostatakrebsforschung voranzubringen, so Hans-Peter Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe.

„Das Prostatakarzinom ist mit Abstand die häufigste Krebserkrankung des Mannes“, erläuterte Professor Dr. Michael Stöckle, Mitglied im Fachausschuss „Krebs-Früherkennung“ der DKH. Mit der im Januar 2013 offiziell vorgestellten PREFERE-Studie wird erstmals ein Forschungsvorhaben gemeinsam von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen sowie privaten Krankenversicherungen finanziert.

Ein wissenschaftliches Verbundprojekt untersucht derzeit individuelle Basis-PSA-Werte. Statt eines generellen Screenings soll zukünftig ein risikoadaptiertes PSA-Screening Männer herausfiltern, die ein hohes Risiko haben, in späteren Lebensjahren an Prostatakrebs zu erkranken. Alleine für dieses

Projekt stellte die DKH im Geschäftsjahr 2012 rund 4,7 Millionen Euro bereit. Dies sind nur zwei Beispiele für die vielfältigen Projekte mit denen die Deutsche Krebshilfe im vergangenen Jahr die Früherkennung und Therapie bei Prostatakrebs gefördert hat. Insgesamt bewilligte die DKH im Jahr 2012 hierfür 15,5 Millionen Euro.

Professor Dr. Otmar D. Wiestler, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Krebshilfe, erklärte: „Unsere Organisation ist der größte private Drittmittelgeber auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung in Deutschland. Bei allen unseren Aktivitäten haben wir immer die Belange der Betroffenen im Auge. So werden beispielsweise alle an die Deutsche Krebshilfe herangetragenen Forschungsprojekte stets dahingehend geprüft, ob die Forschungsergebnisse auch rasch den Krebspatienten zugutekommen können.“

Quelle: Deutsche Krebshilfe. Juli 2013

Patienten fragen – Mediziner antworten

Red. (mk): Seit Heft 3/2011 des BPS-Magazins beantworten Ärzte Fragen von Patienten zur Diagnose und Therapie des Prostatakrebses. Diese Empfehlungen beruhen auf den zur Verfügung gestellten Informationen und ersetzen nicht das Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Ihre Fragen können Sie per Brief oder Fax an die BPS-Geschäftsstelle in Bonn senden, oder per E-Mail an Günter Feick: guenter.feick@prostatakrebs-bps.de.

Patient I

Nach 20 Jahren Beobachtendes Abwarten von PSA 4,5 bis 13,5 ng/ml in 8/2011. Biopsie: 7 von 12 Stanzen positiv, gering differenziertes, azinäres Adenokarzinom, G3, lokalisiert in beiden Prostata-lappen, Gleason-Wert 7b (4+3/70+30%), partielle neuroendokrine Differenzierung im undifferenzierten soliden Teil.

- 9/2011 bis 3/2012 Androgenentzug mit zwei 3-Monatsspritzen Trenantone und 9/2011 bis 6/2012 mit Bicalutamid. Danach Laborwerte: PSA 0,02 ng/ml, T. 0 ng/dl, CGA 56 ng/l, NSE 13,5 ng/l.
- 2/2012 TURP wg. geplanter HIFU: Restprostata 3,5 bis 4,0 ml.
- Pause Hormontherapie bis 12/2012 (6 Mon.) wg. HIFU, diese nicht durchgeführt wegen Enddarmprobleme.
- Bei PSA 3,14 ng/ml Therapie nur mit Bicalutamid von 1/2013 bis 4/2013
- Danach Laborwerte: PSA 1,2 ng/ml, T. 165 ng/dl, CGA 60 ng/l, NSE 11,6 ng/l.
- Behandlung abgebrochen wg. schwer erträglicher NW (starke Hitzewallungen, schmerzhaftes Gynäkomastie, Gewichtszunahme, Hypotonie).
- Bildgebende U.: CT (1/2013), Kontrast-MRT und Skelettszintigraphie (11/2011), jeweils o. B.

Wie kann intermittierende Hormontherapie fortgesetzt werden unter Berücksichtigung der NW, insbesondere Vermeidung einer weiteren Brustvergrößerung, die besonders bei alleinigem Einsatz von Bicalutamid wesentlich stärker wurde?



Aus unserem Experten-gremium antwortet PD Dr. med. Carsten Ohlmann, Ltd. Oberarzt, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universität des Saarlandes:

Die alleinige Therapie mit einem Antiandrogen wie Bicalutamid wird normalerweise nicht intermittierend durchgeführt, kann aber in Einzelfällen erwogen werden. Die Nebenwirkungen einer Monotherapie mit Antiandrogenen wie Bicalutamid umfassen u.a. wie geschildert die Entstehung einer Brustvergrößerung, die zeitweise auch schmerzhaft sein kann. Daher ist vor Einleitung einer Therapie eine prophylaktische Bestrahlung der Brustdrüsen mit (12–15 Gy) oder eine Therapie mit Tamoxifen (20 mg) sinnvoll. Alternativ zur Monotherapie mit Bicalutamid kann eine klassische intermittierende Hormontherapie mit einem LHRH-Analogen +/- einem Antiandrogen erfolgen. Hierbei sind jedoch die Nebenwirkungen zu beachten, die in dem vorgestellten Fall sehr ausgeprägt scheinen und daher nicht unbedingt für eine Kombinationstherapie sprechen. Auch kann die Durchführung einer chirurgischen Kastration in diesem Fall eine sinnvolle Alternative darstellen. In Anbetracht des Alters des Patienten ist – in Unkenntnis weiterer Informationen zum Gesundheitszustand – auch die Fortführung des Beobachtenden Abwartens zur diskutieren. Erst bei Auftreten von Beschwerden durch das lokale Tumorwachstum oder Fernmetastasen kann dann eine weitere Therapie erfolgen. Alternativ sollte auch eine lokale Therapie, z.B. als externe Bestrahlung, zur Kontrolle des lokalen Tumorwachstums in Betracht gezogen werden. Hier-nach wäre es möglich, auf eine weitere Hormonentzugstherapie zunächst zu verzichten.

Patient II

PCA-Historie: Entsprechend den vorliegenden Unterlagen wurde im August 2001 ein Adenokarzinom der Prostata diagnostiziert, welches vermeintlich organbegrenzt war. Zum damaligen Zeitpunkt wurde eine antihormonelle Therapie bis einschließlich November 2004 initiiert. Danach erfolgte die 3-fach Hormonblockade mit einem LHRH-Analogon, Bicalutamid und Avodart bis 2011. Die Therapie wurde dann über 1 Jahr ausgesetzt. Angaben über die PSA-Entwicklung von 2001 bis 2011 liegen leider nicht vor. Im September 2012 zeigte sich eine PSA-Serumkonzentration von 12,3ng/ml, im Mai 2013 ohne weitere Therapie eine PSA-Serumkonzentration von 12,8ng/ml.

Am 25.09.2012 wurde eine F-18-Cholin-PET/CT Diagnostik durchgeführt. Zum damaligen Zeitpunkt zeigte sich der Verdacht auf eine Lymphknotenmetastase im Bereich des Retroperitoneums sowie 2 weitere zumindest suspekta Lymphknotenbefunde im Bereich der paratrachealen Region. Die Computertomographie korreliert lediglich im Bereich des Retroperitoneums mit den beschriebenen Lymphknotenveränderungen.



Aus unserem Expertengremium antwortet Prof. Dr. med. Axel Heidenreich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie, RWTH Aachen:

Aufgrund der vorliegenden Befunde zeigt sich beim Patienten derzeit bei stabilen, aber deutlich erhöhten PSA-Serumwerten der Verdacht auf das Vorliegen einer Lymphknotenmetastasierung im Retroperitoneum (hinterer Bauchraum). Das Cholin-PET/CT ist mittlerweile nahezu 1 Jahr alt, die PSA-Serumwerte liegen derzeit jedoch ohne eine weitergehende Therapie im stabilen Bereich. Deshalb ist es nicht zu erwarten, dass sich eine deutliche Veränderung der Metas-

tasierungssituation seit Durchführung des Cholin-PET/CT im September des vergangenen Jahres ergeben wird.

Nachdem nur im retroperitonealen Bereich der Verdacht auf eine Lymphknotenmetastasierung valide (gesichert) geäußert wird, kann an Therapieoptionen eine operative Behandlung im Sinne der retroperitonealen Lymphadenektomie oder eine systemische Behandlung im Sinne der Androgen-deprivation eingeleitet werden.

Der Hintergrund der Durchführung einer beidseitigen retroperitonealen Lymphknotenentfernung liegt in der Tatsache begründet, dass wir aus eigenen Erfahrungen aber auch aus Erfahrungen und Daten in der Literatur bei ca. 40% der Patienten trotz minimaler Metastasierung im Cholin-PET/CT der weitere Metastasen im retroperitonealen Verlauf detektieren. Es ist somit unbedingt notwendig, das gesamte retroperitoneale Lymphknotenfeld von möglicherweise betroffenen und ehemals mit der Prostata in Verbindung stehenden Lymphabflusswegen und Lymphknoten zu säubern. Diesbezüglich ist auch die perkutane Bestrahlungstherapie als Behandlungsalternative nicht optimal, nachdem das Bestrahlungsfeld sich auf beiden Seiten des hinteren Bauchraumes von den Nierengefäßen und bis zur Harnblase ausdehnen müsste. Nach durchgeführter retroperitonealer Lymphadenektomie ist bei ca. 40% der Patienten damit zu rechnen, dass auch über ein Zeitintervall von 3-4 Jahren kein weiteres PSA-Rezidiv mehr auftritt.

Als weitere therapeutische Alternative wäre die Einleitung einer Hormontherapie mit LHRH-Analoga anzusehen. Die medikamentöse Therapie wird zunächst über einen Zeitraum von 9 Monaten begonnen. In Abhängigkeit des PSA-Serumwertes wäre dann zu entscheiden, ob eine intermittierende Hormontherapie eingeleitet werden kann und die Behandlung zunächst unterbrochen wird. Als Indikation zur Einleitung einer intermittierenden Hormontherapie wäre der Abfall des PSA-Serumwertes auf < 0,4ng/ml zu benennen.

3-D-Präzisionsbestrahlung kann mehrere Tumoren auf einmal behandeln

Von Professor Dr. Wolfgang Mohnike,
Dr. Matthias Lampe, Dr. Hendrik Herm



Die Strahlentherapie ist heute ein weites Feld: Dem Patienten stehen so viele Möglichkeiten mit immer neuen Funktionen zur Verfügung, dass er kaum noch zwischen ihnen differenzieren kann. Wichtig für jeden Patienten ist sicherlich höchste Präzision während der Bestrahlung bei einer möglichst geringen Belastung – seien es nun zeitlicher Aufwand, Begleiterscheinungen oder Kosten. Jede Sorge weniger trägt zu einer stabileren gesundheitlichen Verfassung bei.

An dieser Stelle soll die Methode der TomoTherapy HD dargestellt werden, um einen Eindruck zu gewinnen vom heutigen Potenzial moderner Strahlentherapie.

Kriterien der bildgeführten Strahlentherapie

Die bildgeführte Strahlentherapie ist prinzipiell anhand der folgenden Kriterien von nicht-bildgeführten Therapien wie zum Beispiel der 3D-konformen Strahlentherapie (3D-CRT) oder der intensitätsmodulierten Strahlentherapie (IMRT) zu unterscheiden:

- a) Präzisionsplanung mittels einer integrierten Bildgebung
- b) Invasives/nichtinvasives Verfahren
- c) Behandlungszeit
- d) Mögliche Indikationen
- e) 360°-Rotation
- f) Stereotaxie
- g) Kassenärztliche Abrechnung

a) Präzisionsplanung mittels einer integrierten Bildgebung

Während in den meisten Strahlentherapiegeräten ein Röntgengerät integriert ist, wurde bei der TomoTherapy HD eine Niedrigdosis-CT („Low-dose“-CT) eingebaut. Mithilfe der Niedrigdosis-CT kann sogar noch unmittelbar vor der Behandlung auf aktuelle Änderungen der Tumorgroße reagiert werden. Damit werden die Therapie jederzeit individuell angepasst und bei einer Verkleinerung des Zielvolumens auch die Nebenwirkungen reduziert. Integrierte Röntgengeräte stellen hingegen die Knochenstrukturen dar. Eine nachträgliche individuelle Anpassung des zu bestrahlenden Gebiets ist damit nicht möglich.

b) Invasives/nichtinvasives Verfahren

Während viele Geräte oft metallene Marker bzw. Clips (sog. Seeds) benötigen, die mittels örtlicher Betäubung operativ mit entsprechenden Risiken und Nebenwirkungen eingebracht werden müssen, kann die Niedrigdosis-CT in der TomoTherapy HD das Zielvolumen nichtinvasiv sicher lokalisieren. Weiterhin verbleiben die Clips nach der Behandlung im Körper, so dass spätere Kontrolluntersuchungen mit der CT Bildartefakte verursachen. Diese Störungen treten bei der TomoTherapy HD nicht auf.

c) Behandlungszeit

In den letzten Jahren wurde die Strahlentherapie stetig verbessert, so dass die Behandlungszeit deutlich verkürzt werden konnte. Bei der TomoTherapy HD muss der Patient heute nur noch etwa 5 bis 15 Min. im Gerät verbleiben – eine deutlich geringere Belastung für den Patienten als bei älteren Geräten.

d) Mögliche Indikationen

Mit der HD-Technik (= helikal und direkt) im TomoTherapy-Gerät und dem automatischen Vorschub der Patientenliege kann die Behandlung aller Krebsarten bei zugleich kurzen Behandlungszeiten abgedeckt werden, d.h. von kleinsten Strukturen wie Hirnmetastasen bis hin zu großen Zielvolumina. Auch die Bestrahlung mehrerer Organe in einem Behandlungsdurchgang ist so möglich. Da sowohl bei älteren Gerätegenerationen der TomoTherapy als auch bei anderen Strahlentherapiegeräten diese HD-Technik nicht integriert ist, kann mit ihnen immer nur ein Organ in einem Durchgang behandelt werden; die Indikationen beschränken sich oft auf Kopf/Hirn, Lunge, Leber oder Prostata.



e) 360°-Rotation

Die diagnostische Bildgebung wie CT oder PET arbeitet bereits seit vielen Jahren mit der 360°-Rotation, um jeden Winkel des gesamten Körpers in die Diagnostik einzubeziehen. Die TomoTherapy HD hat sich diesen Vorteil zunutze gemacht und sieht daher z.B. einem Computertomografen sehr ähnlich. Neben der 360°-Rotation kann die TomoTherapy HD zusätzlich Geschwindigkeit, Strahlendosis, Feldgröße und form kontinuierlich anpassen, was eine dreidimensionale Bestrahlung des Tumors bei gleichzeitiger Berücksichtigung des umliegenden gesunden Gewebes gestattet. Durch

die sichere Abgrenzung werden Risikoorgane wie Hirnstamm, Rückenmark und Herz optimal geschont, wodurch sogar eine Nachbestrahlung möglich wird. Andere Geräte müssen oft viele Punkte ansteuern, um die gewünschte Dosis zu applizieren. Dies verursacht lange Behandlungszeiten, die vor allem von krebserkrankten Patienten nur schwer zu bewältigen sind.

f) Stereotaxie

Mit der Stereotaxie ist eine punktgenaue bildgeführte Strahlentherapie mit chirurgischer Präzision möglich (Radiochirurgie). Sie ist insbesondere bei kleinen und auch inoperablen Tumoren eine ideale Alternative zur OP mit kurzen Behandlungszeiten. Wichtige Indikationen der Stereotaxie mit TomoTherapy HD sind Hirntumoren, Akustikusneurinome (Vestibularisschwannome), Meningeome und Wirbelsäulentumoren. Andere moderne Geräte können heutzutage ebenfalls eine wirkungsvolle Stereotaxie durchführen, die jedoch oft mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden ist.

g) Kassenärztliche Abrechnung

Die Behandlung mit der TomoTherapy HD wird für alle Patienten von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen bezahlt. Der Patient benötigt lediglich einen regulären Überweisungsschein. Dagegen ist die Therapie mit anderen Geräten leider häufig keine Kassenleistung und wird weder im EBM-Katalog für gesetzlich Versicherte noch in der GOÄ für privat Versicherte abgebildet. Viele Patienten müssen daher die hohen Kosten selbst tragen.

Zusammenfassung

Die TomoTherapy unterscheidet sich in der Reihe der Linearbeschleuniger durch ihre höhere Präzision. Auch die TomoTherapy erlaubt ebenfalls eine IMRT, kann sich hier aber – von der klassischen IMRT anderer Geräte durch die Genauigkeit behaupten. Folgende technische Parameter liegen der Methode zugrunde:

Unerreichte geometrische Präzision

- Ring-Gantry, Isozentrumsgenauigkeit < 0,5 mm
- sehr genaue Tischsteuerung (Tischplattenneigung wird rechnerisch berücksichtigt)
- binärer Multilamellen-Kollimator MLC, Lamellenbreite 0,61 cm, < 0,5 % Leakage, 50 ms Reaktionszeit)
- höchste Konformität ohne Keilfilter, ohne Kompensatoren, ohne Kollimatorumdrehung, ohne Tischverschiebung und ohne Elektronen

Flexibilität

- Bestrahlungsvolumina von 0,5 x 1 cm Durchmesser bis 40 x 160 cm Durchmesser
- Bestrahlung von mehreren isolierten oder verbundenen Zielvolumina (z.B. bei Knochenmetastasen)
- Integrierte Bestrahlung mehrerer Zielvolumina (z.B. simultaner integrierter Boost) in unterschiedlichen Dosiszeitmustern
- Ganzkörperbestrahlung
- Bestrahlung der Neuroachse
- Stereotaktische Bestrahlung

Bildgeführte Bestrahlung

- Integration mit Bestrahlungsplanung
- keine Artefakte durch Megavolt-Computertomografie(MV-CT) im Vergleich zu Kilovolt-Computertomografie (kV-CT)
- Lagerungskorrekturen teilweise rechnerisch
- bewegliche Laser

- bildgeführte Bestrahlung durch integriertes CT in hervorragender Weise möglich,
- adaptive Radiotherapie durch neue Software möglich

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e.V. zur TomoTherapy

Die „TomoTherapy“ ist eine Strahlentherapie mit einem Linearbeschleuniger mit 6 MV Photonenstrahlung. Durch eine neue technische Umsetzung bietet die TomoTherapy neue und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten.

Das TomoTherapy-Gerät erlaubt durch einen Lamellenkollimator ebenfalls eine IMRT, allerdings mit einem noch zusätzlich gesteigerten logistischen und zeitlichen Aufwand durch die tägliche Kontrolle des Zielvolumens mit der integrierten CT-Bildgebung. Dadurch entsteht ein noch größerer Aufwand als bei der IMRT. Auch für die TomoTherapy gilt, dass sie sich nicht grundsätzlich von der Strahlenbehandlung mit einem Linearbeschleuniger unterscheidet, sondern nur durch eine im Vergleich zur IMRT höhere Präzision.

Korrespondenzadresse

DTZ am Frankfurter Tor (MVZ)
Prof. Dr. med. Wolfgang Mohnike
Dr. med. Matthias Lampe und
Dr. med. Hendrik Herm
Kadiner Str. 23
10243 Berlin
Tel.: 030 293697-597
E-Mail: strahlentherapie@berlin-dtz.de

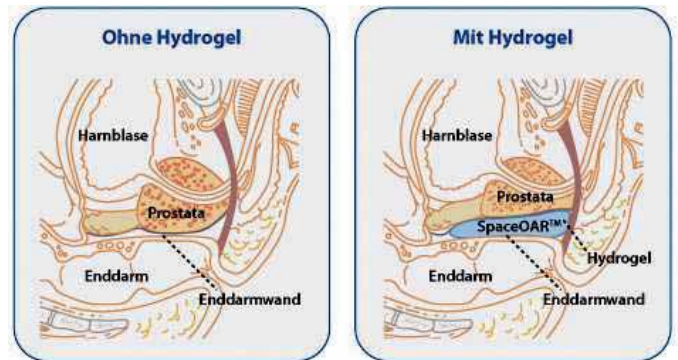
Schonung des Rektums bei Strahlentherapie möglich

Red. (rrd): Eine der beiden am häufigsten gewählten Behandlungsmethoden bei Prostatakrebs ist die Strahlentherapie, die entweder in Form einer Brachytherapie oder einer externen Strahlentherapie durchgeführt wird. Obwohl die Strahlentherapie vergleichbare Behandlungsergebnisse zeigt wie das operative Entfernen der Prostata (die Prostatektomie), birgt die Schädigung des Rektums durch die Bestrahlung (strahleninduzierte Proktitis) ein Risiko,

da sich das Rektum unmittelbar hinter der Prostata und in nur wenigen Millimetern Abstand zu ihr befindet. Die durch Strahlen ausgelöste Schädigung des Rektums kann zu Diarrhoe, rektalem Druck, zu Schleimproduktion und zu Blutungen führen, wobei es sechs bis zwölf Monate bis zum Auftreten dieser Symptome dauern kann. Die Symptome können jedoch zu jedem Zeitpunkt bis zu 30 Jahren nach der Bestrahlungstherapie auftreten.

Eine aufkommende Strategie zur Minderung dieser rektalen Schädigung ist die Platzierung eines Abstandhalters zwischen diesen beiden Strukturen, wodurch das Rektum auf wirkungsvolle Art und Weise auf Abstand zum hochdosierten Strahlenfeld gehalten wird.

Forschern war es möglich, diese Abstände herzustellen, indem sie verschiedene Materialien in den Raum zwischen der Prostata und dem Rektum platzierten. Die Injektion von Hyaluronsäure in den Raum zwischen Prostata und Rektum führte zu einem zusätzlichen Abstand von mehr als 1 cm, ohne dass es zu Beschwerden wie Tenesmen (beständigem heftigem Stuhldrang) oder dem Gefühl einer rektalen Füllung kam. Bei Patienten, die mit Hyaluronsäure behandelt worden waren, lagen bei proktoskopischen Untersuchungen ein deutlich geringeres Auftreten rektaler Schleimhautbeschädigungen (5% vs. 36%) und keine makroskopischen rektalen Blutungen (0% vs. 12%) im Vergleich zu Patienten vor, die keinen Abstandhalter aus Hyaluronsäure hatten. Eine ähnliche Studie wurde mittels Collageninjektionen in den gleichen Raum durchgeführt. Mit dieser Methode schuf man einen Raum von durchschnittlich 1,1 cm zwischen der Prostata und dem anteriorem (vorderem) Rektum, was zu einer mehr als 50-prozentigen Minderung der rektalen Strahlungsdosis während der Strahlentherapie an der Prostata führte. Forscher bewerteten einen absorbierbaren Ballon, der in den Raum zwischen Prostata und Rektum eingesetzt wurde, und ermittelten einen beinahe 2 cm großen Raum mit einer errechneten Reduktion der rektalen Bestrahlung. Untersuchungen, innerhalb einer europäischen Multicenterstudie, von in gleichem Raum injiziertem, absorbierbarem Hydrogel, resultierten in einem zusätzlichen Raum von 1 cm mit einer Minderung der rektalen Strahlung (V70) von 60%. Daraus folgte eine sehr niedrige Rate an Nebenwirkungen oder strahlenbedingte Veränderungen der Enddarmschleimhaut.



Obwohl sich die Prostata-Rektum-Abstandhalter noch in der Phase der klinischen Erprobung befinden, besteht ein vielversprechendes Potenzial dahingehend, dass sie nicht nur zur Minderung unbeabsichtigter rektaler Strahlenaussetzung und den daraus resultierenden Komplikationen beitragen, sondern außerdem höhere Dosierungen bei der Strahlentherapie von Krebspatienten ermöglichen und somit die Heilungschancen erhöhen. Zusätzlich kann durch eine höhere Dosierung (Hypofraktionierung) pro Behandlungstag eine vollständige Behandlung mit weniger Bestrahlungssitzungen realisiert werden, was zum einen vorteilhafter für den Patienten sein kann und zum anderen zu Einsparungen bei den Behandlungskosten führt. Die Hypofraktionierung und die dadurch bedingte höhere biologische Wirksamkeit ist derzeit nur durch mathematische Modelle belegt, klinische Studien hierfür liegen derzeit noch nicht vor. Auch das Ausbleiben höherer Nebenwirkungswahrscheinlichkeiten wegen der höheren Tagesdosis, ist derzeit nicht durch valide Studien belegt. Im Gegensatz zu den USA, wo das Hydrogel sich noch in der klinischen Erprobung befindet, ist das Hydrogel in Europa bereits CE-zertifiziert und in einigen Ländern, so auch Deutschland, auf dem Markt erhältlich. Die Behandlung kostet etwa 2.260,- € (Angabe ohne Gewähr), die von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) vermutlich nicht erstattet werden. Es wird empfohlen, sich vorab mit der GKV in Verbindung zu setzen und ggf. mit ihr eine Einzelvereinbarung zur Kostenübernahme zu erreichen.

Jubiläen in der Selbsthilfe



v. l. F.-J. Petereit, U. Former, K. Dahm, PD Dr. St. Miller

Seit ihrer Gründung im März 2003 wird die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe **Gelsenkirchen-Buer** mit nunmehr rund 200 Betroffenen von Karl Dahm geleitet. Von Anfang an bestand eine enge Kooperation mit dem Klinikum Bergmannsheil Buer. Dr. St. Miller, Chefarzt der Urologie, und Oberarzt Dr. U. Former beteiligen sich regelmäßig an den Treffen der Selbsthilfegruppe.



Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs **Schmalkalden-Meiningen** wurde im August 2003 von Bernhard Engelhaupt mit Unterstützung von Frau Saft, Selbsthilfe-Kontaktstelle Landratsamt Meiningen, gegründet. Auch nach 10 Jahren ist es die einzige Selbsthilfegruppe in Südthüringen. Die Mitglieder kommen aus dem Landkreis Schmalkalden-Meiningen, dem Wartburgkreis und der kreisfreien Stadt Suhl. An den monatlichen Treffen nehmen auch die Partnerinnen teil.



Zu den Gratulanten der Festveranstaltung zum zehnjährigen Bestehen der Selbsthilfegruppe **Nordharz-Halberstadt** gehörten auch Landrat Dr. M. Ermrich. Er betonte ein professionelles Gesundheitssystem reiche nicht aus. „Die Gruppentreffen sind ein Ort

des Austausches, der Information über Hilfsangebote. Ihr Arbeitsplan ist beeindruckend“, sagte er. Festredner Prof. Dr. U. Rebmann, Leiter des Tumorzentrums Dessau, hob die Rolle der Mitglieder im System der Qualitätskontrolle und die Nordharzer Gruppe als einen Leuchtturm auf diesem Gebiet hervor. Fast 100 Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe inzwischen in der Region. Die großartige Leistungen von Horst Pauly und seiner Lebensgefährtin Marie-Luise Hillbrecht wurden besonders gewürdigt.



v. l. P. Bohlmann, G. Zieseniß, Prof. Dr. Chr. Franzius, H. A. Kurtz, P. Brockmann

Auch die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe **Verden** kann auf 10 erfolgreiche Jahre zurückblicken. Ge-gründet von Günter Meusel und Gerhard Zieseniß als kleiner Gesprächskreis gehören nun 200 Männer der Gruppe an. Da die Erkrankung für viele Betroffene noch immer mit einem Tabu belegt sei, nutzen die Männer das Angebot von Gerhard Zieseniß, sich bei ihm zu Hause beraten zu lassen.



Ebenfalls vor 10 Jahren gegründet wurde die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe **Gütersloh**. Günter Pelkmann, Mitbegründer und Leiter der Gruppe, kann inzwischen bei den Gruppentreffen in der Regel 34 Teilnehmer begrüßen. Zu den Schwerpunkten der Gruppenarbeit gehören Informationen zur Früherkennung von Prostatakrebs.



Im Januar 2008 gründeten 12 Männer die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe **Emden**. Inzwischen gehören ihr 16 Männer an. Das Gruppenangebot wird von Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen genutzt. Darüber hinaus finden Unternehmungen wie z.B. Radtouren, Bosseln, usw., statt.

Neu im BPS

Wir begrüßen herzlich die von Januar bis September 2013 neu im BPS aufgenommenen Gruppen.

Prostata selbsthilfegruppe Velbert

Peter Hartmann
Finkenweg 13
42489 Wülfrath-Düssel
Tel.: 02058. 878 24
E-Mail: p.h.hartmann@gmx.de

Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Oranienburg

Peter Nagel
Zellerstr. 18
16515 Oranienburg
Tel.: 03301. 55217

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Gandersheim

Werner Möse
Westfalenstr. 15
38667 Bad Harzburg
Tel.: 05322. 55 33 59
E-Mail: heidi.und.werner@t-online.de

Prostatakrebs SHG

Sögel-Hümmling
Wilhelm Hebbelmann
Lüdeweg 57
26871 Papenburg
Tel.: 04961. 39 41
E-Mail: wilhelmhebbelmann@web.de

SHG Prostatakarzinom Eisenach und Wartburgkreis

Hartmut Neumann
An der Elte 10
99834 Gerstungen
Tel.: 03692. 79 08 32
E-Mail: hartmutneumann46@web.de

Schatzmeister tauschen sich aus



Red. (mk): Im April trafen sich die Schatzmeister und Vorsitzenden der Regional- und Landesverbände

des BPS zu einem Erfahrungsaustausch in Kassel. Moderiert wurde das Treffen vom Schatzmeister des Bundesverbandes, Ernst-Günther Carl. Behandelt wurden die Themen Zuwendungen, Mittelverwendung, Projekt- und Pauschalförderung, Mittelverteilung an die Regional-/ Landesverbände, Satzungsrecht, Spendenrecht und Spendenhaftung.

Die Teilnehmer begrüßten die Möglichkeit, sich grundlegend über eine ordnungsgemäße Finanzarbeit informieren zu können.

Regionalverband Neue Bundesländer tagte in Tabarz

Red. (mk): Für die diesjährige Jahreshauptversammlung hatte Rüdiger Bolze ein interessantes Programm zusammengestellt. Mehr als 89 Interessierte konnten in der Inselbergklinik Tabarz Referate zu diesen Themen verfolgen:

- Operative Behandlung fortbestehender Inkontinenz nach Prostatakrebs
- Wert der PET-Diagnostik in der Nachsorge – Konsequenzen und Kontroversen
- Möglichkeiten palliativer und supportiver Therapie des Prostatakarzinoms

Der Ausflug zur Veste Coburg, von Bernd Knye-Neczas organisiert, rundete das Treffen ab.



Neuer Landesvorstand in Hessen



v. l. H. Lehmann, H.-W. Biehn, A. Schneider, D. Schäfer, R. Dielmann, C. Klöpfer

Red. (mk): Bei der Mitgliederversammlung des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

wurde im April 2013 der Landesvorstand neu gewählt.

Dem Landesverband Hessen stehen als Vorsitzender Axel Schneider (SHG Offenbach) und als stellvertr. Vorsitzender, Hans-Werner Biehn (SHG Marburg) vor.

Der neue Vorsitzende, Axel Schneider, dankte den bisherigen Vorstandsmitgliedern Klöpfer und Lehmann für ihr ehrenamtliches Engagement in der Selbsthilfe und überreichte ihnen ein kleines Präsent.

Vielfältiges Programm

Mitgliederversammlung des Regionalverbandes NordWest



Red. (mk): Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes NordWest, freute sich besonders, zwei Selbsthilfegruppenleiter aus den Niederlanden bei der Mitgliederversammlung in Lingen begrüßen zu dürfen. Herr H. Denessen aus Baarlo und Herr G. van Kasteren aus Eindhoven, waren zur Weiterbildung eingeladen. Herr Denessen erklärte die

Gegebenheiten der Prostatakrebs Selbsthilfearbeit in den Niederlanden.

Zum Ausflugsprogramm gehörte der Besuch des Gas u. Dampf Kombi-Kraftwerkes in Lingen.

Das Kombi-Kraftwerk gewinnt aus der Abhitze der Gasturbinen den Wasserdampf für ein nachgeschaltetes Dampfkraftwerk.

Onkologische Fachtagung Berlin

Selbsthilfe referiert zur Patientensicht



Red. (mk): Die SHG Prostatakrebs **Mariendorf** war eingeladen im Rahmen der Fachtagung einen Vortrag zu halten. Vor mehr als 150 Zuhörern berichtete Dietmar Todt über seine Erfahrungen bei der Beratung, Behandlung, Betreuung und Nachsorge.

Kein Stuhl zum Ausruhen

Red. (mk): Anlässlich des 25-jährigen Bestehens von KIBIS Schleswig (KIBIS, die Kontaktstelle für Information und Beratung im Selbsthilfebereich) waren die von KIBIS betreuten Selbsthilfegruppen aufgerufen, sich auf/an/mit einem Stuhl darzustellen. Auch Hinrich Börm von der SHG **Prostata-Erkrankte Schleswig** präsentierte die SHG auf diese Weise.

Alle Stühle bleiben bei KIBIS und werden von Zeit zu Zeit in öffentlichen Gebäuden aufgestellt.



Besuch im Fraunhofer-Institut Leipzig

Von Peter Klohr, Selbsthilfegruppe Goslar



Im April 2013 besuchten die Selbsthilfegruppen **Goslar** und **Salzgitter** das Fraunhofer-Institut für Immunologie und Zellteilung in Leipzig. Dr. Buchholz, informierte laienverständlich zum Forschungsstand

der Zellulären Immuntherapie gegen den Krebs. Er zeigte Wege in der Eigenblutbereitung auf, die auf Monozyten setzen (bestimmte Art weißer Blutzellen). Mit den richtigen Wachstumsfaktoren stimuliert, entwickeln sich besondere Immunzellen – Dendritische Zellen. Nehmen diese tumorspezifische Strukturen auf, sind sie im Patienten für andere Immunzellen besser erkennbar. Diese „scharf“ gemachten Zellen leiten den Kampf gegen den Krebs ein. Männer mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom werden bereits erfolgreich damit behandelt. Das Medikament „Provenge“ wird hierbei eingesetzt, das in Deutschland noch nicht zugelassen ist.

Gemeinsam aktiv

Red. (mk): Auch in diesem Jahr nahmen die Selbsthilfegruppen **Elmshorn** und **Pinneberg** am Selbsthilfetag des Kreises Pinneberg im Regioklinikum Elmshorn teil. Von 150 Selbsthilfegruppen im Kreis Pinneberg beteiligten sich 30 Gruppen. Dazu hielten Ärzte des Klinikums Vorträge zu aktuellen Krankheiten. Der Selbsthilfe-Tag findet seit 5 Jahren abwechselnd zwischen Elmshorn und Pinneberg statt und trägt zur Wahrnehmung der Selbsthilfegruppenarbeit bei.



Ein Baum als Zeichen der Hoffnung



Red. (mk): Im April 2013 trafen sich Gerhard Oehmichen und die Mitglieder seiner Selbsthilfegruppe **Oschatz** und **Umgebung** im O-Park in Oschatz. Die Männer pflanzten eine Weißweide zur Erinnerung an die Gruppengründung im Juni 2010.

Der O-Park wird von der Lebenshilfe seit der Landesgartenschau betreut und ist zu jeder Jahreszeit einen Besuch wert.

Werner Weber-Heuser ausgezeichnet



2. v. l. W. Weber-Heuser

Red. (mk): Die Volksbank Mittelhessen bringt Persönlichkeiten – heimliche Helden –, die unbemerkt

eine wichtige öffentliche Aufgabe wahrgenommen haben, wie die Leitung der Prostatakrebsselfhilfe ins Bewusstsein der Öffentlichkeit.

2012 wurde Werner Weber-Heuser, der bis 2011 die Prostatakrebsselfhilfegruppe **Marburg** und Umgebung geleitet hat, für seine Arbeit als einer der heimlichen Helden geehrt, ohne die das Zusammenleben in unserem Gemeinwesen nicht funktioniert. Neben einer persönlichen Auszeichnung erhielt auch die Prostatakrebsselfhilfegruppe eine Spende in Höhe von 1000 € zur Förderung ihrer vielfältigen Arbeit.

Information in der Pathologie

Von Hans-Dieter Schaaf, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Königs Wusterhausen

Ein Höhepunkt in der Gruppenarbeit der Selbsthilfegruppe Königs Wusterhausen war der Besuch des Helios Klinikums Bad Saarow im Juni 2013. Der Chefarzt des Instituts für Pathologie, Dr. med. habil. Stefan Koch, sprach zum Thema „Klassifizierung des Prostatagewebes“. Dr. Koch gab Einblick in die Arbeit des Pathologen und Entscheidungshilfen für Urologen bei Erkennung und Behandlung des Prostatakarzinoms. Fragen zur Tumorklassifizierung, zum Gleason-Grading und zur Untersuchung der Biopsieproben wurden angesprochen.

Bei einem Rundgang im Labor des Institutes konnten die Teilnehmer sehen, wie Prostatapräparate bearbeitet und mikroskopisch untersucht werden. Der Diskussionsrunde schloss sich ein gemeinsa-



mes Mittagessen und eine Schiffsrundfahrt auf dem Scharmützelsee an.



SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. erfolgreich gestartet

Red. (mk): Im Juli 2011 erfolgte mit Unterstützung der Eheleute Schott, SHG Sprendlingen, die Gründung der Selbsthilfegruppe. Waren es anfänglich 12 Personen bei den Gruppentreffen, so kommen inzwischen bis zu 50 Teilnehmer. Die Gruppentreffen werden von den Initiatoren Wolfgang Fuchs, Jürgen Schmalz und Adelbert Reis organisiert und betreut. Schwerpunkt der Gruppentreffen ist in der Regel ein medizinischer Vortrag. Anschließend haben die Teilnehmer der Veranstaltungen die Möglichkeit persönliche Fragen

an den Referenten zu stellen oder sich über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten nach einer Prostataerkrankung aber auch über die Vor- und Nachsorge beim Auftreten eines Prostatakarzinoms auszutauschen. Zu den regelmäßigen Teilnehmern gehört die Mitinitiatorin Frau Prof. Dr. Zwergel. Sie unterstützt die Gruppe insbesondere bei medizinischen Fragen.

Im Juli 2013 besuchte die Selbsthilfegruppe auf Einladung von Prof. Dr. Stöckle die Universitätsklinik Homburg/Saar.

Krebsinformationstag in Bad Salzuflen



Red. (WDF): Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Lippe präsentierte sich am letzten Aprilsonntag im Kursaal in Bad Salzuflen. Leitthema des von Landrat F. Heuwinkel eröffneten Krebsinformationstages Ostwestfalen-Lippe war das Langzeitüberleben bei Krebs. Die Informations- und Orientierungsangebote in Form von Vorträgen, Einzelgesprächen auch für Angehörige, Ernährungsberatung und zum Thema „Nebenwirkungen meistern“, sowie ein offener Patiententreff wurden recht gut besucht. Besonders nachgefragt und wertvoll waren die Möglichkeiten Betroffener, sich mit den referierenden Ärzten und Experten ebenso wie mit anderen betroffenen Krebspatienten und deren Angehörigen direkt auszutauschen.

SHG Hann. Münden

Ehrenmitglied: Wolfgang Bosbach



Red. (mk): Wolfgang Fink von der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Hann. Münden hat die Krankheitsgeschichte von Wolfgang Bosbach aufmerksam verfolgt und für ihn war klar: so ein Mensch braucht Unterstützung und eine „solidarische Heimat“.

So bot er ihm im Namen der Selbsthilfegruppe die Ehrenmitgliedschaft an. Herr Bosbach nahm dies erfreut und spontan an.



Wein – Schokolade – Resveratrol

Red. (mk): „Medizin“ oder einfach nur Genuss? Das war die Kernfrage, der sich fast zwei Dutzend Mitglieder der PSA Selbsthilfegruppe **Bielefeld** nebst weiblicher Begleitung – man muss ja schließlich auch an die Heimfahrt denken – in einem Bielefelder Weindepot stellten und die sich auch nach einem dreieinhalbstündigen Seminar nicht eindeutig zu Gunsten des Weines oder der Schokolade beantworten ließ. Zum (Rot-)Wein, dem „Medikament für Genießer“, etwas Schokolade naschen? Das, so war man sich einig, ist keine Verrücktheit.

Die Aromen von Wein und Schokolade bieten aber nur dann ein großartiges Geschmackserlebnis, wenn Wein und Schokolade harmonisieren.

In einem anschließenden launigen Vortrag wurde die gesundheitsfördernde Wirkung von Wein gelobt, so man ihn in Maßen genießen würde. Das im Rotwein enthaltene Resveratrol sei für die Rebe ein Stressmetabolit und so eine Art Rostschutz für unser menschliches Gefäßsystem. Resveratrol, ein Antioxydant, von dem Prostatakrebs Betroffene Hilfe bei der Krebsbekämpfung erhoffen würden, wenn denn die erfreulichen Ergebnisse der in-vitro Studien mit Mäusen auch in die Humanmedizin umsetzbar wären. Bis dahin empfiehlt sich der Genuss von alternativ rotem Traubensaft, dunkler Schokolade, Erdnüssen und Himbeeren, die allesamt viel von dem mittlerweile auch als Anti-Aging-Medizin gepriesenen Resveratrol enthalten würden.



Informationsmaterial

Heft 2/2013

- ☐ 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
- ☐ Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen
- ☐ Schmerzen bei Krebs
- ☐ Krebsschmerz – Was tun?
- ☐ Krebswörterbuch
- ☐ Palliativmedizin
- ☐ Fatigue
- ☐ Ernährung bei Krebs
- ☐ Bewegung und Sport bei Krebs
- ☐ Hilfen für Angehörige
- ☐ Wegweiser zu Sozialleistungen
- ☐ Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“

5. Offene Krebskonferenz Dresden

19. Oktober 2013 · 9:00 - 16:30 Uhr
im Deutschen Hygiene-Museum
Lingnerplatz 1

Vorträge zum Prostatakrebs
10:30 - 12:00 Uhr im Hörsaal

Veranstalter: Deutsche Krebsgesellschaft,
Sächsische Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe



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