

Magazin

3/2013

für Prostatakrebsserkrankte und Angehörige

verständliche
Krankenhausberichte

Therapiequalität
messen
und vergleichen

Therapieoptimierung
Niedrig-Risiko
Prostatakrebs

Runder Tisch
Prostatakrebs Akteure
im Gesundheitswesen

Therapieoptimierung
kastrationsresistenter
Prostatakrebs

BPS
Ziele
2014

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 3, 2013

Editorial

Therapie beim fortgeschrittenen Prostatakrebs

Die Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs3

Aktuell

Intelligente Konzepte für die Onkologie von morgen6

DGU hat einen neuen Präsidenten10

DGU gründet Zentrum für evidenzbasierte Medizin10

Das Urologische Studienregister der DGU11

PSA-Screening ins rechte Licht gerückt13

Selbsthilfe im Wandel14

Forschung

PROBASE – Die Deutsche Prostatakrebs Screening Studie15

Zwischenbericht – „DNA-ProKo-Studie“16

Prostatakrebsforschung in Deutschland stärken17

Diagnose und Therapie

Strahlen gegen Knochenmetastasen18

Irreführende Studie zu Omega-3-Fettsäuren und Prostatakrebs-Risiko19

Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

Ehrennadel für Hinrich Börm20

Jubiläen in der Selbsthilfe20

Landesverband Schleswig-Holstein im Gespräch23

SHG Chemnitz – 5 Jahre Kooperation24

Neu im BPS24

SHG Eisleben – Gruppe wird gut angenommen25

Regionalverband NordWest zu Gast in den Niederlanden25

SHGen Elmshorn und Pinneberg veranstalten gemeinsamen Infoabend26

SHG Landkreis Heidekreis in Bad Gandersheim26

SHG Bad Zwischenahn richtet Treffen der Nds.Krebsgesellschaft aus27

SHG Oschatz und Umgebung in Kreischa27

Frauenpower beim Bielefelder Angehörigensymposium28

Neuer Arbeitskreis – „Frauen im BPS“29

Nachruf30

Für Sie notiert

Euro-WC-Schlüssel31

Inkontinenzeinlagen31

Wissensreihe Männergesundheit31

Register 201332

Titelseite: Grafische Gestaltung S. Arends

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

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

Impressum:

Das BPS-Magazin wird herausgegeben und verlegt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., gemäß § 26 BGB durch folgende Vorstandsmitglieder vertreten: Günter Feick (Vorsitzender), 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 GmbH
Weidendamm 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,

dieses Editorial befasst sich mit Bemühungen des BPS im Jahr 2013 und einigen Zielsetzungen im Jahr 2014. Umfassende Darstellungen sind jährlichen Geschäftsberichten vorbehalten.

Rückblick – Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) setzt sich für die Verbesserung von Lebensqualität und den Lebenserhalt Prostatakrebs Erkrankter und die Bedürfnisse ihrer Nächsten ein. Dafür engagieren sich Ehrenamtliche, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS in 240 Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen, BPS-Arbeitskreisen, Gremien des Gesundheitssystems und der Europäischen Prostatakrebs Selbsthilfe. Unsere Arbeit ist gekennzeichnet durch persönliche Betroffenheit, Ehrenamtlichkeit, Unabhängigkeit, demokratische Legitimation der BPS-Organe sowie die alleinige Verpflichtung für das Wohl der Mitbetroffenen tätig zu sein. Damit ist Selbsthilfe eine wichtige, anerkannte Komponente des Gesundheitssystems, aber sie will und kann kein Ersatz für professionelle Gesundheitsfürsorge sein.

BPS-Selbsthilfegruppen waren auch 2013 Stätten der Begegnung, des Informierens und Helfens. Lokale Selbsthilfegruppen waren einmal die Keimzellen für die Entwicklung des BPS. Ihr Wille, Einfluss zu nehmen auf das Gesundheits- und Sozialsystem, war ihre folgerichtige Entscheidung für die Gründung des BPS. Seitdem haben Anforderungen des Gesundheitswesens und die Zielsetzungen des BPS selber zu wachsender Vielfalt und steigendem Umfang unserer Tätigkeiten geführt. Diesen Anforderungen gerecht zu werden, verlangt von BPS-Vertretern Einsatzwillen, Fleiß, Zeit, Kenntnisse und Überzeugungsfähigkeit. In der Folge wurden die Anforderungen an die BPS-Mitglieder zunehmend größer, um die Bedürfnisse der Selbsthilfegruppen sowie die BPS-interne bzw. -externe Gremienarbeit harmonisiert und fokussiert zu halten, auf die Wirksamkeit unserer Aktivitäten, den Erhalt der Lebensqualität und das Überleben der Betroffenen. Hierfür notwendige, sensible und zielgerichtete Diskussion mit den Möglichkeiten unserer Verbandskommunikation ist anspruchsvoll.

Die BPS-Selbsthilfegruppen unterstützten Betroffene und Angehörige in bewährt hilfreicher Weise. Mit ihrer Teilnahme an BPS-Seminaren, BPS-Online-Vorträgen und gruppeneigenen Vorträgen und Veranstaltungen haben sie Kenntnisse vertieft. Die Berater der gebührenfreien telefonischen BPS-Beratungshotline *Patienten beraten Patienten und Angehörige*, 0800-7080123, Di. Mi. Do. 15 - 18 Uhr (außer an bundeseinheitlichen Feiertagen) haben ihre Fähigkeiten fortentwickelt und Anrufernden mit unabhängigen Informationen geholfen.

Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs wurde weiterentwickelt mit dem Ziel, schwerbetroffenen Patienten besser helfen zu können. Bei der Erstellung oder Aktualisierung von vier Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften haben Mitglieder des BPS die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten eingebracht. Die Kooperation mit dem International Consortium for Health Outcomes Measurement (<http://www.ichom.org>) war so produktiv, dass in wenigen Monaten patientenfokussierte Qualitätsindikatoren verabredet werden konnten zur Messung und internationalem Vergleich der Behandlungsergebnisse des lokal begrenzten Prostatakrebses.

Der BPS hat die Notwendigkeit national koordinierter Prostatakrebsforschung im europäischen Kontext zwecks besserer, schnellerer, ökonomischer Forschung bei jeder passenden Gelegenheit zum Thema gemacht. Für diese BPS-Forderung erhielten wir in allen Symposien mit BPS-Beteiligung und in den Gesprächen mit forschenden und therapierenden Organisationen ausnahmslos Zustimmung.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss, oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, vertritt der BPS die Interessen von Prostatakrebspatienten. Dort haben wir unsere Wertungen des Zusatznutzens neuer Prostatakrebs Medikamente dargestellt und einen Priorisierungsantrag

für die Protonentherapie eingebracht. Wir unterstützen die PREFERE-Studie und arbeiten in der Studienkommission mit. Die DNA-ProKo-Studie und die Entwicklung eines Standards für die Anschlussheilbehandlung waren weitere Arbeitsfelder des BPS.

Erfolgreich abschließen konnten wir auch die BPS-Initiative *Hygienebehälter in Herrentoiletten*. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die Arbeitsstättenverordnung so geändert, dass jetzt Herrentoiletten mit einem Behälter zur hygienischen Entsorgung von Vorlagen inkontinenter Männer ausgestattet sein müssen.

Ausblick – Das Jahr 2014 wollen wir nutzen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in der Behandlung des Prostatakrebses. Messungen und Vergleiche der Therapieergebnisse mit identischen Indikatoren werden die Qualität der Behandlungen verbessern. Ihre verständliche Darstellung in den Berichten der Krankenhäuser sollen Patienten helfen, die richtige Wahl ihres Behandlers zu treffen.

Sowohl für den kastrationsresistenten Prostatakrebs als auch für den Prostatakrebs mit niedrigem Risiko bedarf es weiterer Erkenntnisse und Therapieoptimierungen. Deshalb werden wir auch in diesem Jahr für eine koordinierte Prostatakrebsforschung werben, damit verabredete Ziele und Arbeitsteilungen der Forscher, Mediziner und der Forschungsförderer mehr für Patienten erreichen können. Wir sollten in die Lage kommen, eine immer noch gültige alte Frage Dr. Whitmores beantworten zu können: „Wenn Heilung notwendig ist, wird sie möglich sein; und wenn Heilung möglich ist, wird sie notwendig sein?“

Beruflich und/oder politisch Tätige im Deutschen Gesundheitswesen orientieren sich an ethischen Normierungen und Interessen ihrer jeweiligen Profession bzw. Partei. Daraus leiten sich die Fragmentierung und Teilverantwortung im Gesundheitssystem ab, wie sie auch am Beispiel der Forschung, Behandlung und Rehabilitation des Prostatakrebses erkennbar werden. Ein Zusammenführen professioneller und politisch Verantwortlicher in einer Begegnung, nennen wir es Runder Tisch oder Ma-

nagementgespräch, würde eine jährliche umfassende Status- und Strategieanalyse der Prostatakrebsbehandlung ermöglichen. Daraus sollten die jeweils erforderlichen Anpassungen der Konzepte und Handlungen entstehen. Wir sind der Meinung, der BPS soll diesen Prozess anstoßen und ihn bis zu seiner Umsetzung aktiv verfolgen, bereits in diesem Jahr.

Wir werden die Ziele des BPS wie jedes Jahr überprüfen und anpassen an gemachte Erfahrungen und neue Herausforderungen. Unser Handeln wird geprägt bleiben von der Überzeugung *„Zusammenkommen ist ein Beginn, Zusammenbleiben ist Fortschritt und Erfolg ist nur mit Zusammenarbeit erreichbar.“*

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Die Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs

Die Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs (German Working Group on Castration Resistant Prostate Cancer (GWG-CRPC)), vormals „Medizinisches Kompetenznetz Fortgeschrittener Prostatakrebs“ wurde im September 2011 in Hamburg initiiert durch Professor Dr. A. Heidenreich, RWTH Aachen und durch den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS). Schwerpunkt der Arbeit ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung zur Diagnostik und Therapie des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms. Des Weiteren besteht die Aufgabe des Vereins darin innovative, moderne Diagnose- sowie Therapiever-

fahren im Rahmen von klinischen Studien zur Verbesserung der Situation von Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom zu prüfen und anzuwenden. Eine enge Zusammenarbeit mit dem BPS und den angeschlossenen Landes- und Regionalverbänden soll die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten verbessern. Hierfür werden Patientenseminare an den verschiedenen Standorten der Mitglieder der GWG-CRPC durchgeführt.

Der BPS interviewte PD Dr. Georg Bartsch und Professor Dr. Axel S. Merseburger zu Arbeitsschwerpunkten und deren Bedeutung für Betroffene.

Was ist Ihre Motivation für die Beteiligung an der GWG-CRPC?



© privat

PD. Dr. Bartsch:
Die größte Motivation bei der Arbeitsgruppe mitzuarbeiten, ist die Prognose für Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom weiter zu verbessern und ihre Lebensqualität zu erhalten.

von Biomaterialien (Gewebe, Serum, Urin) Grundlagen für eine valide klinische Grundlagenforschung zu schaffen.

Die Diagnostik und Therapie des CRPC wird immer komplexer und erfordert aktuell schon eine individualisierte Therapie, ohne dass wir bis dato verlässliche Biomarker zur Verfügung haben. Im Sinne einer umfassenden Bearbeitung der molekularbiologischen Grundlagen, der modernen diagnostischen Methoden und der Entwicklung innovativer Therapiemethoden ist es aus meiner Sicht unerlässlich, wissenschaftliche Aktivitäten klinikübergreifend zu bündeln, um zielgerichtet in kurzer Zeit klinisch verwertbare Ergebnisse zu generieren.

Welche Ziele verfolgt die GWG-CRPC?



© privat

Prof. Dr. Merseburger:
Wir verfolgen das Ziel, die individuellen klinischen und wissenschaftlichen Arbeiten zum fortgeschrittenen Prostatakarzinom zu vereinen und über die Erstellung gemeinsamer klinischer Datenbanken und Standardisierung

Wie ist die GWG-CRPC organisiert und welche Projekte werden zurzeit bearbeitet?

PD. Dr. Bartsch:

Die Mitglieder arbeiten an 14 verschiedenen Universitätskliniken in Deutschland und haben ihren Forschungsschwerpunkt in diesem Krankheitsbild. Die GWG-CRPC ist ein eingetragener Verein, und der gewählte Vorstand besteht aus drei Mitgliedern: Prof. Heidenreich, Prof. Merseburger und meiner Person.

Die geplanten Projekte umfassen klinisch und translational ausgerichtete Forschung. Des Weiteren soll die Arbeitsgruppe eine hohe Studienaktivität aufweisen. Geplant ist auch eine Biomaterialbank zu etablieren und eine enge Verzahnung zur Grundlagenforschung herzustellen.

Können Sie bereits Zwischenergebnisse für einige Projekte vorstellen?

Prof. Dr. Merseburger:

Derzeit laufen an den kooperierenden Zentren der GWG-CRPC eine Vielzahl an klinischen Grundlagenprojekten, die sich derzeit in der Frühphase bzw. Etablierungsphase seit Beginn des Jahres 2013 befinden.

Im August 2013 wurde in der renommierten Zeitschrift „European Urology“ ein gemeinsamer Artikel zum kastrationsresistenten Prostatakarzinom und dem Stand der Forschung sowie den aktuellen Therapieentscheidungen publiziert¹. Die Ergebnisse der klinischen Auswertungen sind zum europäischen Urologenkongress zur Publikation eingereicht.

Mit wem kooperiert die GWG-CRPC?

PD. Dr. Bartsch:

Derzeit gibt es noch keine festgelegten Kooperationen, jedoch bestehen Vernetzungen der GWG-CRPC mit dem Deutschen Prostatakarzinomkonsortium, der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie, der Deutschen Gesellschaft für Urologie und der European Association of Urology.

Ist eine Vergrößerung der GWG-CRPC geplant und sollen internationale Partner hinzukommen?

Prof. Dr. Merseburger:

Die Bestrebungen der GWG-CRPC sind auf eine Vergrößerung des Vereins mit mehr aktiven Mitgliedern ausgelegt. Willkommen sind auch passive Mitglieder und Fördermitglieder. Im Rahmen der internationalen Erweiterung fand im Dezember 2013 ein erstes internationales Symposium mit dem Thema „Kastrationsresistentes Prostatakarzi-

nom“ in Düsseldorf statt (Homepage: www.gwg-crpc.com). Im Rahmen dieses Treffens wurden weitere Gespräche zu internationalen Kooperationen im grundlagenwissenschaftlichen sowie klinischen Bereich diskutiert.

Wie finanziert sich die GWG-CRPC und wo fehlen wie viele Fördermittel?

PD. Dr. Bartsch:

Die Finanzierung der GWG-CRPC erfolgt zum großen Teil durch Spenden und durch die Beiträge der Mitglieder.

Um die projektierten Studien durchführen zu können, müssen öffentlich ausgeschriebene und private Drittmittel eingeworben werden. Hierfür gibt es konkrete Planungen.

Was können Patienten erwarten, wenn sie in einer der in der GWG-CRPC kooperierenden Kliniken behandelt werden?

Prof. Dr. Merseburger:

Patienten, die sich an einer der kooperierenden Kliniken vorstellen, erhalten eine umfangreiche interdisziplinäre Beratung angepasst an das Erkrankungsstadium und die individuelle Situation des betroffenen Mannes. Sämtliche Kliniken verfügen als zertifizierte Prostatakarzinomzentren über ausgewiesene Expertise für diese Erkrankung und haben als besonderen Schwerpunkt die Behandlung des CRPC. Zudem besteht unter den Mitgliedern der GWG-CRPC ein enger persönlicher und kollegialer Kontakt, so dass ein Informationsaustausch, eine zweite Meinung oder ein schneller telefonischer Rat jederzeit eingeholt werden kann.

Wie kann der BPS die GWG-CRPC unterstützen?

PD. Dr. Bartsch:

Die Verbindung zum BPS stellt für die GWG-CRPC eine wichtige Interaktion mit den betroffenen Patienten dar. Neben dem täglichen klinischen Kontakt können durch den BPS Vorstellungen und Wünsche der betroffenen Patienten gebündelt transportiert werden.

Was plant die GWG-CRPC als Nächstes und was bedeutet es für Männer mit fortgeschrittenem Prostatakrebs?

Prof. Dr. Merseburger:

Kurzfristig sollen die Daten zum Therapieansprechen der neuen Substanzen (Enzalutamid, Abirateron, Cabazitaxel, Radium 223) ausgewertet werden, um so zeitnah weitere Informationen über die optimale Therapiesequenz der neuen Substanzen beim fortgeschrittenen CRPC zu erlangen.

PD. Dr. Bartsch: Schließe mich hier dem Fazit von Prof. Merseburger an.

- ¹ Heidenreich A, Pfister D, Merseburger A, et al. Castration-resistant prostate cancer: where we stand in 2013 and what urologists should know. *European urology* 2013; 64; 260-265

Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs – beteiligte Kliniken –

Klinik für Urologie, Universitätsklinik Aachen
Klinik für Urologie, Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Urologie, Universitätsklinik Bonn
Urologische Universitätsklinik, Essen
Urologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Klinik für Urologie, Universitätsklinik Frankfurt/Main
Martini Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Urologie, Med. Hochschule Hannover
Klinik für Urologie, Universitätsklinik Magdeburg
Klinik für Urologie der Phillips-Universität Marburg
Urologische Klinik Großhadern, Klinikum der Universität München
Urologische Klinik, Universitätsmedizin Rostock
Klinik für Urologie, Universitätsklinik des Saarlandes
Universitätsklinik für Urologie Tübingen

(Stand: Dezember 2013)

Intelligente Konzepte für die Onkologie von morgen

Interview mit Prof. Dr. Michael Hallek,
Direktor der Klinik I für Innere Medizin und des Centrums für integrierte Onkologie Köln Bonn



v.l. Prof. Dr. Michael Hallek, Dr. H. Guastafierro

© Mathias Ernert, Uniklinikum Köln

Der Deutsche Krebskongress, der im Februar 2014 in Berlin stattfinden wird, ist der wichtigste deutschsprachige Kongress zum Thema „Krebsdiagnostik und Krebstherapie“. Auf dem kommenden 31. Kongress wird es einige Neuerungen geben. **Best practice** sprach mit Prof. Dr. Michael Hallek, der den Kongress als Präsident leiten wird.

best practice: In diesem Jahr wird der Deutsche Krebskongress erstmals gemeinsam von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe ausgetragen.

Welche Bedeutung hat das für den Kongress?

Zum einen haben sich damit zwei wesentliche Organisationen der deutschen Krebsforschung und Forschungsförderung sowie der Gestaltung des Themas Krebs in der Öffentlichkeit zusammengenommen und wollen ihre Interessen in Zukunft gemeinsam vertreten, was äußerst begrüßenswert ist. Zum zweiten wird durch das Engagement der Krebshilfe der Kongress etwas unabhängiger von industrieller Unterstützung. Es ist sicherlich eine gute Entwicklung, wenn man versucht, solche Kongresse nicht nur an der finanziellen Förderung durch die Industrie festzumachen. Außerdem können die auf dem Kongress diskutierten Themen mit der gebündelten

Medienarbeit beider Gesellschaften öffentlich gemacht und kommuniziert werden.

Was war der Grund für diese Zusammenarbeit der beiden Gesellschaften?

Krebshilfe und Krebsgesellschaft hatten sich schon seit geraumer Zeit überlegt, in mehreren Bereichen enger zusammenzuarbeiten. Ein Thema war hierbei eben auch die gemeinsame Gestaltung des Krebskongresses, beide Organisationen treten aber auch immer häufiger zusammen in politischen Gremien auf. So erfolgte die Abstimmung des Nationalen Krebsplans sehr eng zwischen beiden Gesellschaften, aber auch Behandlungsempfehlungen werden gemeinsam erstellt. Die Zusammenarbeit ist vielschichtig. Beide wollen in Zukunft gemeinsam an einem Strang ziehen, und der Krebskongress ist eine Art Symbol dafür.

Welche weiteren Neuerungen wird es außer der Zusammenarbeit von Krebsgesellschaft und Krebshilfe auf dem kommenden Krebskongress geben?

Es gibt eine ausschließlich gemeinsame Ausgestaltung der politischen Foren. Jeder Krebskongress hat seine politischen Themen, und hierzu gibt es nun ein gemeinsames Konzept, welche Felder platziert werden sollen. Hier spielt auch der Nationale Krebsplan eine wesentliche Rolle und die Überlegung, wie sich dieser umsetzen lässt und wie sich verschiedene Themen vernetzen lassen. Abgesehen davon wollen wir eine stärkere Betonung auf die Abstracts in den Postersitzungen legen und die Attraktivität dieser Sitzungen steigern. Weiterhin haben wir ganz konsequent versucht, in allen wissenschaftlichen Sitzungen einen Leitgedanken durchzusetzen. Bei einem bestimmten Thema wie beispielsweise dem Mammakarzinom wird es daher nicht mehr so sein, dass Gynäkologen, Strahlentherapeuten oder Internisten ihre Sitzungen nacheinander abhalten, sondern die Veranstaltung wird für alle gemeinsam ablaufen.

Das Konzept wird für die weitaus meisten Krankheitsbild gelten. So wollen wir eine Verzahnung der Themen erreichen, wie es sie bisher eigentlich auf keinem internationalen Kongress zum Thema Krebs gibt. Das ist sowohl wissenschaftlich als auch im Hinblick auf die Fortbildung sehr reizvoll, dann kann beispielsweise der Internist einmal hören, was Gynäkologen oder Strahlentherapeuten zum Mammakarzinom zu sagen haben.

Sie hatten bereits die politische Dimension des Kongresses angesprochen. Nun wird zwischen der Planung und Ausrichtung des Kongresses die Bundesregierung wechseln. Welche Impulse bzw. Weichenstellungen erwarten oder erhoffen Sie sich von der neuen Regierung und wie wollen Sie dem auf dem Kongress begegnen?

Wir sind natürlich sehr gespannt, wie die Koalitionsverhandlungen ablaufen werden. Eines ist jedoch sicher, nämlich dass der alte Gesundheitsminister nicht mehr der neue sein wird. Dennoch haben wir auch ihn sowie zahlreiche weitere namhafte Vertreter aus der Politik, von den Kostenträgern und von allen anderen wichtigen Beteiligten des Gesundheitswesens zum Kongress eingeladen, von denen die meisten bereits zugesagt haben. Wir werden hier sicherlich versuchen, uns vor allem denjenigen Themen zu widmen, die im Nationalen Krebsplan verabschiedet worden sind. Beispielsweise werden die Psychoonkologie und die Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung einen breiten Raum einnehmen, aber auch die Weiterentwicklung von Krebszentren und deren Finanzierung. Ein weiteres Thema wird der Wunsch einer effizienten Krebsbehandlung für alle sein und die Frage, wie sich dies gerade im Hinblick auf die unglaubliche Beschleunigung im Forschungsgeschehen realisieren lässt. Diese Punkte möchten wir auf dem Kongress ausführlich diskutieren, und hierbei brauchen wir unter anderem auch von der Politik konkrete Vorstellungen. Auch beim Nationalen Krebsregister müssen wir eine Bestandsaufnahme machen und klären, ob die Politik hier noch nachregulieren muss. Sorge macht mir persönlich die Sicherung von Innova-

tionen und die ausreichende Unterstützung von klinischer- und Versorgungsforschung, weil wir nur dann neue Prinzipien in die Onkologie einführen können.

Ist es aber nicht gerade bei den Innovationen häufig ein Problem, dass die Therapiekosten explodieren? Wie könnte man Ihrer Meinung nach dem Dilemma entkommen, dem Patienten Neuerungen zugutekommen zu lassen, dies aber auch finanzierbar zu halten?

Ich glaube, dass hier tatsächlich ein großes Problem auf uns zukommen könnte. Noch ist es allerdings nicht so, dass wir vor einem Kollaps des Gesundheitssystems stehen. In ganz Europa werden gegenwärtig pro Jahr und Bürger rund 100 Euro im Gesundheitswesen ausgegeben, was mir nicht übermäßig viel erscheint. Legt man diese Zahl zugrunde, dann müssten wir auch Teuerungen noch recht gut verkraften können. Es wird in den nächsten 30 bis 40 Jahren eine Phase geben, in der wir in der Onkologie sehr viele Neuheiten bekommen werden, von denen die meisten sicherlich ein Segen für die Patienten sein werden. Und hier müssen wir dafür sorgen, dass wir diese Therapien den Patienten auch zur Verfügung stellen; sonst können wir den Stellenwert unserer Gesellschaft in komplett anderer Weise diskutieren, nämlich optimale Behandlung nur nach Barzahlung oder finanzieller Beteiligung, und das würde das Solidarsystem unterhöhlen. Daher kämpfe ich um den Erhalt des Systems in unserem Land, in dem alle Menschen, die krank werden, die wesentlichen medizinischen Leistungen erhalten. Das zu lösen, wird eine große historische Aufgabe sein.

Und wie könnte sich diese Aufgabe Ihrer Ansicht nach lösen lassen, ohne dass das System kollabiert?

Auf die längere Perspektive habe ich keine allzu große Sorge, dass das System nicht mehr finanzierbar sein wird. Wir leben heute rund dreimal länger als die Menschen vor 100 oder 150 Jahren, und das hat bisher zu keinem wesentlichen wirtschaftlichen Problem geführt, denn wir arbeiten heute auch erheblich länger als damals. Dazu kommt,

dass die neuen Therapien irgendwann einmal besser – sprich: nebenwirkungsärmer – und vor allem auch billiger sein werden. Die neuen Medikamente, die heute viel kosten, werden in 30 Jahren größtenteils für Centbeträge herzustellen sein. Dann wird man auf lange Sicht hin Erkrankungen wie beispielsweise ein kolorektales Karzinom mit Substanzen behandeln können, die vielleicht so viel kosten wie Aspirin. Das liegt vor allem an den Herstellungskosten. Die neuen Wirkstoffe sind häufig orale Medikamente, die sich relativ leicht synthetisieren lassen. Ich glaube aber, dass wir hierbei vor allem die patentgeschützte Phase überbrücken und darauf achten müssen, dass Exzesse in der Preisgestaltung durch kluge Verhandlungen mit den Pharmafirmen verhindert werden. Außerdem müssen wir dafür sorgen, dass die neuen Medikamente auch zielgerichtet eingesetzt werden, denn häufig wirken sie nur bei einem Teil der Patienten. Es wird die Aufgaben der klinischen Forschung sein, herauszufinden, bei welchen Patienten und in welcher Kombination diese Medikamente wirken und dies schnell umzusetzen. Deshalb fordere ich auch, dass wir speziell in Deutschland mit seiner privilegierten wirtschaftlichen Situation unser Gesundheitssystem so ausrichten, dass wir praktisch alle neuen Medikamente in der Routinebehandlung durch klinische Forschung begleiten. Dann würden wir nämlich ganz rasch wissen, was etwas bringt und was nicht. Dies lässt sich aber nur in einem akademisch oder unabhängig organisierten Forschungsgeschehen realisieren. Wenn wir dies zum Prinzip in der Krebsbehandlung machen würden, wäre die Lösung für die Finanzierung wahrscheinlich ziemlich einfach.

Ein Leitthema des kommenden Krebskongresses werden die intelligenten Konzepte in der Onkologie sein, kurz iKON. Was genau ist darunter zu verstehen?

Wir haben im Grunde genommen versucht, in einem bildlich gut fassbaren Begriff wie iKON zu sagen, was wir gerne auf dem Kongress darstellen würden und gleichzeitig eine neue Kongressmarke herzustellen. Was ist in diesem Zusammenhang intelligent? Zum einen ist es die Interdisziplinarität.

Durch die ausufernde Spezialisierung in der Onkologie weiß kein Arzt mehr, wie genau der einzelne Patient zu behandeln ist, so dass die Therapieentscheidung auf mehrere Schultern verteilt werden muss. Der Arzt gibt also ein Stück weit seine Entscheidungskompetenz an ein Gremium ab. Wir setzen uns zusammen, überlegen und entscheiden dann, was mit dem Patienten geschieht. Und häufig sieht diese Entscheidung dann ganz anders aus, wenn Chirurg, Strahlentherapeut und andere Disziplinen ihre Meinungen mitteilen, als wenn man die Entscheidung alleine trifft. Interdisziplinarität heißt also, dass bei jedem Patienten die wesentlichen Fachdisziplinen mitreden. Der nächste Punkt ist die Innovation. Unser Gebiet entwickelt sich mittlerweile so rasend schnell, dass es wichtig ist, die Innovationen auch zum Patienten zu bringen. Das kann am besten durch klinisch angewandte Forschung geschehen. Daher wollen wir, dass Deutschland die Strukturen prägt, um solch eine Forschung weiter zu ermöglichen und auch zu beschleunigen, also beispielsweise bürokratische Hürden abzubauen. Der dritte Punkt ist schließlich die Individualisierung. Alle diese Entwicklungen laufen darauf hinaus, dass man die Patienten individuell behandelt, nicht nur im Hinblick auf ihre Persönlichkeit und Eigenheiten. Auch die Diagnose muss individualisiert gestellt werden, so dass bestimmte molekulare Signaturen des Tumors bestimmen, welche Medikamente eingesetzt werden. Onkologie wird also eine immer stärker individualisierte Medizin werden. Dies erklärt auch das Paradoxon, da wir auf der einen Seite eine immer mehr zunehmende Spezialisierung haben, auf der anderen Seite aber trotzdem dieses Spezialwissen am Patienten zusammentragen müssen um aus dem Ganzen ein komplexes Behandlungskonzept zu erstellen.

Ein weiteres erklärtes Ziel von ihnen ist es, innovative Forschungsstrukturen zu stärken, wie sie in Ihrem Kongressvorwort schreiben. Wie stellen Sie sich das vor?

Es gibt immer verschiedene Maßnahmen, darunter auch strukturelle. Eine davon ist ausreichend Geld im System, und zwar nicht nur für die programmorientierte Großforschung einiger Einrichtungen oder

Firmen die in Deutschland schon kaum mehr tätig sind, sondern für den jungen Wissenschaftler, der eine Idee hat. Zurzeit beobachten wir alle mit Sorge, dass die Förderraten für junge Wissenschaftler bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft eher nach unten gehen. Man spricht momentan von Akzeptanzraten zwischen 10 und 20 Prozent, eine Quote, die in den USA zum Exodus junger Forschungstalente geführt hat. Wir müssen also dafür sorgen, dass eine ausreichende Förderung vorhanden ist. Eine Akzeptanzquote zwischen 30 und 50 Prozent schafft genügend Anreize für junge Wissenschaftler, sich um Forschungsgelder zu bewerben. Das ist wichtig, denn wenn so etwas nicht mehr möglich ist und die jungen Forscher den Eindruck haben, dass ihre Förderung dem Zufall unterliegt, dann machen sie eben etwas anderes. Der zweite Punkt in diesem Zusammenhang ist die klinische Forschung. Wir müssen klinische Studien entbürokratisieren. Klinische Studien sind mittlerweile so teuer geworden, dass sie nur noch mit Unterstützung von Großforschungseinrichtungen oder mit Industrieförderung durchgeführt werden können. Das ist eine falsche Entwicklung die de facto zu einer Monopolisierung des Erkenntnisgewinns in der Hand weniger führt. Entbürokratisierung der klinischen Forschung ist also ein großer Punkt.

Sie haben gerade den Abbau der Bürokratie erwähnt. Meinen Sie das nur im Zusammenhang mit Forschung, oder ist ein solcher Abbau auch an anderer Stelle nötig?

Ich glaube, es ist allgemein so, dass wir immer mehr dokumentieren und dass wir immer häufiger in verschiedenen Bereichen eigens Personen beschäftigen, die nur die Bürokratie bewältigen. Es heißt ja, dass sich das deutsche Gesundheitswesen auch ohne Patienten Vollbeschäftigung verschaffen könnte, und das ist genau, was ich meine: es kann nicht sein, dass wir das Wesentliche unseres Berufs, nämlich die Arbeit am und mit dem Patienten, immer mehr aus den Augen verlieren, weil der gesamte Apparat immer mehr bürokratische und Dokumentationsaufgaben mit sich bringt. Einige davon sind sicherlich sinnvoll, aber manches ist einfach zu viel. Es wird häufig darüber diskutiert, ob man eine Do-

kumentation einführen kann, aber so gut wie nie, ob man eine solche auch wieder abschaffen kann. Ein großes Problem ist hierbei auch die zergliederte Informationstechnologie im Gesundheitswesen mit fehlenden Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Anbietern, so dass immer wieder die gleichen Daten neu eingegeben werden müssen, anstatt sie einfach vom einen zum anderen weiterzureichen und auszutauschen. Es gibt hier also viel zu tun, um unser Gesundheitssystem effizienter und auch preiswerter zu machen. Das erfordert politischen Gestaltungswillen und eine geschlossene Ärzteschaft.

Was erwarten Sie sich vom kommenden Krebskongress, auch in persönlicher Hinsicht?

Eigentlich gar nicht so viel, man sollte die Wirkung eines solchen Kongresses nicht zu sehr überschätzen. Ich habe allerdings durch die Tätigkeit des Kongresspräsidenten mittlerweile schon sehr viele Menschen kennengelernt und Kontakte geknüpft, und das genieße und schätze ich sehr. Die Arbeit im Rahmen der Vorbereitung hat mir großen Spaß gemacht und ich habe dabei sehr viel positives Feedback bekommen. Hinter dem Motto „Intelligente Konzepte in der Onkologie“ steckt natürlich auch eine kleine Provokation, nämlich zu sagen: lasst es uns einfach einmal versuchen, denn wir könnten es ja eigentlich. Wenn es uns gelänge, ein bisschen mehr Dynamik ins System zu bekommen, so dass wir unsere großen Ressourcen nutzen, um in Deutschland ein beispielhaftes Gesundheitswesen zu organisieren, würde mir das sehr gefallen. Gerade in der Onkologie könnten wir den interessanten Gestaltungsraum nutzen, um neue Dinge auszuprobieren und die Medizin von morgen so zu formen, dass wir in Europa stolz darauf sein können. Das ist eine große Herausforderung, und wenn wir das schaffen, wäre das auch ein gutes Beispiel für andere Länder. Wenn auf diesem Kongress hierzu Ideen entstehen, damit es weitergeht, dann wäre ich sehr zufrieden.

Interview: Dr. Johannes Weiß

Quelle: *best practice onkologie*
2013- 6(8): 38-41

DGU hat einen neuen Präsidenten



v. l. Prof. Dr. J. Fichtner, Prof. Dr. M. Stöckle

© Schmitz/Biermann Medizin

Red. (mk): Mit der traditionellen Präsidenschaftsübergabe endete in Dresden der 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU): Professor Dr. Michael Stöckle, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, übergab das Amt des Präsidenten für die Amtsperiode 2013/2014 turnusgemäß an den bisherigen DGU Vize-Präsidenten, Professor Dr. Jan Fichtner, Chefarzt der Urologischen Klinik am Klinikum Niederrhein in Oberhausen. Als neuem DGU-Präsidenten obliegt ihm neben der Führung der Fachgesellschaft auch die Leitung der 66. Jahrestagung der DGU vom 1. bis 4. Oktober 2014 in Düsseldorf.

DGU gründet Zentrum für evidenzbasierte Medizin

Red. (ug): Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) möchte die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus klinischen Forschungen in die tägliche Praxis verbessern und hat nun den Grundstein für ein Zentrum für evidenzbasierte Medizin in der Urologie gelegt.

Mit der Gründung des „UroEvidence“ genannten Zentrums unterstützt die DGU als eine der ersten wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland die konsequente wissenschaftliche Arbeit im Bereich der evidenzbasierten Medizin, um den Patienten die Sicherheit geben zu können, dass ihre Behandlung auf wissenschaftlich belegbaren, wirksamen Ergebnissen beruht.

Nach Aufbau eines nationalen urologischen Studienregisters im Jahr 2010, in dem seither alle in Deutschland durchgeführten klinischen Studien zusammengetragen werden, möchte die DGU dieses kompensierte Wissen auf Grundlage aktuellster klinischer Studien strukturiert auswerten.

Ergebnisse wissenschaftlicher Studien benötigen oft 10 bis 15 Jahre bis sie tatsächlich im ärztlichen Alltag Verwendung finden und in die praktische Behandlung von Patienten einfließen. Das Zentrum „UroEvidence“ soll die Vielzahl wissenschaft-

licher Studienergebnisse erfassen, auswerten und zugänglich machen, so dass neue Therapieverfahren nicht ohne ausreichende Nutzen-Risiko-Prüfung eingeführt werden oder bereits ausreichend erforschte Themengebiete in Vergessenheit geraten. Durch enge Kooperation mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg werden die wissenschaftlichen Ergebnisse einer kritischen Bewertung bezüglich ihrer Bedeutsamkeit und Wirksamkeit unterzogen.

Um die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien in die Praxis der behandelnden Ärzte und Ärztinnen übertragen zu können, plant das Zentrum die Erstellung von Handlungsempfehlungen in Form von Leitlinien auf evidenzbasierten Fundamenten.

Darüber hinaus soll „UroEvidence“ zusammen mit dem Deutschen Cochrane Zentrum feststellen, in welchen Themenbereichen in der Urologie wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse fehlen und Forschungsbedarf besteht. Diese Erkenntnisse sollen wiederum die Basis für die Planung und Durchführung neuer Studien bilden.

*Quelle: Eröffnungspressekonferenz
65. DGU-Kongress 2013*

Das Urologische Studienregister der DGU im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) der WHO

Von Dr. Christoph Becker,
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)



© privat

Transparenz in der klinischen Forschung ist unverzichtbar, um Studienergebnisse adäquat in die klinische Anwendung transferieren zu können. Valide Studienergebnisse bilden die Grundlage von Sicherheit und Effektivität medizinischer Interventionen. Sie ermöglichen es letztlich Ärzten, Patienten und Angehörigen, klinische Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten entsprechend der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz zu treffen. Die entscheidende wissenschaftliche Evidenz basiert dabei auf einer systematischen Erfassung von klinischen Studien und den daraus gewonnenen Erkenntnissen.

Grundsätzlich stehen der medizinischen Forschung hier zwei Wege zur Verfügung: Die Publikation der Ergebnisse in wissenschaftlichen Journalen und die Registrierung der klinischen Studien in Studienregistern.

Dem trägt auch die Initiative des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Rechnung, die im Jahr 2005 die prospektive Registrierung einer klinischen Studie als zwingende Voraussetzung für deren Publikation definiert hat. Inzwischen haben sich weltweit über 1260 medizinische Fachjournale dieser Initiative angeschlossen. In die gleiche Richtung zielt z.B. auch der Beschluss des deutschen Bundesforschungsministeriums, die finanzielle Förderung einer wissenschaftsinitiierten klinischen Studie an dessen prospektive Registrierung zu knüpfen.

Die systematische Registrierung klinischer Studien wird international bereits seit den 1990-er Jahren durchgeführt. Das wahrscheinlich bekann-

teste Register ist dabei das ClinicalTrials.gov in den USA. Darüber hinaus gibt es das von der Weltgesundheitsbehörde (WHO) etablierte Registernetzwerk ICTRP, in dem alle klinischen Studien aus den weltweit vorhandenen nationalen WHO-Primärregistern – einschließlich denen aus dem ClinicalTrials.gov-Register – zusammengetragen und international sichtbar gemacht werden. Auch in Deutschland gibt es seit 2008 ein solches WHO-Primärregister, das unter dem Namen Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS) an der Universität Freiburg betrieben wird.



www.dgu-studien.de

Für das Fach Urologie gab es bis vor kurzem keine systematische Erfassung von klinischen Studien und es fehlten umfassende Angaben zu Anzahl und Art der in Deutschland durchgeführten Studien. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hat daher im September 2010 ein eigenes fachspezifisches klinisches Studienregister gegründet, das seit 2011 als offizielles Partnerregister des DRKS geführt und gemeinsam auf Basis der WHO-konformen Datenbank in Freiburg betrieben wird. Mit der Registrierung einer Studie im urologischen Studienregister wird neben umfangreichen Qua-

litätskontrollen der eingegebenen Studiendaten auch die Sichtbarkeit der Studien im DRKS und im ICTRP gewährleistet. Alle im Urologischen Studienregister registrierten Studien entsprechen dem ICMJE-Kodex und sind weltweit in allen medizinischen Fachjournalen publizierbar.

Mit dem Urologischen Studienregister möchte die DGU den behandelnden Ärzten und den von einer bestimmten Krankheit betroffenen Patienten und deren Angehörigen eine Unterstützung bei der Therapieentscheidung durch laufende Studien bieten, die Studienrekrutierung verbessern und die Wissenschaft in der Urologie für die Öffentlichkeit transparenter machen. Probleme und Erfahrungen sollen öffentlich gemacht, wiederholte Studien vermieden und Probleme bei der Studienerstellung, wie unzureichende Studien, frühzeitig erkannt werden. Den Beteiligten im Gesundheitswesen wird dadurch ermöglicht, sich einen Überblick über die Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlungsmethoden zu verschaffen und Lücken in der klinischen Forschung einfacher zu erkennen und zu schließen. Dieses Hintergrundwissen ist essenziell für die Forschungsförderung und für Entscheidungen im Gesundheitswesen

und soll Fachgruppen und Patienten helfen, sich über Expertisen und wissenschaftliche Schwerpunkte in der Urologie zu informieren.

Ärzte, Betroffene und potenzielle Studienpartner können sich rasch und übersichtlich über die Studienaktivitäten in der Urologie umfassend informieren:

<https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/DGU/DGU-Forschung%20Studienregister.htm>

Für jedwede Rückfragen zum Umgang mit dem Urologischen Studienregister steht als Ansprechpartner Herr Dr. Christoph Becker, Forschungskoordinator in der Geschäftsstelle der DGU, zur Verfügung:

Geschäftsstelle der DGU
Herr Dr. Christoph Becker
Uerdinger Straße 64
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211-516096 30
Fax: 0211-516096 60
E-Mail: cbecker@dgu.de
www.dgu-forschung.de

Öffentlichkeitsforum beim 65. DGU-Kongress in Dresden



v. l. K. Koch, F. Recker, P. Albers, P. Enders, B. Egger

© Schmitz/Biermann Medizin

PSA-Screening ins rechte Licht gerückt

Hitzige Diskussionen im Fernsehen gibt es genug. Mit dem ersten „Öffentlichkeitsforum“ in der Geschichte des DGU-Kongresses schafften es die Organisatoren, eine sachliche Diskussion über Nutzen und Schaden des PSA-Screenings auf die Bühne zu bringen.

DGU-Präsident Professor Dr. Michael Stöckle hatte als PSA-Skeptiker Klaus Koch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Bernhard Egger vom GKV-Spitzenverband eingeladen. Koch betonte, dass dem möglichen Nutzen eines PSA-Screenings ein möglicher Schaden entgegengehalten werden müsse. Es reiche nicht, nur über die Mortalitätsraten zu diskutieren. „Der Schaden zeigt sich früh, der Nutzen spät“, so Koch. Mit Schaden sind dabei die Überdiagnostik und -therapie gemeint, also Patientenverunsicherung, unnötige Biopsien und Komplikationen nicht notwendiger Prostatektomien. Koch wies darauf hin, dass bisher noch kein Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt wurde, um den PSA-Test zur Prostatakrebsfrüherkennung in die GKV-Leistungen aufzunehmen. Egger betonte, dass nicht die viel gescholtenen Krankenkassen diejenigen seien, die die Übernahme des PSA-Tests verweigerten, sondern dass im G-BA auch die Ärzte der Meinung seien, dass ein bevölkerungsweites Screening derzeit nicht zu empfehlen sei.

In der Tat ist auch die DGU von dieser Vorstellung abgerückt. In der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom wird empfohlen, den PSA-Test bei informierten Männern mit Früherkennungswunsch

durchzuführen. Die Experten streben heute ein risikoadaptiertes Screening an, bei dem die Patienten je nach Morbiditäts- und Progressionsrisiko gescreent werden, aber nicht alle durch die Bank. Zudem versucht man einen neuen Ansatz, indem ein Basis-PSA-Wert gemessen wird, auf dessen Grundlage weitere Messwerte beurteilt werden soll. Prof. Peter Albers aus Düsseldorf stellte hierzu die PROBASE-Studie vor, die den optimalen Zeitpunkt der Ermittlung des Basis-PSA-Wertes herausfinden soll.

Kassenvertreter Egger beharrte darauf, dass auch ein risikoadaptiertes Screening seinen Nutzen beweisen müsste. Vorher könne die Leistung nicht in den GKV-Katalog aufgenommen werden. Dem hielt Prof. Franz Recker vom Prostatazentrum Aarau/Schweiz, entgegen, der Nutzen des PSA-Testes sei seit langem unstrittig. Für keine Krebsentität sei der präventive Nutzen so gut bewiesen. Es gehe nur noch darum, wie das Ausmaß an Überdiagnostik und -therapie reduziert werden könne. Recker zeigte auf, wie dies mithilfe von multivariaten Risikokalkulatoren erzielt werden kann. „Wir beginnen eine Feinabstimmung in der Diagnostik und Therapie“, so Recker.

Prof. Axel Semjonow aus Münster, einer der Moderatoren, betonte, dass viel gewonnen wäre,

wenn Ärzte häufiger zur Aktiven Überwachung (AÜ) bereit wären. In diese Richtung ging auch Paul Enders vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.: „Wenn AÜ zu wenig praktiziert wird, ist dafür nicht der PSA-Test verantwortlich.“

In diese Richtung ging auch Paul Enders vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.: „Medienberichte erweckten den Eindruck, der PSA-Test sei verantwortlich für Überdiagnosen und Übertherapien. Weil von mehr als 60.000 jährlich neu diagnostizierten Prostatakarzinomen nur ein Teil kurzfristig behandlungsbedürftig ist, könnte das als Überdiagnose verstanden werden. Die leitliniengerechte Aufklärung, auch mit Hilfe der leicht verständlichen Patientenleitlinie,

wird Betroffenen für sie mögliche Therapieoptionen einschließlich aktiver Überwachung empfehlen. Wenn trotzdem übertherapiert wird, müssen Gründe an anderen Stellen gesucht werden.

Weil früh erkannter Prostatakrebs gute Heilungschancen hat, ist auch über Unterdiagnose und Untertherapie nachzudenken angesichts der jährlich etwa 12.000 Prostatakrebstoten in Deutschland.“ Der BPS unterstützt die Suche nach neuen Diagnose- und Prognosemarkern zur Unterscheidung von Leben bedrohendem und weniger gefährlichem Prostatakrebs.

Quelle: Markus Schmitz, Urologische Nachrichten

Tag der Krebs-Selbsthilfe 2013

Selbsthilfe im Wandel



© Deutsche Krebshilfe

Red. (mk): Der gemeinsam von der Deutschen Krebshilfe und den von ihr geförderten Selbsthilfeorganisationen veranstaltete „Tag der Krebs-Selbsthilfe“ stand 2013 unter dem Motto „Selbsthilfe im Wandel“. Diskutiert wurden unter anderem die Bedeutung der neuen Medien, die sich wandelnde Gesellschaft und die moderne Medizin. Was muss die Selbsthilfe tun, um ihre

Neutralität und Unabhängigkeit zu bewahren? Experten aus dem Bereich der Medizin, Rehabilitation und Politik waren gefragte Ansprechpartner in den Diskussionsrunden. Die Vorstellung des Positionspapiers „Selbstverständnis der Krebs-Selbsthilfe“ verfasst von den Verbänden im Haus der Krebs-Selbsthilfe war ein zentraler Diskussionspunkt.

PROBASE

Die Deutsche Prostatakrebs Screening Studie



Prof. Dr. P. Albers

© Schmitz/Biermann Medizin

Red. (ug): Die PROBASE-Studie, die von der Deutschen Krebshilfe finanziert wird, soll zeigen, ob der erste PSA-Test eines Mannes bereits im Alter von 45 Jahren erfolgen soll oder doch auch erst mit 50 Jahren ausreicht. Grundlage der Studie ist die Vermutung, dass Männer, die das sogenannte risikoadaptierte PSA-Screening im Alter von 50 Jahren beginnen, bis zum Alter von 60 Jahren nicht häufiger ein metastasiertes Prostatakarzinom entwickeln als Männer, bei denen vergleichbare Untersuchungen bereits im Alter von 45 Jahren erfolgen. In diesem Zusammenhang soll ebenfalls gezeigt werden, ob der spätere Beginn des Screenings die Rate an unnötigen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen zukünftig reduzieren kann.

Ab 2014 sollen an vier Studienzentren (Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinikum rechts der Isar der TU München, Medizinische Hochschule Hannover) über einen Zeitraum von fünf Jahren insgesamt 50.000 Männer beobachtet werden. Hierzu werden gesunde, 45-jährige Männer über die Einwohnermeldeämter zur Studienteilnahme eingeladen. Eine selbstständige Teilnahme von gesunden Männern dieser

Altersgruppe ist nicht möglich, um die Teilnehmerauswahl nicht zu verzerren.

In der Annahme, dass insgesamt 20% der Eingeladenen an der Studie teilnehmen, werden diese in zwei Gruppen, sogenannte Studienarme, aufgeteilt: zum einen diejenigen in Gruppe A, die im Alter von 45 Jahren gescreent werden und diejenigen der Gruppe B, die erst im Alter von 50 Jahren den gleichen Früherkennungsuntersuchungen unterzogen werden.

Bei beiden Gruppen wird das „risikoadaptierte Screening“ angewendet, das heißt, dass je nach PSA-Wert die Männer unterschiedlich weiter behandelt werden und nicht sofort eine Biopsie (Gewebeprobe) entnommen wird. So werden bei Männern mit einem Ausgangs-PSA-Wert $<1,5$ ng/ml weitere PSA-Tests nur im Abstand von fünf Jahren vorgenommen. Bei Männern mit einem Ausgangs-PSA-Wert von $1,5 - 2,99$ ng/ml, die ein höheres Erkrankungsrisiko haben, erfolgen die weiteren PSA-Messungen im Abstand von zwei Jahren. Sobald der PSA-Wert über 3 ng/ml liegt – zu Beginn oder in den Nachfolgetests – schließen sich weiterführende Untersuchungen an.

Über 90% der Männer, so schätzen die Studienleiter, werden zur niedrigsten Risikogruppe gehören (d.h. vier PSA-Tests bis zum 60. Lebensjahr wären ausreichend, um die Entstehung eines Prostatakrebses im Alter von >60 Jahren auszuschließen). Die Studie endet für die Teilnehmer im Alter von 60 Jahren. Der primäre Endpunkt ist die Häufigkeit eines bestätigten metastasierten Prostatakarzinoms im Alter von 60 Jahren, die nach der Annahme der Forscher in Gruppe B (Beginn 50 Jahre) nicht höher sein sollte als in Gruppe A (Beginn 45 Jahre). Würde sich dieses Ergebnis bestätigen, könnte die Prostatakarzinom-Vorsorge künftig zehn Jahre später beginnen, da derzeit in der Deutschen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom empfohlen wird, Männer im Alter ab 40 Jahren mit einer Lebenserwartung von mehr als zehn Jahren über die Vor- und Nachteile des PSA-Screenings aufzuklären.

Dies könnte dazu führen, dass Männer erst ab einem Alter von 50 Jahren mit einer Lebenserwartung von mehr als zehn Jahren über die Vor- und Nachteile des PSA-Screenings aufgeklärt werden müssten.

Mit dieser zeitlichen Verzögerung könnte eine Überdiagnostik und -therapie wesentlich eingeschränkt werden. Auch der PSA-Test, dessen Bedeutsamkeit in den letzten Jahren angesichts seines weitverbreiteten Einsatzes zunehmend in Frage gestellt wird, könnte wieder die Wichtigkeit erlangen, die ihm sicherlich zusteht. Denn zweifelsohne lässt sich durch das PSA-Screening Prostatakrebs früher

erkennen und daher besser behandeln, was die Sterblichkeit reduziert. Doch andererseits haben Prostatakarzinome zum Teil eine so günstige Prognose, dass eine Behandlung nicht immer erforderlich ist – zumal auch falsch positive PSA-Werte nicht ausgeschlossen werden können. Aus diesem Grund kann das allgemeine PSA-Screening belastende weitere Untersuchungen und Behandlungen nach sich ziehen, die ohne Screening nicht erfolgt wären.

*Quelle: Markus Schmitz
Urologische Nachrichten*

Zwischenbericht

„DNA-ProKo-Studie“

Von Josef Dietz, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bruchsal – Bretten



© privat

Ziel der laufenden „Prospektiven Kohortenstudie“ zur Prognostischen DNA-Zytometrie ist es, bei Patienten mit frühem Prostatakarzinom, die sich nicht sofort behandeln lassen, sondern für eine Aktive Überwachung entschlossen haben, zu ermitteln, ob der seit 2005 modifizierte Gleason-Score (GS) oder der DNA-Malignitätsgrad (DNA-MG) eine Nicht-Progression des Tumors besser vorhersagen kann. Sofern damit ein späteres klinisches Fortschreiten des Tumors verlässlicher als mit dem GS alleine ausgeschlossen werden kann, würde dies die Sicherheit für Patienten erhöhen, sich diesem abwartenden Vorgehen anzuvertrauen.

Dazu wurde bisher für 83 Patienten unter Aktiver Überwachung aus der HAROW-Studie an den Biopsien, die zur Diagnose geführt haben, der [DNA-Malignitätsgrad](#) 1-4 (Typ A-D) ermittelt. Aus den Tumorherden aller Biopsien wurden gezielt mittels Enzymen Zellkerne isoliert. In mehreren hundert bis tausend Proben wurde dann ihr

Gehalt an Erbsubstanz DNA mittels digitaler Bildanalyse gemessen. Je höher und je unterschiedlicher diese sind, umso höher fällt der DNA-MG aus. Entspricht die DNA-Menge der Karzinomzellkerne noch dem gesunder Zellen mit zweifachem (diploiden) Chromosomensatz, liegt ein DNA-MG 1 (Typ A) vor und die Prognose ist ausgezeichnet, wie Dutzende von Studien gezeigt haben (Böcking et al., 2013).

Jetzt schon lässt sich berichten, wie die Übereinstimmung der GS-Werte zwischen den zuerst bewertenden Pathologen und den uropathologisch spezialisierten Referenzpathologen war. Nur in etwa 57% kamen beide zum selben Ergebnis. Das ist für den klinischen Alltag beunruhigend gering, entspricht aber den aus der Literatur bekannten Zahlen. In 32 Fällen gelangte der Referenzpathologe zu einem höheren Wert als sein den GS-Wert zuvor bestimmender Kollege. In einem Fall musste ein GS 6 sogar auf 8 hochgestuft werden.

In den untersuchten Biopsien von allen Patienten unter Aktiver Überwachung fand sich in etwa 60% ein prognostisch sehr günstiger DNA-MG 1 (Typ A), in 37% ein Grad 2 (Typ B) und in 3% ein Grad 3 (Typ C).

Bei den ursprünglich als GS 6 beurteilten Biopsien fand sich in ca. 67% ein DNA-MG 1 (Typ A), in 28% ein Grad 2 (Typ B) und in 5% ein Grad 3 (Typ C). Bei Patienten mit GS 7 lag in 52% ein Grad 1 (Typ A) und in 48% ein Grad 2 (Typ B) vor.

Diese Ergebnisse bedeuten:

- dass die Reproduzierbarkeit auch des modifizierten Gleason-Wertes beunruhigend schlecht ist

- dass sich wahrscheinlich unter den mit GS 6 befundenen Patienten, die Aktive Überwachung praktizieren, in 33% solche befinden, die wahrscheinlich vorhersehbar einen Progress erleiden werden. Dies lässt sich aber erst bestätigen, wenn die ermittelten Gleason-Werte und DNA-Malignitätsgrade am Ende der Studie mit dem Ergebnis der fünfjährigen klinischen Nachverfolgung der Patienten verglichen worden sind.

Weitere Hintergrundinformationen zur DNA-Zytometrie sind abrufbar unter

<http://www.prostata-shg.de/DNA-Zytometrie/>

Internationales Symposium in Bonn

Prostatakrebsforschung in Deutschland stärken



© Deutsche Krebshilfe

Red. (mk): Über aktuelle Fortschritte in der Prostatakrebsforschung tauschten sich mehr als hundert deutsche und internationale Experten im April 2013 in Bonn aus. Zu dem Symposium Prostatakrebsforschung: Herausforderungen und Chancen („Challenges and Chances in Prostate Cancer Research“) hatte die Deutsche Krebshilfe (DKH) zahlreiche renommierte Sprecher eingeladen.

„Prostatakrebs stellt nach wie vor eine große wissenschaftliche Herausforderung dar“, so DKH-Präsident Pleitgen. „Trotz zahlreicher wissenschaftlicher und medizinischer Fortschritte in den vergangenen Jahren besteht weiterhin ein hoher Bedarf an verbesserten Diagnose- und Therapiemöglich-

keiten.“ Daher seien in der Forschung weitere Anstrengungen notwendig und wichtig, die zudem gut koordiniert angegangen werden müssten. „Um die Krankheit effektiver bekämpfen zu können, müssen die zahlreichen Forschergruppen vernetzt und ihre Expertisen gebündelt werden.“

„Mit dem Kongress wollen wir diesen Gedanken in die Tat umsetzen“, ergänzte Professor Dr. Markus Hohenfellner, Direktor der Urologischen Klinik der Universität Heidelberg sowie Mitglied des Organisationskomitees und des Fachausschusses „Versorgungsmaßnahmen und -forschung“ der Deutschen Krebshilfe. Zusätzliche Impulse erhofft sich die Deutsche Krebshilfe von teilnehmenden Experten

aus dem Ausland. Als internationale Fachleute waren Louis Denis, Antwerpen; Jelle O. Barentz, University Medical Center Nimwegen; Martin Gleave, Vancouver General Hospital und Mark A. Rubin, Weill Cornell Medical College, New York nach Bonn gekommen.

„Der Dialog zwischen den deutschen und internationalen Wissenschaftlern wird neue Ansätze eröffnen, um Diagnostik und Therapie sowie die

Lebensqualität von Männern mit Prostatakrebs zu verbessern“, sagte Günter Feick, zusammen mit Jens Peter Zacharias Mitglied im Organisationskomitee und Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS). Der BPS hatte sich für die Durchführung des Symposiums eingesetzt.

Quelle: Deutsche Krebshilfe, April 2013

Diagnose und Therapie

Strahlen gegen Knochenmetastasen

Red. (mk): Das Krebsmedikament Xofigo (Radium-223-dichlorid) hat die EU-Zulassung erhalten. Das Radiopharmazeutikum wird zur Behandlung von Erwachsenen mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom eingesetzt, die bereits Knochen-, aber keine viszerale (Eingeweide-) Metastasen haben.

Xofigo wird wie Calcium selektiv im Knochen eingebaut. Durch Komplexbildung mit dem Knochenmineral Hydroxylapatit wird das Radiopharmazeutikum besonders in Bereichen von Knochenmetastasen eingelagert. Der hohe lineare Energietransfer von Alphastrahlern (80 keV/Mikro-

meter) führt in den angrenzenden Tumorzellen zu einer hohen Häufigkeit von Doppelstrangbrüchen der DNA, wodurch eine starke zytotoxische (zellschädigende) Wirkung erzielt wird.

Zusätzliche Effekte auf die Mikroumgebung des Tumors, einschließlich der Osteoblasten (am Knochenaufbau beteiligt) und Osteoklasten (am Knochenabbau beteiligt), tragen ebenfalls zur Wirksamkeit bei. Die Reichweite der Alphateilchen beträgt weniger als 100 Mikrometer, weshalb das umgebende normale Gewebe laut dem Hersteller nur minimal geschädigt wird.

BPS-Beteiligung an der Nutzenbewertung neuer und älterer Medikamente im G-BA

Der BPS hat an der Bewertung der neuen Medikamente Zytiga[®], Cabazitaxel[®], Xgeva[®], Prolia[®] und Xtandi[®] durch eigene schriftliche und mündliche Stellungnahmen sowie durch seine Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mitgewirkt. Ebenfalls wird sich der BPS an der Nutzenbewertung von Xofigo[®] beteiligen.

Irreführende Studie zu Omega-3-Fettsäuren und Prostatakrebs-Risiko

Von Professor Dr. Ulrich Massing,
Klinik für Tumorbiologie, Freiburg i. Brg.



© privat

Die viel zitierte Studie des Fred Hutchinson Cancer Research Centers, in der behauptet wird, dass ein hoher Fischverzehr bzw. die Aufnahme von Omega-3-Fettsäuren zu einem erhöhten Risiko für Prostatakrebs führt, hat Prostatakrebspatienten verunsichert.

So wird in der Hutchinson-Studie gar nicht untersucht, wie viel Fisch oder Omega-3-Fettsäuren die Studienteilnehmer tatsächlich zu sich genommen haben – normalerweise eine Selbstverständlichkeit in jeder ernährungswissenschaftlichen Studie. Stattdessen wurde der Verzehr aus dem relativen Gehalt von Omega-3-Fettsäuren im Blut abgeleitet (also der Verhältnisse der Fettsäuren zueinander). Dies ist insofern ein Problem, da der relative Omega-3-Fettsäuregehalt im Blut kein Langzeitparameter für deren Aufnahme ist und die Werte sich bei entsprechender Ernährung extrem schnell verändern.

Mit keiner Silbe wurde erwähnt, dass die PSA-Werte der an Prostatakrebs erkrankten Männer bereits vor der Krebsdiagnose deutlich höher waren als die Werte der Männer, die keinen Prostatakrebs bekommen haben. Prostatakrebs ist eine sich langsam entwickelnde Erkrankung, und die hier ignorierten Daten zeigen, dass offensichtlich nicht wenige der letztlich erkrankten Männer bereits bei Studienbeginn eine unerkannte Prostatakrebskrankung hatten. Da Prostatakrebszellen einen höheren Verbrauch an Omega-6-Fettsäuren haben (dem Gegenspieler der Omega-3-Fettsäuren), ist zu diskutieren, ob der relativ höhere Gehalt an Omega-3-Fettsäuren bei diesen Männern durch die bereits vorhandene Tumorer-

krankung, d.h. durch einen verstärkten Verbrauch von Omega-6-Fettsäuren, verursacht wurde.

Ein weiteres Problem ist, dass der Unterschied zwischen den Omega-3-Fettsäure-Werten in der Gruppe der Männer, die Prostatakrebs entwickelt haben, und in der Gruppe der gesunden Männer nur minimale 0,18% beträgt! Im Lichte des oben gesagten und durch die Tatsache, dass die verwendete, sehr antike Messtechnik viel ungenauer ist als angegeben, ist dieser Unterschied nicht relevant.

Im Gegensatz zur Hutchinson-Studie gibt es mehrere, wissenschaftlich solide Studien, die einen hohen Fisch- bzw. Omega-3-Fettsäure-Konsum mit einer Verringerung der Metastasenbildung bei Prostatakrebs um mehr als 40% und einer Verringerung der Sterblichkeit um ca. 60% in Zusammenhang bringen.

Daher sollten Patienten mit Prostatakrebs weiterhin Omega-3-Fettsäuren in Form von Fisch oder Supplementen zu sich nehmen und sich bitte nicht durch die Studie (<http://jnci.oxfordjournals.org/content/early/2013/07/09/jnci.djt174.abstract>) beeinflussen lassen.

Mahner der Fürsorge:

Ehrennadel des Landes Schleswig-Holstein für Hinrich Börm

Von Peter Christian Thomsen, 2. Vorsitzender der SHG Schleswig



v. l. Hinrich Börm mit Ministerpräsident Torsten Albig © Frank Peter

Niemand spricht über sie. Sogar, wenn die typischen Beschwerden auftreten, besucht nur ein Drittel der Betroffenen einen Arzt. Für die meisten Männer einfach ein Tabuthema: Über die Prostata redet Mann nicht.

Hinrich Börm aus Bergenhusten dagegen macht die „peinliche Angelegenheit“ schon seit Jahren öffentlich. Für sein außergewöhnliches Engagement im Selbsthilfebereich ist der Mann, der an Prostata-Krebs erkrankte, von Ministerpräsident Torsten Albig in Kiel mit der Ehrennadel des Landes ausgezeichnet worden.

Hinrich Börm gründete 2002 eine Patientengruppe für Prostatakarzinom-Patienten in Schleswig und wurde deren

Sprecher. Denn wer über die Möglichkeiten und Risiken der verschiedenen Behandlungsmethoden informiert ist und den Austausch mit Betroffenen sucht, habe es wesentlich leichter, mit der Krankheit umzugehen, meint der Bergenhustener. Die Selbsthilfegruppe bemühe sich darum, gegen die Sprachlosigkeit anzukämpfen. Mit Erfolg. Weit über 500 Patienten habe die Gruppe bereits betreut.

Im Jahr 2006 war Hinrich Börm zudem Mitbegründer des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Schleswig-Holstein. Hinrich Börm hört nicht auf, betroffenen Männern Mut zu machen: Er leitet nicht nur die Treffen der Schleswiger Selbsthilfegruppe, sondern begleitete auch die Gründung weiterer Selbsthilfegruppen. Börm und seine Mitstreiter gelten heute landesweit als Experten in Sachen Prostatakrebs. Mit Wissenschaftlern und Medizinern steht Börm in Kontakt. Er legt sein Hauptaugenmerk auf das Thema „Lebensqualität trotz Prostatakarzinom“.

Der engagierte Mahner zur Vorsorge ist außerdem Mitbegründer eines Bundesarbeitskreises „Prostatakrebs und Psyche“ und war 2010 für den gleichnamigen Thementag verantwortlich. Durch seine Initiative ist die Psychoonkologie heute fester Bestandteil der Prostatakrebs-Selbsthilfearbeit.

Jubiläen in der Selbsthilfe

Die Prostata Selbsthilfegruppe **Wiesbaden und Umgebung** kann auf 15 erfolgreiche Jahre zurückblicken. Im Oktober 1998 wurde die Selbsthilfegruppe von Wolfgang Jacob gegründet und bis November 2013 von ihm geleitet. Er ist einer der 16 Selbsthilfegruppenleiter, die im Jahr 2000 in Frankfurt die Prostata Selbsthilfegruppen Arbeitsgemeinschaft (PSA) initiiert hatten.

Durch die gute Zusammenarbeit von Betroffenen, Ärzten, Spendern und Anderen ist die Gruppe kontinuierlich gewachsen. Waren es zu Beginn 20 Teilnehmer, so kommen inzwischen mehr als 600 Betroffene und Angehörige pro Jahr in die Treffen der Gruppe.

Davon überzeugt, dass Sport sehr wichtig ist, grün-

dete Wolfgang Jacob im August 2013 eine Gymnastikgruppe, die gut angenommen wird. Der älteste Teilnehmer ist ein jung gebliebener 78-jähriger.

Aus gesundheitlichen Gründen muss Wolfgang Jacob seinen Einsatz für die Gruppe herunterfahren. Die Nachfolgersuche gestaltet sich schwierig. Mit einem neuen Konzept soll die Arbeit erleichtert werden und zum Fortbestand der SHG Wiesbaden beitragen.



© privat



v. l. H. A. Kurtz, P. Otto, J. Kars

© privat

Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Bestandteil unserer Gesellschaft. Seit zehn Jahren ist in **Rotenburg** die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe unter der Leitung von Peter Otto aktiv: „Über die Krankheit zu reden, ist auch für die Seele sehr wichtig. Wir können nicht heilen, aber viel in einem Gespräch erreichen und Lebensmut geben.“ Davon ist der Vorsitzende überzeugt.

„Zahlreiche Studien zeigen, Selbsthilfegruppen haben heilsame Wirkung“ führte Helmut Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes NordWest Prostatakrebs Selbsthilfe in seiner Begrüßungsrede aus.



© privat

Mit rund 100 Gästen feierte die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs **Stuttgart** e.V. ihr 10-jähriges Jubiläum. Der Leiter der Gruppe, Gerd Studer, freute sich so viele Wegbegleiter begrüßen zu dürfen: dazu gehörten Dieter Voland, Leiter der Selbsthilfegruppe Pforzheim und Gründungsvater der SHG Stuttgart, Karl-Heinz Bauer vom Landesverband Baden-Württemberg sowie Prof. Dr. Walter Erich Aulitzky vom Krebsverband Baden-Württemberg und Dr. Hubert Spahlinger vom Urologen-Netz Stuttgart. Zu den Gästen gehörten auch Vertreter der beiden Stuttgarter Prostatakrebszentren,

Prof. Dr. Ulrich Humke, Klinikum Stuttgart und Dr. Joachim Kleeberg, Diakonie-Klinikum Stuttgart.

Alles Gute wünschten auch Dr. Anita Illing vom Württembergischen Landessportbund, Urologin Dr. Dorothea Allemann sowie Hilde Rutsch von der KISS Stuttgart.

Den Festvortrag hielt Prof. Dr. med. Michael Bamberg, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Tübingen: „**Das Prostatakarzinom und seine Bedeutung für die Selbsthilfegruppen.**“



© privat

10 Jahre Selbsthilfegruppenarbeit, Anlass genug das Jubiläum mit einem Ausflug nach Hamburg zu feiern. Rüdiger Beins, Leiter der Selbsthilfegruppe **Celle**, freute sich ganz besonders, neben vielen Partnerinnen seiner Gruppenmitglieder auch Teilnehmer der befreundeten Selbsthilfegruppe Wendland begrüßen zu dürfen.

Das Wetter meinte es gut: nicht nur die dreistündige Barkassenfahrt konnte auf dem Sonnendeck genossen werden, auch das gemeinsame Mittagessen, nahe der alten Speicherstadt konnte im Freien eingenommen werden.

Von dort aus ging es mit dem Bus zur Martini-Klinik, die sich auf Therapie und Behandlung von Prostataerkrankungen spezialisiert hat. Internationale Anerkennung genießt die Grundlagenforschung z.B. zur Entstehung des Prostatakrebses bei jüngeren Männern.

Empfangen wurde die Gruppe durch einen der Chefärzte, Prof. Dr. Hans Heinzer, der in seinem Vortrag aktuelle Operations- und Therapiemethoden sowie die Arbeit im Internationalen Krebs Genom Konsortium (siehe auch BPS-Magazin 2/2013, S. 21 ff) vorstellte.

Die Bedeutung der Ernährung für Tumorpatienten wurde aufgeführt und auf die neuesten Forschungsergebnisse zu den sog. Lycopenen (sekundäre Pflanzeninhaltsstoffe) wurde im Besonderen eingegangen.

Die Teilnehmer hatten bereits viele Fragen mitgebracht, dazu kamen noch die Fragen zu den Vortragsthemen. Alle wurden von Prof. Heinzer ausführlich beantwortet. Dafür bedankt sich die Gruppe ausdrücklich.

Anzumerken ist, dass die AOK Niedersachsen/Celle im Rahmen einer Projektförderung Fortbildung einen Teil der Kosten übernommen hatte.



© Foto Weiss

30 Patienten aus sieben Landkreisen gründeten im September 2003 auf Initiative von Georg Beck und Adolf Gogg die Selbsthilfegruppe **Bad Buchau - Federsee**. Unterstützt wurden und werden sie durch die Leitung der Federseeklinik: Geschäftsführer Walter Hummler hilft bei organisatorischen Fragen, stellt kostenlos Saal, Beamer und andere Ausrüstung zur Verfügung, während Professor Martin Huonker, Ärztlicher Direktor des Therapiezentrum Federsee und Dr. Heike Breiting, Oberärztin der Onkologie, auf medizinischer Seite als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Von Heidenheim bis zum Bodensee reisen die rund 130 Mitglieder, alle ehemalige Buchauer Reha-Patienten, zu den regelmäßig Vorträgen an.

Zum 10-jährigen Jubiläum organisierte die Gruppe den „1. Bad Buchauer Tag der Männergesundheit“. Neben zahlreichen Ehrengästen und Wegbegleitern konnten die Organisatoren mehr als 400 Besucher begrüßen. Diese konnten sich an diversen Ständen ausführlich informieren lassen. Viele nutzten auch die Möglichkeit, die begehbare Prostata anzuschauen. Höhepunkte des 1. Bad Buchauer Männergesundheitstages waren diese Vorträge:

- Dr. med. J. Lennerz, Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Ulm: **Diagnosesicherung und Klassifizierung von Prostataerkrankungen durch den Pathologen**
- Prof. Dr. M. Huonker, Gesundheitszentrum Federsee: **Anschlussheilbehandlung nach radikaler Prostatektomie, Medizinische Aufgabenstellung und Reha-Ziele**
- P. Enders, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe: **Die Bedeutung der Selbsthilfe für Prostatakrebsbetroffene und ihre Angehörigen**
- A. Gogg, SHG Bad Buchau-Federsee: **Prostatakrebs – was nun? Empfinden eines Betroffenen.**

Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Schleswig-Holstein im Gespräch mit seinen Kooperationspartnern

Von Ingo Jobst, Vorsitzender Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Schleswig-Holstein



© privat

Das waren die Themen:

- Verbesserung der Behandlungsqualität durch Qualitätsmessung
- Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Zukünftige Entwicklungen
- Beteiligung an Studien

Ausgangspunkt der Diskussion war die Statistik über Prostatektomien in Deutschland (BPS-Magazin 2/2013). Erkennbar niedrige Prostatektomie-Fallzahlen von Belegärzten haben wir kritisch bewertet. Unser Wunsch: Kliniken mit wenigen Prostatektomien sollten diese anspruchsvolle Therapie nicht durchführen (mittelfristig keine Bezahlung durch Kostenträger).

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollten ihrem Namen gerecht werden. Sie sollen dem Laien verständliche Aussagen über Therapieergebnisse machen, welche mit bundesweit akzeptierten Qualitätsindikatoren gemessen werden. Hierfür sollten Indikatoren der zertifizierten Prostatakrebszentren und des International Consortium for Health Outcome Measurement Anwendung finden. Unser Interesse, die Behandlungsergebnisse unserer Kooperationspartner vergleichen zu können und sie Patienten verfügbar zu machen, haben wir an dieser Stelle verdeutlicht.

Als weitere Interessen unseres Landesverbandes haben wir die Einführung der elektronischen

Patientenkarte/-akte thematisiert. Damit können unnütze Doppeluntersuchungen vermieden und komplette, aktuelle Informationen aus einer Datenquelle verfügbar werden. Denn derzeit ist der Datentransfer zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten unzureichend, es mangelt an elektronischen Schnittstellen. Im Ergebnis kann das zu unvollständig dokumentierten Krankheitsverläufen führen und die Bewertung der Behandlungsergebnisse wird erschwert. Positive Ausnahme sind von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Prostatakrebszentren.

Teil zukünftiger Entwicklungen sollte nach unserem Verständnis die flächendeckende Versorgung in spezialisierten Zentren sein. Die Zahl der Zentren sollte sich am Versorgungsauftrag und an einer für gute Ergebnisse notwendigen Spezialisierung ausrichten. Längere Anfahrtswege werden von Patienten toleriert, wenn sie davon ausgehen dürfen, gut therapiert zu werden. Der Befürchtung niedergelassener Ärzte, ihre wirtschaftliche Basis könnte durch Patientenbindung der Prostatakrebszentren gefährdet werden, kann durch gute Zusammenarbeit der Kliniker und Niedergelassenen zum Nutzen der Patienten begegnet werden.

Für eine größere Patientenbeteiligung an Studien wollen wir aktiv werben.

Weitere, regelmäßige Treffen unserer Partner unter Beteiligung des Landesverbandes werden gewünscht.

5 Jahre Kooperation

Prostatakarzinomzentrum Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz und die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung

Von Helmar Frenzel und Ralf Rauh, Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung



© privat

Am 28.05.2008 unterzeichnete der Vorstand der SHG die Kooperationsvereinbarung mit dem ersten ostdeutschen Prostatakrebszentrum (PKZ). Grund genug am 28.05.2013 die vergangenen fünf Jahre in einer gemeinsamen Veranstaltung Revue passieren zu lassen. Beide Seiten sind neue Wege gegangen, es war und ist ein gegenseitiges Geben und Nehmen.

Der Vorsitzende unserer SHG, Peter Scheffler, stellte wichtige Themen bei der Zusammenarbeit vor:

- Gruppentreffen mit Vorträgen und Diskussionsrunden, unterstützt durch Prof. Dr. Fahlenkamp, OÄ Frau Dr. Sünder und OA Dr. Belz
- Mitgestaltung und Unterstützung der 1.Tagung des „Regionalverbandes der Neuen Bundesländer“ 2009 in Chemnitz
- Mitwirkung des PKZ am Patientenkongress der Deutschen Krebshilfe 2010 in Chemnitz
- Vor- und Nachbereitung der gemeinsamen Telefonforen in der Freien Presse in den Jahren 2009, 2011 und 2013
- Patientenveranstaltungen in der Klinik mit regelmäßiger Beteiligung unserer SHG
- Beratungsangebote in der Prostatakarzinom-Sprechstunde,
- Urologische Patienten-Foren.

Das gemeinsame Wirken hat nicht nur die Qualität der SHG-Arbeit gefördert sondern auch das Wachstum unserer Gruppe: nach einer Vorstellung der SHG in einem der Urologischen Patienten-Foren konnten beim nächsten Gruppentreffen gleich fünf neue Mitglieder begrüßt werden.

Peter Scheffler dankte allen Mitarbeitern des Prostatakrebszentrums und übergab ein umfangreiches Infopaket mit Patientenratgebern.

OA Dr. Belz referierte anschließend zur PREFERE-Studie und zu aktuellen medikamentösen Behandlungsstrategien beim kastrationsresistenten Prostatakrebs.

Nach einem gemeinsamen Gruppenfoto wurden Funktion- und Behandlungsräume der neuen Poliklinik – speziell ihres urologischen Bereichs – besichtigt. Damit ist wiederum ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der ambulanten Versorgung unter Nutzung der klinischen Kapazitäten gelungen.

Alle Teilnehmer der Veranstaltung waren sich einig in dem Willen, auch im nächsten Jahrfünft die Kooperationsvereinbarung mit Leben zu erfüllen.

36 Betroffene und zwei Lebenspartnerinnen wurden von der leitenden OÄ und Ärztlichen Direktorin der Klinik Frau Dr. Sämman, von OÄ Frau Dr. Eisenbrand in Vertretung von Prof. Dr. Fahlenkamp, ChA Urologie und Leiter des PKZ und OA Herr Dr. Belz, Koordinator des PKZ, herzlich begrüßt.

Neu im BPS

Wir begrüßen herzlich die im Dezember 2013 neu aufgenommene Gruppe:

Prostatakrebs SHG Erzgebirge

Wolfgang Köhler, Südstraße 25, 08294 Löbnitz, Tel.: 0152 06219366

Gruppe wird gut angenommen



© privat

Red. (mk): Im März 2010 gründeten 15 Männer die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe **Lutherstadt Eisleben**. Bis 2013 hat sich die Anzahl der Mitglieder auf 23 erweitert. Gemeinsame Aktivitäten von Mitgliedern und ihren Partnerinnen werden geschätzt. Im Jahr 2013 besuchten sie die Uni-

versitätsklinik in Magdeburg. Das Universitätslabor wurde besichtigt, ein Vortrag von Prof. Dr. M. Schostak informierte zu Vorsorge und Nachbehandlung von Prostatakrebs. Eine Schleusenfahrt mit anschließendem Kaffeetrinken rundete den Besuch ab.

Prostatakrebs Kongress 2013 in den Niederlanden

Von Helmut A. Kurtz, Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe NordWest e.V.



v. I. K. Schinder, H. A. Kurtz, K. Schoolmann, Herr van Wiek -Prostatakrebsverband NL-, G. Zieseniß

© privat

Aufgrund längerer freundschaftlicher Kontakte wurden Mitglieder des Regionalverbandes zum alle zwei Jahre stattfindenden Prostatakrebs Kongress in den Niederlanden eingeladen. Die Veranstaltung fand im Kongresszentrum Ede statt. Von den 560 Teilnehmern wurde unsere kleine Gruppe mit großem Beifall begrüßt.

Themengebiete waren u.a. Sexualität und Hormone, Partnerinnen erkrankter Männer, neue Entwicklungen in der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakrebs.

Unsere Gruppe hat viele Eindrücke und neue Freunde gewonnen. Wir werden die Beziehungen zur Prostatakrebs Selbsthilfe der Niederlande weiterhin vertiefen.

Gute Resonanz

Infoabend Prostatakrebs in Rellingen

Von Ingo Jobst, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Elmshorn



v. l. I. Jobst, Dr. Bauermeister, E.-G. Carl, Dr. Spethmann

© privat

Seit 2007 organisieren die Selbsthilfegruppen **Elmshorn** und **Pinneberg** im November eine Informationsveranstaltung zum Prostatakrebs. Schwerpunktthemen waren diese Mal Früherkennung, Therapie und Nachsorge, mit besonderem Fokus auf der Aktiven Überwachung und das Ab-

wartende Beobachten. Vorgestellt wurde auch das Für und Wider neuer Medikamente zur Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakrebs.

Die Referenten, Dr. Bauermeister aus Pinneberg und Dr. Spethmann vom Klinikum Wedel, haben bereits ihre Teilnahme für 2014 zugesagt.

Tagesausflug nach Bad Gandersheim



© privat

Red. (mk): Mitglieder der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe **Landkreis Heidekreis** besuchten im Oktober mit ihren Partnerinnen die Paracelsus-Kliniken Bad Gandersheim, eine Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation sowie Psychoonkologie.

Begrüßt wurde die Gruppe durch die Verwaltungsleiterin Frau Hille, die in einem gemeinsamen Rundgang die Einrichtungen des Klinikum zeigte. Von besonderem Interesse war der Vortrag des Urologen Dr. Bartels über das Spektrum von Früherkennung bis Nachbehandlung.

Niedersächsische Krebsgesellschaft tagt in Bad Zwischenahn



© Nds. Krebsgesellschaft

Red. (mk): Joachim Böckmann, Leiter der Prostatakrebs SHG **Ammerland e.V.**, hatte die Organisa-

tion des Jahrestreffens 2013 der Niedersächsischen Krebs-Selbsthilfegruppen in Bad Zwischenahn übernommen. Unterstützt wurde er von Frau Dr. B. Burmester, Geschäftsstellenleiterin der Niedersächsischen Krebsgesellschaft sowie von Dr. M. Steder, Chefarzt der Onkologischen Reha-Klinik am Meer.

Das Thema der Veranstaltung war Rehabilitation nach Krebs. Die Referenten/Innen waren von der Dt. Rentenversicherung-Bund aus Berlin, Frau Dr. S. Kirschning und Herr B. Lindow sowie Herr M. Gaspar, MA, von den Hamm-Kliniken St. Peter-Ording. Teilgenommen haben 65 Krebs-SHG-LeiterInnen aus Niedersachsen.

Herbst-Ausflug nach Kreischa

Von Werner Breitenborn, Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung



© privat

Mitglieder und Angehörige der Oschatzer Selbsthilfegruppe nutzten die sonnigen Herbsttage zu einem Besuch der Bavaria-Klinik Kreischa, einer der größten Rehabilitationskliniken in Deutschland. Kreischa hat als Kurort eine lange Tradition. Einst als 1. Sächsische Kaltwasserheilanstalt gegründet, ist die moderne Heilstätte seit fast 170 Jahren eine

anerkannte Einrichtung der medizinischen Rehabilitation. Heute werden in Kreischa Patienten mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern behandelt.

Die Klinikleitung hatte für unsere Gruppe ein besonderes Programm zusammengestellt: Ein Gespräch mit Dr. Ebermayer zum Prostatakrebs, ein Besuch bei der Ernährungsberatung sowie ein Klinik-Rundgang mit Besichtigung einiger Therapiebereiche.

Anschließend wurde die Burg Weesenstein besucht. Die Räume der Burg waren im zweiten Weltkrieg Hauptdepot evakuierter Dresdner Kunstschätze. Heute ist das Schloss im Besitz des Freistaates Sachsen. Auf der Heimfahrt noch ein kleiner Umweg über Dresden. Der Ausflug endete mit einem gemütlichen Zusammensein im Gasthaus in Wildberg.

Frauenpower beim Bielefelder Angehörigensymposium

Von Wolfhard D. Frost, PSA Selbsthilfegruppe Bielefeld



v. l. A. Siekmann-Frost, K. Wippermann, Dr. A. Menzel-Begemann, M. Sc. F. Kopsch

© W. D. Frost

Rappelvoll und überwiegend weiblich war es Ende November im Saal Ravensberg des Bielefelder Hofes beim Angehörigensymposium der Bielefelder PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs. Annette Siekmann-Frost und Wolfhard D. Frost hatten Referentinnen der Uni Bielefeld und der TU Braunschweig eingeladen. Frau Dr. Anke Menzel-Begemann und Kerstin Wippermann von der Uni Bielefeld, Fachbereich Gesundheitswissenschaft, berichteten von ProPASS, einer Studie, in welcher ganz praktisch untersucht wird, wie von Frau der Übergang von der stationären in die häusliche Pflege und die Versorgung eines Angehörigen, z.B. mit Prostatakrebs, bewältigt werden kann. Patienten und Angehörige werden schon während des stationären Klinikaufenthalts des Betroffenen auf die häusliche Selbstversorgung vorbereitet.

Mit vielen Fragen und praktischen Anregungen zum „Wie?“ und „Was?“, zum „Wann?“ und „Wer hilft mir?“, dominierten die weiblichen Teilnehmer wortgewandt und nicht enden wollend die anschließende sehr lebhaft Diskussionsrunde. Für Annette Siekmann-Frost ist die Rückkehr zur Normalität und die Bewältigung des Alltags wie auch für viele von Prostatakrebs be-

troffene Paare eine große Herausforderung. Das Paar befindet sich plötzlich in einer Dreierbeziehung mit dem Prostatakrebs, der Bedürfnisse wie Zärtlichkeit, Körperkontakt und Nähe häufig zunichte macht. Frau Siekmann-Frost: „Unter dem Mangel an Nähe leiden wir Frauen ganz besonders.“

Frau M. Sc. Franziska Kopsch, vom Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig, stellte Ergebnisse aus der Studie „Seite an Seite“ vor, wo untersucht wurde, wie wirksam ein viermaliges partnerschaftliches Training zur Unterstützung von Paaren mit einem Mammakarzinom bei der Partnerin ist. Frau Kopsch: „Die beteiligten Paare haben durchweg davon profitiert.“ An der nachfolgenden wiederum regen Diskussion beteiligten sich jetzt auch die in der Minderzahl befindlichen Männer, ging es doch darum, ob und wie Mann und Frau die Braunschweiger Studienergebnisse ganz praktisch in ihre häusliche Realität übertragen können. Leider wurde zum Schluss deutlich, die Übertragbarkeit der bisherigen Ergebnisse beim Mammakarzinom auf Prostatakrebs dauert noch.

Neuer Arbeitskreis: Frauen im BPS (FiBPS)



Wollen mehr als gemeinsames Kaffeetrinken: Friederike Meyer, SHG Konstanz; Susanne Arends, SHG Gießen; Ingrid Olbrich, SHG Südpfalz; Marion Tödter-Kurtz, SHG Heidekreis; Ursula Reitberger, SHG Nürnberg

© S. Arends

Red. (ur): Im Oktober 2013 trafen sich in Kassel fünf Frauen aus verschiedenen Selbsthilfegruppen zu einem Seminar rund um das Thema „Frauennetzwerk im BPS“. Der Erfahrungsaustausch über die Rolle der Frauen ergab eine große Bandbreite ihrer Beteiligung in den Gruppen. So gibt es sowohl reine Männergruppen, als auch die Einbeziehung der Frauen bei gesellschaftlichen Ereignissen bis hin zu Gruppen, in denen die Frauen regelmäßig teilnehmen und für sich selbst und für die Männer aktiv werden.

In vielen Gruppen sind die Frauen von Anfang an dabei, als Fahrerin und „Übersetzerin“ ihrer Männer, als „Gesundheitsminister“ der Familie, als Zuhörerinnen oder aktive Mitgestalterinnen, als Begleiterinnen und Helferinnen für den Selbsthilfegruppenleiter, als Stütze bei der organisatorischen Arbeit zuhause, als Vertreterinnen der Gruppe bei Standdiensten außerhalb, bei der individuellen Betreuung von Betroffenen und ihren Partnerinnen am Telefon, bei Haus- und Klinikbesuchen. Die Frauensymposien bei den Mitgliederversammlungen der vergangenen Jahre spiegeln dieses Engagement wider.

Die Teilnehmerinnen des Seminars in Kassel befürworteten eine größere Anerkennung und Integration der Frauen im BPS. Die Überlegungen

fürten zu dem Schluss, dass das geplante Netzwerk zum Austausch von Informationen der Partnerinnen von Männern im BPS sich am besten über einen Arbeitskreis verwirklichen lassen wird. Der Arbeitskreis soll eine konstante, weiterführende Arbeit sichern und die Bedürfnisse und Belange der Frauen bündeln und ihre Interessen vertreten. Die Teilnehmerinnen wünschten sich auch eine Verankerung des Frauensymposiums auf den jährlichen Mitgliederversammlungen. Hier könnten einerseits Wünsche und Bedürfnisse auf breiter Ebene diskutiert werden, andererseits würden die anwesenden Frauen der SHG-Gruppenleiter über die Aktivitäten des Arbeitskreises FiBPS informiert.

Der BPS hat bereits eine Homepage „Forum für Frauen“ zur Verfügung gestellt. Zunächst wird es sich um ein internes Netz für die Teilnehmerinnen des Arbeitskreises sowie weitere Frauen von SHG-Leitern handeln, die an einer aktiven Mitarbeit im Netzwerk Frauen interessiert sind. Wer aktiv oder passiv mit dabei sein möchte, kann sich gerne per E-Mail melden: u.reitberger@gmx.de!

Für die Seminarteilnehmerinnen:
Ursula Reitberger

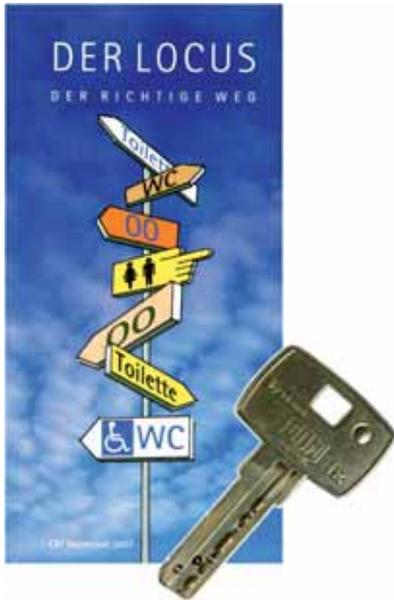
Im Jahr 2013 verstarben die Selbsthilfegruppenleiter

Rudolf Kramer
Gerd Unterstenhöfer
Werner Wegner

Wir trauern um sie und behalten sie in dankbarer Erinnerung.

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Euro-WC-Schlüssel



Red. (mk): Berechtigt zum Kauf des Euro-WC-Schlüssels – ein Universalschlüssel, der europaweit Tausende von Behindertentoiletten kostenlos öffnet – sind Personen, die in ihrem Schwerbehindertenausweis einen Grad der Behinderung von mindestens 70 und das G eingetragen haben. Bei Bestellung ist eine Kopie des Schwerbehindertenausweises vorzulegen. Alle Unterlagen können per Post geschickt, gefaxt oder per E-Mail übertragen werden.

Vertrieben wird der Euro-WC-Schlüssel vom Darmstädter Club Behinderter und ihrer Freunde (CBF). Der Schlüssel kann dort im Onlineshop bestellt werden unter <http://www.cbf-da.de>.

Aktuell kostet der Schlüssel 18 Euro.

Über den CBF ist das Heft „Der Locus“ zu beziehen. Im Heft sind 9.000 behindertengerechte Toiletten in Deutschland und Europa aufgelistet.

Inkontinenzeinlagen verschreiben lassen

Red. (mk): Ärzte dürfen diese Produkte verschreiben, und Kassen beteiligen sich an den Kosten. Patienten können ihren Hausarzt, Urologen oder andere Ärzte ihres Vertrauens nach einem Rezept fragen. Inkontinenzprodukte sind sogenannte Hilfsmittel und werden nicht auf das Budget des einzelnen Arztes angerechnet.

Mit seinem Rezept erkundigt sich der Patient bei seiner Krankenkasse nach der Bezugsadresse und dem von der Kasse getragenen Kostenanteil. Manche Kassen bezahlen ihren Versicherten einen Festbetrag. Andere haben Versorgungsverträge mit Versandhäusern abgeschlossen, bei denen Patienten Inkontinenzeinlagen bestellen können.

Quelle: Infozentrum Inkontinenz

Wissensreihe Männergesundheit

Tabuisierung von Männererkrankungen abbauen



Männer haben oft eine falsche Scham, insbesondere wenn es um urologische oder psychische Erkrankungen geht. Dagegen setzt die Stiftung Männergesundheit Wissen und Infor-

mation. Mit der „Wissensreihe Männergesundheit“ sind insgesamt 30 Ratgeber geplant. Für die ersten drei Hefte hat sich die Stiftung ganz bewusst stark tabuisierte Erkrankungen herausgesucht: Depression, Prostatakrebs und erektile Dysfunktion.

Die Ratgeber stehen als Download und als Print-Ausgabe zur Verfügung. Nähere Informationen unter:

<http://www.stiftung-maennergesundheit.de/start/hauptnavigation/wissensreihe.html>

Register BPS – Magazin 2013

Ausgabe 1

Editorial

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen 2

Hautnah erlebt

Annehmen können 3
Abschied von Lothar 5

Medizinische Versorgung

Palliativ-Versorgung des Prostatakarzinoms 6
Palliativmedizin: was hat das mit mir zu tun? 11

Palliative Versorgung

Der Mensch steht immer im Mittelpunkt 14
Ärzte wollen Klarheit bei Sterbehilfe 16
Hospiz – Begleitung und Versorgung 17
Palliativmedizinische und hospizliche Versorgung 18
Hospize und Palliativeinrichtungen 19
Betreuung durch den ambulanten Pflegedienst 23
Seelsorgerische Begleitung 26
Psychologische Begleitung 27

Was ist zu tun?

Hilfen bei Pflegebedürftigkeit 31
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung 33

Für Sie notiert

Hilfreiche Adressen 35
Buchtipps 36

Ausgabe 2

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
Werner Weber-Heuser ausgezeichnet 38
Information in der Pathologie 38
SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V. erfolgreich gestartet 39
Krebsinformationstag in Bad Salzungen 39
Ehrenmitglied: Wolfgang Bosbach 40
Wein – Schokolade – Resveratrol 40

Ausgabe 3

Editorial

Therapie beim fortgeschrittenen Prostatakrebs

Die Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs 3

Aktuell

Intelligente Konzepte für die Onkologie von morgen 6
DGU hat einen neuen Präsidenten 10
DGU gründet Zentrum für evidenzbasierte Medizin 10
Das Urologische Studienregister der DGU 11
PSA-Screening ins rechte Licht gerückt 13
Selbsthilfe im Wandel 14

Forschung

PROBASE – Die Deutsche Prostatakrebs Screening Studie 15
Zwischenbericht – „DNA-ProKo-Studie“ 16
Prostatakrebsforschung in Deutschland stärken 17

Diagnose und Therapie

Strahlen gegen Knochenmetastasen 18
Irreführende Studie zu Omega-3-Fettsäuren und Prostatakrebs-Risiko 19

Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

Ehrennadel für Hinrich Börm 20
Jubiläen in der Selbsthilfe 20
Landesverband Schleswig-Holstein im Gespräch 23
SHG Chemnitz - 5 Jahre Kooperation 24
Neu im BPS 24
SHG Eisleben – Gruppe wird gut angenommen 25
Regionalverband NordWest zu Gast in den Niederlanden 25
SHGen Elmshorn und Pinneberg veranstalten gemeinsamen Infoabend 26
SHG Landkreis Heidekreis in Bad Gandersheim 26
SHG Bad Zwischenahn richtet Treffen der Nds. Krebsgesellschaft aus 27
SHG Oschatz und Umgebung in Kreischa 27
Frauenpower beim Bielefelder Angehörigensymposium 28
Neuer Arbeitskreis – „Frauen im BPS“ 29
Nachruf 30

Für Sie notiert

Euro-WC-Schlüssel 31
Inkontinenzeinlagen 31
Wissensreihe Männergesundheit 31

Register 2013

32

Vereinsinterne Ankündigung

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Bundestagung 2014

Magdeburg
30. Juni - 2. Juli 2014



Informationsmaterial

Heft 3/2013

- 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
- 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“

Symposium

KASTRATIONSRESISTENTER PROSTATAKREBS

Laienverständliche Informationen zum fortgeschrittenen Prostatakrebs

Samstag, 22.02.2014 von 14:00 – 16:00 Uhr
Messegelände, Eingang Süd, Raum 4.1e
6. Krebsaktionstag im 31. Deutschen Krebskongress

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
in Kooperation mit
Deutsche Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs

Moderation:

Günter Feick, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Referenten und Themen:

Prof. Dr. Kurt Miller, Charité, Berlin: Hormontherapie des fortgeschrittenen Prostatakrebs

Prof. Dr. Axel Heidenreich, Universitätsklinikum der RWTH Aachen:

Erstlinientherapie beim kastrationsresistenten Prostatakrebs

PD. Dr. Sebastian Rogenhofer, Universitätsklinikum Bonn:

Zweitlinientherapie beim kastrationsresistenten Prostatakrebs

PD. Dr. Georg Bartsch, Universitätsklinikum, Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt:

Knochenspezifische Therapieansätze beim kastrationsresistenten Prostatakrebs

Vorträge und Vorstellungen der Krankheitsverläufe einzelner Patienten
und Fragen der Zuhörer

[Eintritt frei!](#)



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

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