

## Welche Therapie für meine Lebensqualität?



Überreicht durch:

# Inhaltsverzeichnis

Heft 1, April 2012

## Editorial

## Aktuell

Lebensqualität und Prostatakrebs .....	2
DNA-Zytometrie Studie – Spendenaufruf .....	3
Movember Spendenaktion.....	3
Initiative „Hygienebehälter in Herrentoiletten“ .....	4
Patiententag in Planegg .....	4
Was bedeutet was? .....	5

## Gesundheitspolitik

Hohe Standards – gute Behandlungsergebnisse .....	6
Elektronische Gesundheitskarte .....	7
Broschüre „Psychosoziale Unterstützung“ .....	8
Haus der Krebs Selbsthilfe – Stellungnahme Patientenrechtegesetz .....	9
Festbetrag für Avodart™ und Finasterid .....	11

## Diagnose und Therapie

Patienten fragen – Mediziner antworten .....	11
Aktive Beobachtung – Hoffnung für Betroffene? .....	12
Elastographie – Verbesserte Aufspürgenauigkeit .....	14
Cyberknive – Strahlen-Skalpell statt Operation .....	16
Nachlese DGU-Kongress 2011 .....	19

## Leserbriefe

Was bedeutet eigentlich interdisziplinär? .....	23
---	----

## Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

10 Jahre SHG Pforzheim .....	24
Männertag in der Rheintorklinik .....	25
Besuch im Niedersächsischen Landtag .....	25
Selbsthilfe und Prostatazentrum Luckenwalde: Hand in Hand .....	26
Jahresabschluss SHG Großbottwartal .....	27
Bürgermedaille für Friedel Lehr .....	28
LV Hessen: Erfolgreiches Treffen .....	28
Gemeinsam Präsenz zeigen .....	29
Premiere gelungen .....	29

## Für Sie notiert

Mit dem Rad von Lörrach nach Rügen .....	30
Das Mandelbäumchen .....	30
Rezension „Ich habe Prostatakrebs und warte ab“ .....	31
Register Magazin 2011 .....	32

Termine

Titelseite: Grafik S. Arends

Fotos: Deutsche Krebsgesellschaft (S. 5), AOK Mediendienst (S. 7), Deutsche Gesellschaft für Urologie (S. 21), Windolf (S. 27), KUKM (S. 28), sonstige privat

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

Nutzen Sie auch das Informationsangebot im Internet:  
[www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de)  
[forum.prostatakrebs-bps.de](http://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), Walter Kämpfer (stv. Vorsitzender), Paul Enders (stv. Vorsitzender)  
 Schriftleitung:  
 Günter Feick, Marlene Kühlechner

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

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

E-Mail: [info@prostatakrebs-bps.de](mailto:info@prostatakrebs-bps.de)  
 Internet: [www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de)

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

### Druck:

C.V. Engelhard  
 Weidendam 10  
 30167 Hannover

### Bankverbindung:

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

### Spendenkonto:

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

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:  
 VR-Nr. 7824

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

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

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

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e.V.



Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband



Mitglied in der BAG Selbsthilfe



### *Liebe Leserinnen und liebe Leser,*

Prostatakrebs mit niedrigem Risiko, der zum Zeitpunkt seiner Entdeckung keine Probleme verursacht, kann mit der Aktiven Überwachung behandelt werden. Operation oder Bestrahlung mit heilender Absicht oder eine medikamentöse Therapie mit ihren jeweiligen möglichen Nebenwirkungen können so vermieden werden. Wird während der Aktiven Überwachung ein Fortschreiten der Erkrankung festgestellt, kann sodann eine Behandlung mit heilender Absicht erfolgen. Für eine Strategie der Aktiven Überwachung eines nicht oder noch nicht behandlungsbedürftigen Prostatakrebs empfiehlt die S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms mit folgenden Voraussetzungen:

PSA-Wert  $\leq 10$  ng/ml, Gleason-Wert  $\leq 6$ , Stadium cT1c (durch Stanzbiopsie bei erhöhtem PSA nachgewiesen) und cT2a (Tumor nimmt weniger als die Hälfte eines Prostatalappens ein), Tumor in  $\leq 2$  Stanzen und  $\leq 50\%$  Tumor in einer Stanze.

Der PSA-Wert kann durch eine Blutprobe bestimmt werden. Die anderen Kriterien müssen durch eine Gewebeprobe der Prostata von einem Facharzt der Pathologie geprüft werden. Mit Ultraschall, Magnetresonanztomographie oder anderen Techniken bildlicher Darstellung können diese Feststellungen nicht getroffen, aber unterstützt werden. In ihren Befundberichten informieren Pathologen über die Ausbreitung und Aggressivität des Tumors. Insbesondere werden in einer feingeweblichen Beurteilung der Proben die Abweichungen von normalen Gewebestrukturen mit Hilfe des Gleason-Werts beschrieben. In der Praxis sollten ab dem Gleason-Wert 6 Arzt und Patient therapeutische Konsequenzen vereinbaren.

Falls Sie eine Aktive Überwachung in Betracht ziehen, kann im Einzelfall zur Klärung bestimmter Fragestellungen eine DNA-zytometrische Zusatzuntersuchung vorgenommen werden (Anleitung zur pathologisch-anatomischen Diagnostik von Prostata Tumoren, März 2011, Bundesverband Deutscher Pathologen e.V., Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V.). Die DNA-Bildzytometrie soll Hinweise auf die Aggressivität der Tumorzellen und eine zusätzliche Hilfe bei einem Therapieentscheid geben. Diese Diag-

noseform misst die Zahl der Chromosomensätze (Ploidie) in den Prostatakarzinomzellen. Danach wird die ermittelte Zahl ins Verhältnis gesetzt zu einer bei Menschen normalen Anzahl von 46 Chromosomensätzen. Damit soll eine prognostisch bedeutende Bestimmung der Malignität des Karzinoms getroffen werden. Je bösartiger ein Tumor ist, umso ausgeprägter sind die Abweichungen der Chromosomensätze, so lautet eine Annahme beim Prostatakrebs. Die DNA-zytometrische Untersuchung eines Prostatakarzinoms ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Ob die DNA-Bildzytometrie eine zusätzliche diagnostische Absicherung für den Therapieentscheid zur Aktiven Überwachung sein kann, versucht eine Studie zu ermitteln. Sie geht der Frage nach, kann die Bestimmung der Ploidie zusätzlich zum Gleason-Wert, eine objektivere und prognostisch bedeutende Aussage zur besseren Identifizierung der Patienten machen, die von einer Aktiven Überwachung mehr profitieren als von einer sofortigen Operation, Bestrahlung oder Hormontherapie.

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. und die Stiftung Männergesundheit unterstützen mit einem Spendenaufruf das Zustandekommen der Studie zur Vorhersage eines klinisch gutartigen Verlaufs durch die DNA-Bildzytometrie bei Niedrigrisikopatienten mit Mikrokarzinomen der Prostata (Siehe Seite 3).

Die wissenschaftliche Erkenntnis ordnet die Aktive Überwachung ein in die empfehlenswerten Behandlungsoptionen beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit geringem Risiko (S3-Leitlinie zur Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms). Übertherapie für Patienten mit lokal begrenztem Mikrokarzinom und die möglichen Folgen von Impotenz und Inkontinenz vermeiden, hat sich der BPS zur Aufgabe gemacht, die er durch seinen jüngsten Arbeitskreis „Niedrigrisiko Prostatakarzinom“ bearbeiten wird.

Ihr

Josef Dietz

– Arbeitskreis Niedrigrisiko Prostatakarzinom –

## Lebensqualität und Prostatakrebs

**Red. (gf):** Der ganze Mensch, nicht allein der Prostatakrebs, soll bei Therapieentscheidungen im Mittelpunkt stehen. Neben rein medizinischen Erwägungen sollen auch wichtige Fragen zur Lebensqualität berücksichtigt werden, wie z.B.:

- Was bedeuten mögliche Nebenwirkungen einer Maßnahme für zukünftiges körperliches und seelisches Wohlbefinden?
- Wiegt der zu erwartende Nutzen eines Eingriffs eine Beeinträchtigung auf?
- Welche Ansprüche an Lebensqualität sind wichtig?
- Wie wird sich die Lebensqualität ohne Behandlung weiterentwickeln?

Diese Fragen werden individuell unterschiedlich beantwortet. Aber auch rein medizinische Erwägungen kommen zu individuell unterschiedlichen Antworten, weil die beste Therapie nicht immer die maximale Therapie sein muss und nicht jede Behandlung besser wirkt, wenn sie möglichst frühzeitig durchgeführt wird.

Vor- und Nachteile der Früherkennung, Aktiven Überwachung, Operation, Bestrahlung und des Langfristigen Beobachtens werden in laienverständlicher Sprache in folgenden Patientenleitlinien/Patientenratgeber beschrieben:

- **Früherkennung Prostatakrebs**
- **Prostatakrebs I Lokal begrenztes Prostatakarzinom**
- **Prostatakrebs II Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom**

Sie wurden von Ärzten und Vertretern der Prostatakrebs Selbsthilfe verfasst und basieren auf der Medizinischen Leitlinie zur Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms.

Diese Ratgeber informieren über

- den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Behandlung bei Prostatakrebs
- die „richtigen Fragen“ im Gespräch mit Ärzten
- Beratungsangebote

Sie ermutigen anstehende Entscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihren behandelnden Ärzten und Ihren nahen Angehörigen zu treffen.

Die Patientenratgeber sollen Ihnen helfen die richtige Türe zu öffnen.



## Spendenaufruf

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. bittet um Unterstützung der Studie

### Vorhersage eines klinisch gutartigen Verlaufs durch die DNA-Bildzytometrie bei Niedrigrisikopatienten mit Mikrokarzinomen der Prostata

mit einer Spende auf das Spendenkonto Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Konto-Nr. 70 20 621 Sparkasse Hannover (BLZ 250 501 80)

Für eine Überweisung aus dem Ausland verwenden Sie bitte die IBAN DE62250501800007020621

und die BIC SPKHDE2H

Bitte geben Sie als Verwendungszweck „**DNA-Zytometrie**“ an. Der BPS wird eine Spendenquittung ausstellen.\*

Details der Studie sind einsehbar in der BPS Homepage unter: <http://www.prostatakrebs-bps.de/DNA-Zytometrie>

Gerne steht Ihnen für weitere Auskünfte und Hilfen Josef Dietz, Leiter der Selbsthilfegruppe Bretten und Mitglied im Vorstand des Landesverbandes Baden-Württemberg zur Verfügung.

Seine Kontaktdaten sind: Josef Dietz, Max-Reger-Str. 10, 75015 Bretten Tel. 07252 5800 156, Fax 07252 5800 157,

E-Mail [info@prostata-shg-bretten.de](mailto:info@prostata-shg-bretten.de).

*\*Bis Ende März 2012 wurden **21.000 Euro** gespendet.*

## Movember-Spendenaktion 2011

### Bayreuther Chemiker spenden 1.700 Euro für die Studie zur DNA-Zytometrie

**Red. (mk):** Mit der Aktion „Movember 2011“ hat sich der Alumniverein Chemiker Spaß Gesellschaft e.V. (CSG) dem Thema Prostatakrebs gewidmet und konnte mit den eingeworbenen Spenden den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe und insbesondere die Studie zur DNA-Zytometrie unterstützen. Die Chemiker Spaßgesellschaft Bayreuth fördert ideell und materiell die wissenschaftliche Ausbildung und Forschung an der Fakultät für Biologie, Chemie und Geowissenschaften, insbesondere die Fachgruppe Chemie an der Universität Bayreuth.

Die Idee zu Movember stammt aus Australien und Neuseeland. Mit ihr werden Spenden für Prostatakrebsforschung und Kampagnen für Männergesundheit gesammelt.

„Movember“ setzt sich zusammen aus dem engl. moustache („Oberlippenbart“) und dem Monatsnamen November. Folgerichtig lassen sich Movember-Teilnehmer im November Oberlippenbärte wachsen, um so auf den Spendenzweck aufmerksam zu machen und zum Spenden aufzurufen. „Movember“ ist als Stiftung organi-

siert, die in derzeit sieben Ländern die Movember-Aktion koordiniert und Spenden an nationale Forschungseinrichtungen weiterleitet.

Der BPS dankt ihnen und den anderen Spendern der Movember-Spendenaktion.



v. l. Andreas Hanisch, Thomas Ruhland und Markus Müller

## Harninkontinenz ist (k)ein Tabuthema

### Initiative „Hygienebehälter in Herrentoiletten“

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

Männer mit Harninkontinenz tragen Vorlagen, die sie unterschiedlich häufig wechseln müssen. Wenn allerdings Hygienebehälter fehlen, ist eine diskrete, sichere und hygienische Entsorgung der Vorlagen problematisch.

In Damentoiletten sind Hygienebehälter selbstverständlich. Sie sollten auch in Herrentoiletten selbstverständlich werden.

Im Interesse der Betroffenen geht der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) dieses Thema offensiv an und greift damit eine Initiative der Prostatakrebs Selbsthilfe Rheine auf. Wir versuchen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e.V. (Dehoga) das Thema in der Öffentlichkeit zu platzieren und Hotels und Gaststätten zu motivieren, in ihren öffent-

lichen Herrentoiletten Hygienebehälter zu installieren. Ebenfalls sind alle Krankenhäuser wie auch alle öffentlichen Institutionen und Bundes-, Landes- und Kommunale Behörden aufgefordert, sich an dieser sinnvollen Initiative zu beteiligen.

Ludger Schnorrenberg und Oskar Blum haben das Projekt bei der Jahrestagung 2011 den BPS-Selbsthilfegruppen vorgestellt und haben bereits erste Rückmeldungen über eine erfolgreiche Umsetzung der Initiative durch die Selbsthilfegruppen erhalten. So wurden bereits in etlichen öffentlichen Gebäuden und Kliniken Hygienebehälter in die Herrentoiletten aufgenommen.

Unter [www.hygienebehaelter-herrentoiletten.de](http://www.hygienebehaelter-herrentoiletten.de) finden Sie weitere Informationen.



## Patiententag 2011 Planegg

Von Wolfhard D. Frost

PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld

„Es macht Sinn, Patienten auch über die S3-Leitlinie hinaus zu beraten“ war die Botschaft von Dr. Eichhorn an mehr als 150 Teilnehmer der Veranstaltung, darunter viele Selbsthilfegruppenleiter, nach seinem Dank an die Klinik in Planegg, an die Referenten und an die Sponsoren. „Wir sind an einem solchen Patiententag bemüht, Ihnen objektive Informationen an die Hand zu geben; für Sie selbst und Ihre Selbsthilfegruppen. Ich bin überzeugt, dass Sie mit diesen Informationen mit Ihren Urologen, Strahlentherapeuten und Onkologen Gespräche auf einem höheren Niveau als bisher führen können, was sich auf Ihre Behandlung verbessernd auswirken kann.“

Dipl. Phys. Kopp, Augsburg, u.a. auch Experte beim Bundesumweltministerium in Sachen medizinischer Strahlenschutz, erläuterte weitgehend laiengerecht und dennoch für den einen oder anderen fast zu ausführlich die Grundlagen der Physik bis hin zur Strahlenbiologie.

Entscheidend sei die Wirkung der Strahlen auf die Zelle, nämlich das Auslösen des gesteuerten Zelltods (Apoptose) bei Tumorzellen, die allerdings von Zellen umgeben seien, die geschont werden müssen.

Dr. Djamali-Leonhard, München, stellte die Vorzüge der Brachytherapie dar, u.a. hohe Dosis bei starkem Dosisabfall im Bereich der Risikoorgane wie periprostatitisches Nervenbündel, Darm, Harnröhre, Harnblase; Möglichkeit der Dosisintensivierung, ambulante Monotherapie; sehr geringe Gefahr der permanenten Inkontinenz; weitgehender Erhalt der Potenz. Die fokale Brachytherapie, d.h. ganz gezielt zu bestrahlen und gleichzeitig mögliche Tumorsatelliten in der übrigen Prostata mit einer ausreichenden Dosis mit zu bestrahlen, sei möglich.

Prof. Herbst vom Rinecker Protonen Therapie Centrum in München erläuterte das Verfahren: Die hypofraktionierte eskalierte Protonentherapie sei die schonendste

Methode der Strahlentherapie zur Heilung des Prostatakarzinoms. Aktuelle Nebenwirkungen seien zumeist schon nach 3 bis 4 Wochen ausgeheilt. Es gebe nur minimale Nebenwirkungen, die Potenz bliebe erhalten, wenn sie vor der Therapie noch vorhanden war und es gebe keine Urin-Inkontinenz.

Prof. Molls, Klinikum rechts der Isar, TU-München. Das eigentliche Thema bei der Strahlenbehandlung und bei der Aufklärung der Patienten sei die Frage von Spätnebenwirkungen insbesondere bei Potenz und Kontinenz. „Sie können die tollsten Technologien haben, auch mit wunderbaren Bildern die Vorteile aufzeigen. Was zählt sind Langzeitergebnisse: Wie schaut es aus mit permanenten nicht mehr weggehenden Nebenwirkungen, die die Lebensqualität beeinträchtigen?“

Dr. Eichhorn ergänzte anschließend, hilfreich könne ein seit kurzem in Deutschland zugelassenes Gel sein, welches unter Ultraschallkontrolle zwischen Darmschleimhaut und Prostata kapsel injiziert werden kann, um den Abstand zwischen Darm und Prostata zu vergrößern. Die Nebenwirkungen im Enddarm würden sich weit um die Hälfte reduzieren.

Prof. Groettrup, Universität Konstanz und St. Gallen: Eine dendritisch basierte Immuntherapie des mHRPCa sei machbar, würde gut toleriert und sei insoweit auch sicher. Dendreon USA, habe kürzlich Provenge®, Sipuleucel-T, auf den Markt gebracht. Die Therapie sei lt. Prof. Groettrup visionär. Patientenmaterial würde in die USA gebracht, dort werden die Zellen kultiviert, die gefrorenen Zellen kommen wieder zurück und damit würden die Patienten dann vor Ort behandelt. Bei eigenen Studien habe man die T-Killerzellantworten von vier verschiedenen Prostatakarzinom-Antigenen messen können. Der Aufwand sei aber enorm. „Deswegen arbeiten wir an einem Versuch, die dendritischen Zellen bereits schon im Körper zu beladen“, was möglicherweise künftig in jeder Arztpraxis durchführbar sein könnte.

Dr. Oberneder als Hausherr der Castringiusklinik in München und Prof. Manseck, Chefarzt der Urologie im Klinikum Ingolstadt informierten über Unterschiede bei offener und roboterassistierten RP und verglichen die Ergebnisse.

Dr. Eichhorn informierte ausführlich über Therapien mit neuen Medikamenten und was sich in den Studien-Pipelines befinden würde wie Denosumab, Cabazitaxel, Abiraterone, MDV3100, TAK700, Tasquinimod und Cabozantinib.

## Was bedeutet was?

**Red. (mk):** Medizinische Fachausdrücke lassen sich leider nicht immer „eindeutschen“. Wo findet der Leser also Hilfe?

So gibt es z.B. eine spezielle Broschüre mit Fachausdrücken zum Prostatakrebs – das **Kleine Wörterbuch für Prostatakrebspatienten** des Bundesverbandes, oder auch das **Krebs-Wörterbuch** der Deutschen Krebshilfe. Beide Broschüren können kostenfrei über die Geschäftsstellen des BPS angefordert werden.

Informationen finden Sie im Internet unter:

<http://www.tk.de/rochelexikon/>

<http://www.dgho-onkopedia.de/mein-onkopedia/dgho-glossar>

Ein ganz besonderes Angebot finden Sie unter

<http://www.washabich.de>

Sie sind Patient, halten einen medizinischen Befund in den Händen und fragen sich, was er eigentlich bedeutet? Egal ob Laborbefund, zahnmedizinischer Befund, Ergebnis einer Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung: Das Team von „Washabich“ hilft Ihnen dabei, Ihr ärztliches Dokument besser zu verstehen.



**BPS**<sup>®</sup>  
**Bundesverband  
Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.**



Gefördert durch die  
Deutsche Krebshilfe

**Kleines Wörterbuch  
für  
Prostatakrebspatienten**

## Hohe Standards, gute Behandlungsergebnisse?

**Peter Albers, Präsident des Deutschen Krebskongresses, erläutert die Herausforderungen beim Qualitätsmanagement in der Onkologie**



*Beim Deutschen Krebskongress 2012 gab es erstmalig ein gemeinsames Symposium mit der American Society of Clinical Oncology. Dabei stand die Qualität der Versorgung von Krebspatienten im Mittelpunkt. Im nachstehenden Interview erläutert Professor Albers die Aspekte dieses vielschichtigen Themas*

**Prof. Albers:** Wir arbeiten erstmals mit der American Society of Clinical Oncology (ASCO) zusammen, weil es in den USA ebenso wie in Deutschland Bestrebungen gibt, die Versorgungsstrukturen in der Onkologie unter dem Qualitätsaspekt zu beleuchten. Das ASCO-Symposium deckt als Hauptsymposium des Krebskongresses drei Schwerpunkte ab. Zum einen diskutieren wir den Umgang mit Leitlinien, auf denen die meisten Qualitätsanstrengungen basieren. Als zweites geht es um die Umsetzung der Leitlinien in zertifizierten Zentren und die damit verbundenen Herausforderungen. Der dritte Punkt ist die Auswertung der Zentrumsresultate vor dem Hintergrund von Krebsregistern. Beide Länder kämpfen mit diesen drei Punkten, deshalb suchen wir die Diskussion und versuchen Parallelen aufzuzeigen.

In Deutschland ist die Versorgungslandschaft in der Onkologie geprägt durch die Etablierung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren, an denen interdisziplinäre Teams zusammenarbeiten, um die Patienten leitliniengetreu zu behandeln. Diesen Weg beschreiten wir jetzt seit acht Jahren. Mittlerweile werden zum Beispiel über 90% der Brustkrebspatientinnen an solchen von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren behandelt. Es ist sehr interessant, jetzt die ersten Ergebnisberichte dieser Zentren zu lesen und auch die Befragungen der dort behandelten Patientinnen zu analysieren. Sie zeigen, dass die Patientinnen sehr zufrieden mit dieser Entwicklung sind – auch wenn es an der einen oder anderen Stelle Verbesserungspotenzial gibt. Darüber hinaus haben wir mit unseren Qualitätssicherungsmaßnahmen in den letzten Jahren hauptsächlich die Prozess- und Strukturqualität gemessen. Das heißt, wir fragen ab, ob der Fall für die Planung des therapeutischen Vorgehens in der interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen wurde, wie häufig die Befunde des Patienten gegengelesen wurden oder wie häufig er eine leitlinien-

gemäße Behandlung erhielt. All diese Dinge liegen jetzt auf dem Tisch und können analysiert werden. Ob das bestehende Konzept auch tatsächlich die Ergebnisqualität einer Behandlung verbessert, ist ungleich schwieriger nachzuweisen, dazu müsste man Überlebensraten oder Lebensqualitäten messen und mit einer Behandlung an nicht-zertifizierten Häusern vergleichen. Es wird schwer sein, die Zentrumsresultate historisch zu vergleichen. Insofern ist dieser Nachweis nicht einfach zu führen. Aber die Zentren werden natürlich nur dann langfristig erfolgreich sein, wenn man auch beweisen kann, dass eine leitliniengerechte multidisziplinäre Behandlung tatsächlich zu besseren Behandlungserfolgen führt.

**Leitlinien spielen eine wichtige Rolle im Qualitätsmanagement. Wo liegen denn die Herausforderungen bei ihrer Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzung?**

**Prof. Albers:** Die Entwicklung einer Leitlinie setzt den Konsens verschiedener Fachdisziplinen unter Einschluss von Patientengruppen voraus. Zumindest für die S3- und S2k-LL-Leitlinien gibt es inzwischen einen formalen Prozess, der begrüßenswert, wenn auch zum Teil langwierig ist. Man darf nicht vergessen, es handelt sich um eine deutsche Leitlinie im internationalen Konsens – es dürfen nicht zu viele Unterschiede zu internationalen Daten vorhanden sein. Das heißt, eine Leitlinie ist eigentlich nur dann sinnvoll, wenn sie sehr, sehr engmaschig aktualisiert wird. In der Urologie haben wir dazu den Begriff „Living Guideline“ geprägt. Die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom etwa wird jetzt jährlich auf neue Literatur hin geprüft und bei Bedarf angepasst. Wenn aktuelle Entwicklungen einfließen und Fehlentwicklungen rechtzeitig erkannt werden, dann findet die Leitlinie auch hohe Akzeptanz auf allen Seiten. Das heißt die Pflege einer Leitlinie ist unabdingbar. Die größte Herausforderung sehe ich im Moment darin, ihre Umsetzung in der alltäglichen Krankenversorgung zu

überprüfen. Im Idealfall müsste für alle Behandlungen, auch über die zertifizierten Zentren hinaus, transparent nachweisbar sein, ob und inwiefern eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie stattgefunden hat. Bisher gehen wir alle davon aus, dass Leitlinien angewendet werden. Zusätzlich ist dabei zu bedenken, dass Leitlinien bewusst keine Richtlinien sind, sondern vielmehr Handlungsempfehlungen, die begründete Abweichungen zulassen.

### Ein weiterer Punkt bei diesem Symposium mit der ASCO werden Krebsregister sein. Wo liegen denn hier die Herausforderungen?

**Prof. Albers:** Krebsregister haben vor dem gerade besprochenen Kontext eigentlich nur dann Sinn, wenn es sich um klinische Krebsregister handelt. Das heißt, es müssen dort Daten erfasst sein, die Rückschlüsse auf das Tumorstadium und auf die jeweilige spezielle Therapie ermöglichen. Dort sollte auch die Nachsorge bzw. der weitere Verlauf der Erkrankung registriert sein. Das ist in Deutschland noch nicht flächendeckend umgesetzt. Wir sind im internationalen Vergleich da sicherlich kein Glanzlicht. Aktuell ist Deutschland in den üblichen Krebsregistern wie EUROCARE oder GLOBOCAN mit einer Abdeckung der behandelnden Fälle gelistet, die deutlich unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Vor diesem Hintergrund gibt es seit einigen Jahren die Forderung, dass über die Nation hinweg Krebsregister etabliert werden, bei denen epidemiologische Daten und Daten über

den Krankheitsverlauf zusammenlaufen. Aber das ist ein sehr, sehr großer logistischer Aufwand, der aus meiner Sicht durch unser föderales System noch erschwert wird. Und so haben wir nach wie vor ein sehr heterogenes Bild bei den klinischen Krebsregistern in Deutschland. Aber ohne diese Register werden wir nie beurteilen können, ob sich zum Beispiel eine leitlinienkonforme Behandlung langfristig auszahlt. Dann werden wir auch kein Argument dafür haben, dass diese leitliniengerechte Behandlung angemessen bezahlt werden sollte. Denn in den letzten zehn Jahren sind alle Entwicklungen der Qualitätssicherung eigentlich von vielen Betroffenen eher altruistisch betrieben worden. Die Zentrenbildung wurde von den einzelnen Häusern bezahlt. Weder Kostenträger, und schon gar nicht staatliche Institutionen, haben sich an dieser Qualitätsinitiative finanziell beteiligt. Aber wenn wir die klinischen Krebsregister nicht langfristig auf- und ausbauen, dann werden wir es schwer haben, eine wirkliche Begründung dafür zu finden, warum die gerade besprochenen Qualitätssicherungsmaßnahmen tatsächlich weiter verfolgt werden sollten.

Experten-Interviews zum Thema Qualitätssicherung finden Sie hier:

[www.krebsgesellschaft.de/dkk\\_2012\\_interviews](http://www.krebsgesellschaft.de/dkk_2012_interviews).

Quelle: Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft, [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

## Alles oder Nichts?

### Was die elektronische Gesundheitskarte könnte aber noch nicht kann

Von Carolin Stock  
Bundesgeschäftsstellenleiterin des BPS

**Ihre Anfänge** feiern sicher bald Jubiläum. Seit gefühlt zehn Jahren schwirrt sie durch die Köpfe und über die Schreibtische der Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem, die elektronische Gesundheitskarte.

Irgendwann wurde der Gesetzgeber ungeduldig und legte schließlich fest, dass bis Ende 2012 mindestens 70% der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen die elektronische Gesundheitskarte in den Händen hal-

ten. Eine Versichertenkarte, die sich am Ende darin von ihrem Vorgänger unterscheidet, dass sie ein Foto enthält? Das kann es ja wohl nicht gewesen sein!

Das soll es auch nicht gewesen sein. Die Krankenkassen setzen derzeit alles daran, das viele Geld, das zwingend mit der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte fällig wird, auf der Zielgeraden noch für Inhalte nutzen zu können.





### Möglich wäre vieles

Immerhin ist der Mikrochip, das eigentliche Herzstück der elektronischen Gesundheitskarte, technisch so vorbereitet,

dass nach und nach Informationen hinzugefügt werden können, siehe Kasten.

#### Was die elektronische Gesundheitskarte können könnte:

- Verwaltungsdaten online aktualisieren, ohne Austausch der Karte
- wichtige Informationen wie Allergien, Angehörige etc. für Notfälle speichern
- Befunde von Arzt zu Arzt geben
- Behandlungsschritte für alle Beteiligten dokumentieren
- Organspende-Erklärung speichern
- bisherige Medikamente und Impfungen anzeigen
- eine elektronische Patientenakte sein

### Patientenrechte

Gesetzlich ist geregelt, dass wir, die Versicherten, dann selber bestimmen können, welche der möglichen Informationen tatsächlich gespeichert sind und welche nicht. Es liegt also an uns, was wir später aus unserer neuen Gesundheitskarte machen. Wer will, hat mit ihr am Ende eine elektronische Patientenakte, die alles rund um unsere Gesundheit und Krankheit gesammelt hat, die jedoch nicht mit der Patientenakte des Arztes zu verwechseln ist.

### Datenschutz

Diese sehr persönlichen Informationen brauchen auch einen sehr persönlichen Schutz vor unberechtigten Zugriffen. Jeder Versicherte verfügt dann über einen eigenen Schlüssel, den er mit seiner Gesundheitskarte in der Hand hat. Einen Generalschlüssel wird es nicht geben, auch keine zentrale Speicherung personenbezogener medizinischer Daten.

Doch dies alles ist noch Zukunftsmusik, noch ist das einzig Innovative das Foto. Der Weg hin zur erleichterten Verständigung der Ärzte untereinander und der besseren medizinischen Versorgung der Versicherten liegt noch vor uns. Der BPS wird sich dafür einsetzen, dass dieser Weg nicht weitere zehn Jahre dauert.

### Die elektronische Patientenakte – Mehr als eine einfache Karte

Der eigentliche Meilenstein, den der BPS befürwortet und anstrebt, ist eine elektronische Patientenakte mit sämtlichen Informationen über Krankheit und Behandlung des Versicherten in dem Umfang, den der Patient wünscht. Der Betroffene hat alleinige Verfügungsgewalt über seine Akte und entscheidet somit selbst, welche medizinischen Daten tatsächlich erscheinen. Damit bleibt er selbstbestimmt, bekommt aber gleichzeitig eine gute Möglichkeit, alle wichtigen Informationen zu seiner Erkrankung zu bündeln, sicher zu verwahren und seinen Ärzten zur Verfügung zu stellen. Dies ist besonders bei schweren Erkrankungen mit langen Verläufen und mehreren Therapeuten wichtig für eine gute medizinische Versorgung.

## „Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Krebs – ein Wegweiser“



Die Broschüre „Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Krebs – ein Wegweiser“ informiert über die heutigen Möglichkeiten und Angebote an psychosozialer Unterstützung unter Einbeziehung der Angebote der Krebs-Selbsthilfeorganisationen.

Angeregt wurde die Broschüre von den Krebs-Selbsthilfeorganisationen im Haus der Krebs-Selbsthilfe. Diese haben sie gemeinsam mit den Fachverbänden Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung, Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen erarbeitet und herausgegeben. Die Erstellung und unentgeltliche Verteilung ermöglichte die Förderung mit Selbsthilfe-Fördermitteln der DAK-Unternehmen Leben.

Sie erhalten die Broschüre über die Geschäftsstelle des BPS, Tel. 05108 926646.

# Patientenrechtegesetz

## Zusammenfassung der Forderungen der Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)  
(Stand 8. Februar 2012)

**HAUS DER KREBS-SELBSTHILFE**



Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V.



Bundesverband der Kehlkopferierten e.V.



BPS  
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.



DEUTSCHE  
ilco  
Deutsche ILCO e.V. -  
Selbsthilfe bei  
Darmkrebs und Stoma



DLH  
Deutsche Leukämie-  
& Lymphom-Hilfe e.V.



Frauenselbsthilfe  
nach Krebs-  
Bundesverband e.V.



Ohne Schilddrüse  
leben e.V.



shb  
Selbsthilfe-Bund  
Blasenkrebs e.V.

gefördert von



Deutsche Krebshilfe  
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

### 1. § 630c BGB – Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

- Forderung, dass auch im Arzt-Patienten-Gespräch die Rolle der Angehörigen deutlich zum Ausdruck kommt.
- Informationspflicht des behandelnden Arztes ist dahingehend zu konkretisieren, dass dieser über die Möglichkeit der Zweitmeinung aufklärt.
- Anspruch auf einen Patientenbrief mit Diagnose und Behandlung in patientenverständlicher Sprache durch den behandelnden Arzt.

### 2. § 630e BGB – Aufklärungspflichten

- Hat der behandelnde Arzt beim Aufklärungsgespräch den Eindruck, dass der Patient im Augenblick nicht in der Lage ist, der Aufklärung zu folgen und den Inhalt sachgemäß zu verstehen, ist der Patient zu fragen, ob er einen Angehörigen, Patientenfürsprecher oder eine ihm sonst vertraute Person hinzuziehen möchte.
- Bei dem Aufklärungsgespräch sind evidenzbasierte Patienteninformatio-  
nen – soweit vorhanden – dem Patienten zugänglich zu machen.

### 3. § 630f BGB – Dokumentation

- Die Verbände fordern, dass die ärztlichen Dokumente in ihrer ursprünglichen Fassung erhalten bleiben. Nachträgliche Änderungen, Berichtigungen oder Ergänzungen sind in einem gesonderten Dokument festzuhalten, welches der Patientenakte beigelegt wird. Nur so kann gewährleistet werden, dass Beweise ausreichend gesichert werden können, damit Betroffene im Falle von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern Unterstützung finden.

### 4. § 630h BGB –

#### Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

- Die Verbände bedauern, dass der Entwurf zum Patientenrechtegesetz keine weitergehende Regelung für eine erleichternde Beweislast der Patienten festschreibt. Die Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe fordern die Bildung von unabhängigen Einrichtungen wie z.B. einer Kommission und/oder einer Schiedsstelle; diese sind paritätisch aus den Bereichen Leistungserbringer, Kostenträger und Patientenvertreter zu besetzen. Ihre Unabhängigkeit ist festzuschreiben und die Finanzierung durch die öffentliche Hand sicherzustellen.
- Eine Beweislastpflicht des Behandelnden im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung wird von den Verbänden begrüßt. Die mit Absatz 3

verbundene Vermutung des Nicht-Treffens der Maßnahme bei fehlender Dokumentation findet bei den Verbänden ebenfalls Anklang.

- Im Zusammenhang mit der Beweislast fordern die Verbände ferner, dass für diejenigen Fälle, bei welchen im Zivilprozess offen bleibt, ob sich in einem Behandlungsfall ein Gesundheitsrisiko des Patienten oder ein Risiko des ärztlichen Eingriffs verwirklicht hat, ein Härtefallfonds im Sinne eines öffentlichen Fonds geschaffen wird, über den betroffene Patientinnen und Patienten Unterstützungsleistungen erhalten. Dabei ist sicherzustellen, dass dieser Härtefallfonds nicht aus Patienten- bzw. Versicherungsgeldern finanziert wird.

#### 5. § 13 SGB V – Kostenerstattung

- Es wird begrüßt, dass die Versicherten die Möglichkeit haben, die geforderte Leistung selbst zu beschaffen, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über die Leistung entscheidet. Die Kosten können rückwirkend geltend gemacht werden.

#### 6. § 66 SGB V – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehler

- Forderung, dass die Krankenkassen unterstützen müssen (nicht sollen). Es fehlen ferner Konkretisierungen der Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten, kommen die Kassen der Unterstützungsleistung nicht nach.

#### 7. Hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, integrierte Versorgung/IGeL-Leistung (§§ 73b, 73c und 140a SGB V)

- Eine Möglichkeit des Versicherten zum Widerruf der Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen ambulanten Versorgung und integrierter Versorgung von zwei Wochen wird begrüßt. Vermisst wird diese Möglichkeit bei den IGeL-Leistungen sowie die Konkretisierung des Umgangs mit den IGeL-Leistungen.

#### 8. § 99 SGB V – Bedarfsplanung

- Die Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten in den Landesvertretungen zur Bedarfsplanung wird begrüßt.

#### 9. Sicherung der Qualität der Leistungserbringer (§§ 135a und 137 SGB V)

- Forderung eines flächendeckenden Registers für Fehlermeldungen, welches öffentlich zugänglich ist.

#### 10. § 140h SGB V – Amt, Aufgabe und Befugnisse der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

- Eine erweiterte Vorgabe zur Informationsweitergabe wird positiv bewertet.
- Abkoppelung des Amtes von einer Partei.

#### 11. Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher; Patientenselbsthilfe

- Aus der Erfahrung, wie erleichternd eine externe Stütze bei Arzt-Patienten-Gesprächen oder beim Gang zu Untersuchungen, Behandlungen, etc. sein kann, fordern die Verbände die aktive Einbindung der Patientenselbsthilfe. Dies beinhaltet auch das Anrecht auf die Einbindung eines Selbsthilfevertreters bei Gesprächen und Behandlungen.
- In den meisten Krankenhäusern stehen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher den Patienten bei Fragen, Beschwerden, Problemen etc. zur Seite. Diese Einrichtung hat sich als erfolgreich erwiesen. Die Verbände vermischen eine bundesweite Regelung im Entwurf zum Patientenrechtegesetz zur Einsetzung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern. Daneben fordern die Verbände, dass solch eine Institution auch im ambulanten Bereich eingerichtet wird. Ferner muss die Unabhängigkeit dieser Position gewährleistet sein.

#### Gefordert wird ferner:

- Ein Stimmrecht der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss in Verfahrensfragen.
- Die Beteiligung der Patientenvertretung auf das Widerspruchsverfahren auszuweiten.
- Es ist sicherzustellen, dass die Belange von Patientinnen und Patienten in allen Gesetzgebungsverfahren, welche Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten haben, stärkere Berücksichtigung finden.

## Gesetzliche Krankenkassen bezahlen nur noch Festbetrag für Avodart™ und Finasterid

**Red. (dv):** Mit Wirkung vom 1.1.2012 wurde der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt, dass Finasterid und Avodart™ in eine Festbetragsgruppe eingeordnet wurden. Daher wird von den Krankenkassen für Avodart™ (Wirkstoff Dutasterid) nur noch ein Festbetrag in Höhe von 58,92 EUR für 90 Kapseln bezahlt.

Die Differenz zum höheren Preis wird als Mehrkosten den Patienten aufgebürdet. Avodart™ kann billiger als Re-Import oder Parallelimport bezogen werden. Es ist

dasselbe Medikament in einer anderen Packung und Beipackzettel in deutscher Sprache. In diesem Falle liegen die Mehrkosten bei „nur“ 38,79 EUR. Leider gibt es für Avodart™ noch keine preiswerteren Generika.

Diese Festbetragsregelung gilt auch für den Wirkstoff Finasterid. Hier gibt es jedoch genügend Medikamente mit dem Wirkstoff Finasterid, deren Verkaufspreis unterhalb der Festbetragsgrenze liegt.

## Diagnose und Therapie

### Patienten fragen – Mediziner antworten

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

#### Patient:

Nach meiner Operation im Februar 2004 war der PSA-Wert mit der vierteljährlichen Spritze (Eligard), seit 2007 intermittierend, bis Februar 2009 immer wieder bei 0,04 ng/ml.

Seit September 2010 (0,11 ng/ml) steigt er langsam aber stetig. Von Dezember 2010 bis September 2011 erfolgte unter Zoladex ein Anstieg auf 0,39 ng/ml. Im Dezember 2011 lag der PSA-Wert bei 0,43 ng/ml. Auf Zoladex wurde verzichtet, da anscheinend eine Hormonresistenz vorliegt.

- 1) Soll ich Zoladex doch weiternehmen, weil dadurch möglicherweise der PSA-Wert nicht so sehr ansteigt, weil vielleicht manche Tumorzellen hormonresistent und manche aber nicht hormonresistent sind?
- 2) Soll ich, ohne Zoladex, so lange warten bis der PSA-Wert so hoch ist, dass man die Metastasen mit einem Cholin-PET/CT sehen und evtl. bestrahlen kann?
- 3) Soll ich eine niedrig dosierte Dexamethasontherapie machen? Beahlt diese Therapie die gesetzliche Krankenkasse?

**Aus unserem Expertengremium antwortet dieses Mal Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wirth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden:**



- 1) Die bislang durch Ihren Urologen erfolgte Behandlung scheint angemessen. Bei dem niedrigen PSA-Wert kann Zoladex zunächst durchaus abgesetzt bleiben.
- 2) Sie können ohne Zoladex sicherlich ohne Probleme so lange warten, bis der PSA-Wert über 5 ng/ml steigt.
- 3) Zu einer niedrig dosierten Dexamethasontherapie gibt es wenig verlässliche Daten, so dass diese experimentell ist. Die Krankenkasse würde jedoch eine solche Behandlung wahrscheinlich bezahlen. Insgesamt sollte die Therapie bei Ihnen jetzt individuell erfolgen.

# Aktive Überwachung als defensive Strategie bei insignifikantem Prostatakrebs: Hoffnung für Betroffene?

## Eine kritische Betrachtung

Von Dr. Ernst Herbert Bliemeister



**Ach wie gut, dass niemand weiß** ... Jeder kennt das Lied vom Rumpelstilzchen und die Moral des Märchens: Einsicht und Wissen befreien von Angst und Not. Diese Lehre gilt für viele Bereiche des Lebens und sollte auch für die moderne Medizin gelten. Was nämlich die flächendeckende Angst vor Prostatakrebs (PK) angeht, möchte man meinen, dem deutschen Mann drohe das baldige Aus.

Die Ängste werden dabei durch pseudowissenschaftliche Informationen ebenso geschürt wie durch wenig aufgeklärte Fachärzte. Da Angst bekanntlich gefügig macht, fragen die verunsicherten und oft fehlinformierten Patienten häufig nicht nach, ob die angeratene Behandlung überhaupt [lebens]notwendig sei. Eine konsequente Anwendung längst verfügbarer, wissenschaftlich begründeter, empirisch bewährter und GKV-zugelassener Diagnostik hilft sicher zu entscheiden, ob bzw. welche individuelle Gefährdung ein PK darstellt.

Leisten das auch die für Aktive Überwachung vorgegebenen Einschlusskriterien?

### Fatale Eigendynamik der PK-Diagnostik

2010 wurde in Deutschland bei über 64.000 Männern PK diagnostiziert. PK ist damit vor Dickdarm- und Lungenkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Allerdings sterben die meisten Männer an Lungenkrebs und „nur“ ungefähr 12.000 an Prostatakrebs. Die Zahlen stammen von Angaben auf Totenscheinen, denen die wahren Todesursachen nur unsicher zu entnehmen sind. Die Zahl tatsächlich am PK Verstorbener liegt wahrscheinlich deutlich niedriger.

### Notwendige Differenzierung: welche PKs sind gefährlich und welche nicht?

Das bestätigt auch die S3-Leitlinie Prostatakarzinom der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in der Version 1.03 vom März 2011: „Nicht alle Männer, die im Laufe ihres Lebens ein Prostatakarzinom entwickeln, müssen mit

einer tumorbedingten Einschränkung ihrer Lebenserwartung oder Lebensqualität rechnen.“ Die S3-Leitlinie räumt ein, dass angesichts verschiedener Definitionen von unwesentlich und wechselnd zuverlässigen „Vorhersageinstrumenten“ bzgl. Gewebe und Krankheitsverlauf derzeit die Frage „Wann ist ein PK unwesentlich?“ nicht sicher evidenzbasiert beantwortet werden kann. Rückschauend wird der exzellente Krankheitsverlauf im Gewebe geringfügig veränderter PK (Gleason-Wert < 5) belegt – gleichgültig, ob behandelt wurde oder nicht. Auch ist die Abhängigkeit der PK-Prognose von der Tumorbiologie gesichert. Weil 50% aller Neuerkrankten einen nicht oder wenig aggressiven PK tragen, und sehr kleine PKs [pT1c] immer häufiger gefunden werden, bietet die S3-Leitlinie Aktive Überwachung gegen Übertherapie an.

### Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien für Aktive Überwachung sind laut S3-Leitlinie: klinisches Stadium T1 oder T2, PSA < 10 ng/ml, PSA-Dichte < 0,2 ng/ml, Prostatastanzbiopsie mit maximal 2 tumortragenden Stanzzyllindern und Gleason-Wert < 7. Es sollten mindestens 8 Stanzzyllinder vorliegen, bei einem Prostatavolumen über 40 ml 10 bis 12 Stanzzyllinder.

Das Konzept des Aktiven Überwachens soll für eine radikale Therapie geeignete, ansonsten aber gesunde Betroffene mit nicht oder wenig aggressiven PK einschließlich Kontrollbiopsie genau überwachen, um die rechtzeitige heilende Behandlung solange aufzuschieben, bis sich die Tumorbiologie oder der Wunsch des Patienten ändert.

### Kontrollregime bei Aktiver Überwachung

Die ersten zwei Jahre erfolgt eine vierteljährliche PSA-Messung plus rektaler Untersuchung. Dies wird danach halbjährlich weitergeführt. Nach 12 Monaten werden 10 bis 12 Stenzen entnommen, danach dreijährlich. Nimmt die PSA-Verdopplungszeit auf weniger als 3 Jahre ab, wird dies als Tumorfortschritt gewertet und eine sekundäre Therapie eingeleitet.

## Leisten die Aktive Überwachung Einschlusskriterien, was sie leisten sollen?

### a) Tumorstadium Bewertung: als Aktives Überwachungs-Kriterium ungeeignet

Die Größe eines PK ist eine träge Komponente. Ein großer, langsam wachsender PK ist weit weniger gefährlich als ein kleiner, explosiv wachsender.

**Fazit: Kein Tumorstadium zeigt die PK-Gefährlichkeit.**

### b) PSA-Bewertung als Aktives Überwachungs-Kriterium ungeeignet

Über 20% aller Erkrankten zeigen normwertiges PSA, während 2/3 bis 3/4 aller Männer mit abnormen PSA-Werten frei von PK sind. Psychovegetative Reize erhöhen PSA ebenso, wie Prostatitis, sportliche Belastung, sexuelle Aktivität und die gutartige Prostatavergrößerung.

**Fazit: Kein PSA-Wert zeigt die PK-Gefährlichkeit.**

### c) Gleason-Wert: als Aktives Überwachungs-Kriterium unzuverlässig

Das Bewertungssystem der Bösartigkeit beschreibt die Dynamik eines PK: ein winziger, explosiv wachsender PK kann

sehr frühzeitig Fernabsiedlungen ausbilden. Auch wenn diese röntgenologisch unentdeckt bleiben, entscheiden sie den Krankheitsverlauf. In der Routinediagnostik ist ein Kardinalproblem beim PK die miserabel nachvollziehbare, interindividuelle Reproduzierbarkeit von ungefähr 50% der Gleason-Bewertungen. Nach dieser Methode beschreibt der Pathologe subjektiv mikroskopisch sichtbare Veränderungen der Architektur von PK-Gewebe. Dabei werden kleine, nur wenige Millimeter messende Krebsherde in Stanzbiopsien oft unzuverlässig bestimmt. Häufige Folge ist die Überbewertung der Gefährlichkeit des PK. Die Hoffnung vieler Männer auf einen „harmlosen“ PK ist deshalb vergeblich, weil Gleason diese an Stanzbiopsien nie erkennt, obgleich sie sehr wohl existieren.

**Fazit: Gleason-Wert erfasst die PK-Gefährlichkeit nur unzuverlässig.**

### Ach wie gut, dass niemand weiß ...

Die S3-Leitlinie selbst nennt die neuen defensiven Strategien im Umgang mit PK Patienten beratungs- und betreuungsintensiv und misst ihnen hohe berufspolitische Bedeutung, vor allem für niedergelassene Urologen bei.

### Klinische Erfahrungen des Autors mit der DNA-ICM seit 2005

Bei Diagnose zeigen 48,4% aller PK ein peridiploides DNA-Muster (Typ A), 23% sind peritetraploid (Typ B), und 25,4% weisen eine x-ploide/multiploide DNA-Verteilung (Typ C/D) auf. Gefahrlos wird die Aktive Überwachungsstrategie bei jedem Typ A möglich, streng individuell (Lebensalter/T-Stadium/Kontrollintervall) modifiziert auch beim Typ B.

100% der zahlreichen Patienten des Autors mit Typ A PK zeigten bei allen Kontrollen (PK Zellen wurden 2-jährlich durch Feinnadel Aspirations Biopsie abgesaugt) ein stabiles DNA-Muster. In der erneuten Stadienbestimmung (CT/MRT) war ihr T- Stadium röntgenmorphologische (der Form nach) unverändert, obgleich einige Männer einen zweistelligen PSA-Anstieg erlebten. Zwei Patienten mit Typ B PK waren bei der Kontrolle mit gerade beginnendem DNA-Progress nach Typ C auffällig. Beide hatten rückläufige PSA-Werte und röntgenmorphologisch stabile T-Stadien, beide wurden unter Einschluss der Lymphabflusswege mittels IMRT bestrahlt. Beide sind bei unverminderter Lebensqualität geheilt. Alle Männer mit lokal begrenztem PK Typ C/D wurden einer Bestrahlung (Photonen/Protonen) von Prostata, Samenblasen und Lymphabflusswegen zugeführt, zwei dieser Männer erlebten Jahre später ein PSA-Rezidiv.

Die Summe der Erfahrung bestätigt ausnahmslos: DNA-ICM erkennt die Gefährlichkeit von PK absolut fehlerfrei. Mehrheitlich tragen Männer einen wenig gefährlichen PK. Die Aktive Überwachung hilft ihnen damit ungefährdet und angstfrei zu leben, wie z.B. mit Bluthochdruck oder Gicht. Bei aggressiven PK erkennt die DNA-ICM jene Therapie, welche optimale Heilungschancen mit maximaler Lebensqualität vereint.

Vielfach fragen radikal operierte Männer beim Autor wegen der klinischen Bedeutung ihres „Biochemischen Rezidiv“ (PSA-Anstieg) an. „Rezidiert“ ein PK nach Prostatektomie mit negativem Schnittrand, so hatte er bereits vor der Operation Mikrometastasen. Röntgendiagnostik übersieht Mikrometastasen. Die DNA-ICM des Primärtumors ermittelt die Prognose: PK mit Typ A metastasieren nie, PK mit Typ B erst bei hohem T-Stadium, PK mit Typ C/D sehr frühzeitig. Beim „Biochemischen Rezidiv“ erkennt die DNA-ICM dessen klinische Bedeutung und hilft, eine tumorbiologisch sinnvolle Therapie zu finden.

Diese stehen der AÜ-Strategie mehrheitlich äußerst kritisch gegenüber, schließlich müssen sie die damit verbundene Mehrbelastung ohne entsprechende Vergütung tragen. Zwei ungeeignete und ein unzuverlässiges Einschlusskriterium belasten die Aktive Überwachungsstrategie methodisch. Ihre engmaschigen Kontrollen halten Betroffene in ständiger Angstspannung.

Immer wieder beklagen Erkrankte den massiven Druck ihrer Urologen, die sie zur Prostatektomie zwingen wollen. Dieselben Ärzte sollen Betroffene nun sensibel und einfühlsam bei der Aktiven Überwachungsstrategie begleiten. Wer erlebt hat, wie Angst durch vegetative Verschaltung zur Prostata den PSA-Wert ansteigen lässt, wird fragen, ob nicht objektiv identifizierbare tumorbiologische Kriterien geeigneter wären, Aktive Überwachung wissenschaftlich sicherer zu begründen.

### Objektivierbare tumorbiologische Aktive Überwachungs-Kriterien

Unstrittig identifiziert die DNA-ICM die tumorbiologische Gefährlichkeit von PK objektiv. Sie filtert aus der großen Menge neu diagnostizierter PK sicher die wenigen, behandlungsbedürftigen PKs heraus. Sie erkennt exakt, ob, wann und wie ein PK ggf. behandelt werden muss und welche Therapie optimale Krebskontrolle mit maximaler Lebensqualität vereint. Die DNA-ICM ist wissenschaftlich fundiert, empirisch bewährt, und eine Kassenleistung. Bei Erstdiagnose zeigen über 48% aller PK eine sich nur lang-

sam verändernde Krankheitssituation (peridiploide DNA Konstellation.) Sie erlaubt Aktive Überwachung ohne gesundheitliche Gefährdung.

Als Kontrolle reicht eine DNA-ICM alle 18 bis 24 Monate aus. Das erforderliche PK-Gewebe wird per Gewebeentnahme gewonnen. Kein einziger der zahlreichen Patienten des Autors mit einem peridiploiden PK hat unter langjähriger Aktiver Überwachung einen DNA-Progress seines PK erlebt.

### Hoffnung für Betroffene

Wie das Zeitgeschehen zeigt, kann, muss und wird Veränderung auch hier primär von Betroffenen selber ausgelöst werden. Wenn möglichst viele Männer (und ihre Frauen) das Potential der DNA-ICM kennen, kann künftig genital verstümmelnde Übertherapie bei PK vermieden werden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Publikation dazu beiträgt.

### Literatur beim Autor

Dr. med. Ernst Herbert Bliemeister,  
Facharzt Urologie & Praktischer Arzt  
Lannerweg 27 · 22145 Hamburg  
[www.prostatakrebsonline.de](http://www.prostatakrebsonline.de)

### Anmerkung der Redaktion

Ob die DNA-Bildzytometrie eine zusätzliche diagnostische Absicherung für den Therapieentscheid zur Aktiven Überwachung sein kann, versucht eine Studie zu ermitteln. Näheres im Editorial auf Seite 1.

## Elastographie

### Scherwellen-Elastographie: Verbesserte Aufspürgenauigkeit

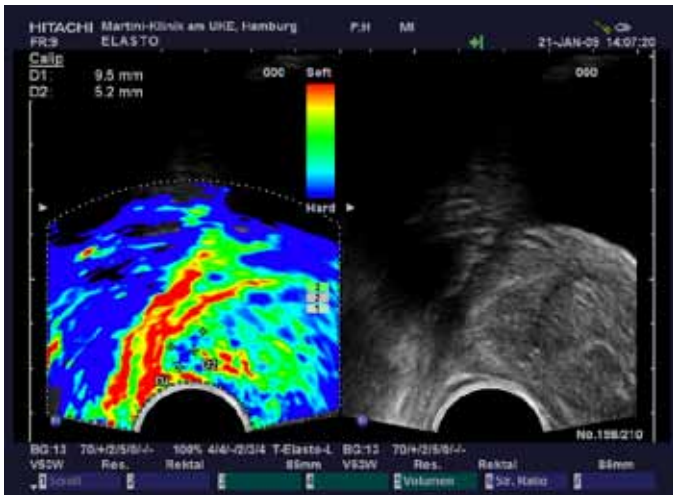
Von PD Dr. Georg Salomon  
Martini-Klinik, Hamburg

Die Schwäche des transrektalen Ultraschalls zur Beurteilung der Prostata ist hinlänglich bekannt. Tumorareale lassen sich meist nicht im konventionellen Ultraschall sichtbar machen. Ein Verfahren, das schon länger angewandt wird, ist die Echtzeit-Elastographie.

Dieses Verfahren macht sich zu Nutze, dass Tumorgewebe in der Regel härter ist (aufgrund der Zelldichte und Drüsenstruktur) als Normalgewebe. Die Echtzeit-Elastographie kann Härteunterschiede des zu untersuchenden Gewebes messen und in unterschiedlichen Farben (für die unterschiedlichen Härten) auf dem kon-

ventionellen Ultraschallbild projizieren. So ist es dem Untersucher möglich, Areale aufzuspüren, die aufgrund ihrer Härte verdächtig für ein Karzinom sind, und dem normalen Ultraschallbild wohl entgangen wären. Nun kann der Urologe und das ist ein weiterer Vorteil gegenüber fast allen bildgebenden Methoden, eine Biopsie in Echtzeit durchführen: d.h. der Untersucher entnimmt unter Sicht exakt aus dem auffälligen Areal Proben. So können Tumore, die sonst möglicherweise einer Standardbiopsie entgangen wären, gefunden werden.



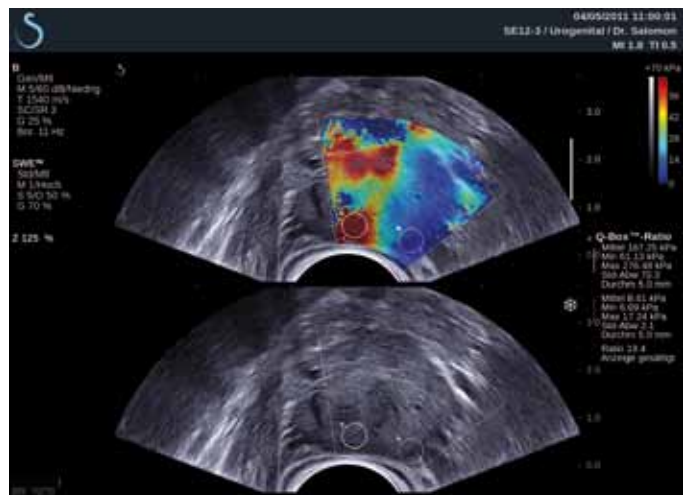


HI-Real Time-Elastographie: blau markiertes Areal (links im Bild), tumorsuspekt (verhärtet)

Es gibt Elastographiegeräte unterschiedlicher Generationen. Dementsprechend fallen die Ergebnisse bzw. Erfolge der Geräte unterschiedlich aus. Wichtig neben dem geeigneten Gerät einer neueren Generation ist definitiv die Qualität der Durchführung. Die Elastographie ist ein erlernbares Verfahren, das jedoch einer gewissen Routine bedarf. Der Untersucher sollte nach Möglichkeit eine hohe Anzahl an untersuchten Patienten aufweisen. Neben der klassischen Echtzeit-Elastographie etabliert sich auch ein recht junges Verfahren, die Scherwellen-Elastographie. Neben technisch-physikalischen Unterschieden ist die Anwendung das Unterscheidungsmerkmal der Scherwellen-Elastographie zur herkömmlichen Elastographie. Während der Untersucher bei der reinen Elastographie das Gewebe durch ruckelnde Bewegungen in Schwingungen versetzt, wird dieses gewissermaßen durch die Scherwelle übernommen, d.h. der Untersucher muss keine zusätzliche Bewegung ausführen. Die Hersteller versprechen sich u.a. hiervon eine verbesserte Untersucherunabhängigkeit, sowie eine geringere Lernkurve für eine exakte Durchführung. Das recht junge Verfahren der Scherwellen-Elastographie kann jedoch noch nicht durch veröffentlichte Studien den Mehrwert aufweisen. Anderes gilt für die herkömmliche Elastographie. Hier gibt es zahlreiche Publikationen und Studien aus unterschiedlichen Kliniken. Die Gesamtheit dieser Studien ist durchaus positiv. Die ersten Studien hatten retrospektiven Charakter: Verglichen wurden in der Elastographie angezeigte potentielle Tumoren mit dem dann endgültigen Prostatektomiepräparat. Es zeigten sich hierbei

Erkennungsraten um 75-80% (Sensitivität und Spezifität). Die neueren Studien klären den eigentlichen Nutzen der Elastographie: Gibt es einen Detektions(Aufspür)vorteil, kann die Elastographie eine Entscheidungshilfe liefern, ob eine Biopsie überhaupt durchgeführt werden muss?

Der Detektionsvorteil wurde von mehreren Arbeitsgruppen beschrieben. Über eine bis zu 3-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass eine elastographisch gezielte Biopsie tumorsuspekt ist, im Vergleich zu einer randomisierten Biopsie wurde berichtet. Eigene Arbeiten aus Hamburg zeigen an >1000 untersuchten Patienten einen Detektionsvorteil von bis zu 20% für die zusätzlich durchgeführten elastographisch gezielten Biopsien. Die Detektionsrate insgesamt lag hier bei 46.2% der Patienten. Die Datenlage ist vielversprechend, eine Risikoein-



Scherwelle: rot umrandetes Areal (links im Bild), tumorsuspekt. Objektive Härtenquantifizierung gegenüber Referenzgewebe (blau markiert). Angabe in kPascal

schätzung, ob eine Biopsie durchgeführt werden muss oder nicht, ist aus unserer Sicht zur Zeit durch die Elastographie alleine jedoch nicht gegeben.

Zusammenfassend ist die Elastographie und auch die Scherwellen-Elastographie eine gute Methode um unerkannte Tumore besser zu entdecken und gezielt zu biopsieren. Wir halten gerade den Einsatz bei Patienten mit vielfach vorangegangenen negative Biopsien und steigenden Risikofaktoren für die geeignete Patientengruppe, die von dieser Technik profitiert. Zur Zeit stehen jedoch leider einer breiflächigen Anwendung immer noch ein sehr hoher Anschaffungspreis und eine fehlende Ausbildungsstruktur im Wege.

## Strahlen-Skalpell statt Operation?

### Kurzzeit-Hochpräzisionsbestrahlung beim Prostatakarzinom

Von Professor M. Heinrich Seegenschmiedt (1), PD Dr. Alexander Muacevic (2), Dr. Markus Kufeld (3), Professor Dr. Volker Budach (4)



Radikale Operation, konventionelle Strahlentherapie und Brachytherapie sind heute gut etablierte Behandlungen beim lokal begrenzten, klinisch nichtmetastasierten Prostatakarzinom. Daneben gibt es die Aktive Überwachung: PSA  $\leq$  10 ng/ml, Gleason  $\leq$  6, T1c und T2a, Tumor in  $\leq$  3 Stanzten,  $\leq$  50% Tumor in einer Stanze und das Abwartende Beobachten: Behandlung erst nach Eintreten von Symptomen.

Gibt es dann überhaupt noch Potential für Verbesserungen? Ja, denn so wie neuerdings Roboter zur Operation eingesetzt werden, arbeiten heute auch Roboter in der Strahlentherapie! In beiden Situationen ist die hohe Präzision, die Sicherheit und der Patientenkomfort ein entscheidendes Argument, neue Möglichkeiten und Verbesserungen bei der Behandlung des Prostatakarzinoms zu suchen, wie die hier dargestellte Methode der Radiochirurgie mit dem Cyberknife!

#### Definition Radiochirurgie

Die Radiochirurgie oder Stereotaktische Körper-Radiotherapie ist eine äußerst präzise wirksame Bestrahlung für begrenzte Organtumore oder Metastasen. Dazu reichen eine einzige oder wenige Behandlungen (1 - 5 Behandlungen) aus. Die hohe Dosis vernichtet den gesamten Tumor und die zerstörten Zellen werden im Lauf der Zeit vom Körper abgebaut. Das Cyberknife arbeitet besonders genau und „schneidet“ mit vergleichsweise kleinen Strahlen aus vielen Richtungen den Tumor sprichwörtlich aus dem gesunden Gewebe heraus. Gleichzeitig wird das umliegende gesunde Gewebe maximal geschont. So kommt auch die Bezeichnung „virtuelles Messer“ oder Cyberknife zustande. Es ist derzeit das einzige robotergeführte Verfahren, das ohne Rahmen bzw. starre Fixierung des Patienten auskommt. Es basiert auf radiochirurgischen Prinzipien, die schon seit über 30 Jahren klinisch angewendet werden, der Konvergenzbestrahlung. Ein Vorläufer dieses Prinzips, das aber nur im Kopfbereich eingesetzt werden kann, ist das Gammaknife

#### Vergleiche zu anderen Behandlungen

Im Vergleich zur Operation ist beim Cyberknife ein invasiver Eingriff mit Narkose und stationärer Aufenthalt nicht erforderlich und selbst bei Inoperabilität ist die Radiochirurgie mit dem Cyberknife immer noch möglich. Gegenüber der üblichen mehrwöchigen Strahlentherapie ist die Behandlungszeit deutlich kürzer, mit nur minimal



invasiver Intervention zur Einlage der Positionierungsmarker bei atemverschieblichen Tumoren, die mit dem „Tracking“-Verfahren behandelt werden. Bei fixierten Tumoren ist die Cyberknife Methode ein komplett nicht invasives Verfahren, das sich besonders für Patienten im höheren Alter (70 - 80 Jahren) eignet.

#### Indikation beim Prostatakarzinom

Die Indikation zur Cyberknife Behandlung beschränkt sich derzeit meist nur auf das Prostatakarzinom, das von folgenden Faktoren bestimmt wird: ein bioptisch gesichertes gut bis mäßig differenziertes Prostatakarzinom; PSA  $<$  10 ng/ml; Gleason-Wert  $<$  7; Prostatavolumen  $<$  60 ml; Ausschluss von Fernmetastasen; ausreichend gutem Harnfluss bei Blasenentleerung; auch alternativ bei funktioneller Inoperabilität. In klinischen Studien in den USA wurde die Cyberknife Behandlung auch bei mittlerem Risiko im Stadium cT2b, Gleason 7 bis 10 und PSA bis 20 indiziert.

## Planung und Vorbereitung der Cyberknife Behandlung

Für die Cyberknife Radiochirurgie beim Prostatakarzinom, werden vier kleine (ca. 5mm lange) Goldmarker über die Haut des Dammes oder über die Rektumschleimhaut in die Prostata über eine Nadel eingebracht. Sie dienen als „Landmarken“ (Fiducials) zur Steuerung des Roboters während der Behandlung. Sie werden aufgrund ihrer hohen Röntgendichte vom Röntgenkamerasystem automatisch geortet und während der Behandlung als Referenzpunkte verwendet. In naher Zukunft werden allerdings solche Marker auch nicht mehr notwendig sein.

Die Planung erfolgt mit Computertomographie und Kernspintomographie, deren Bilder „fusioniert“ werden, um die jeweils besten anatomischen Informationen zu erhalten. Dann werden Größe, Form und Position der zu behandelnden Region (Prostata) und zu schonendes Gewebe (Harnröhre, Enddarm, Dünndarm, Blase) exakt beurteilt und vom Arzt im Planungsprogramm konturiert. So werden im Computer die Tumoregion und alle Risikoorgane erfasst. Dann werden die Dosis im Tumorgebiet und die Toleranzdosen der Risikostrukturen definiert. Damit ist die medizinische Bestrahlungsplanung abgeschlossen.

Der Medizinphysiker führt die physikalische Planung weiter fort und optimiert sie anhand der vorgegebenen Solldosis im Tumor und verschiedenen Toleranzdosen der Risikoorgane. Über komplexe Computer-Optimierungstechniken kann das Gewicht der einzelnen Strahlen so festgelegt werden, dass eine hohe Dosis im Bereich des Tumors unter Beachtung der spezifischen Grenzen der umliegenden Risikoorgane erzielt wird. Auch die Dauer der Bestrahlungssitzung kann optimiert werden.

## Ablauf der Cyberknife Behandlung

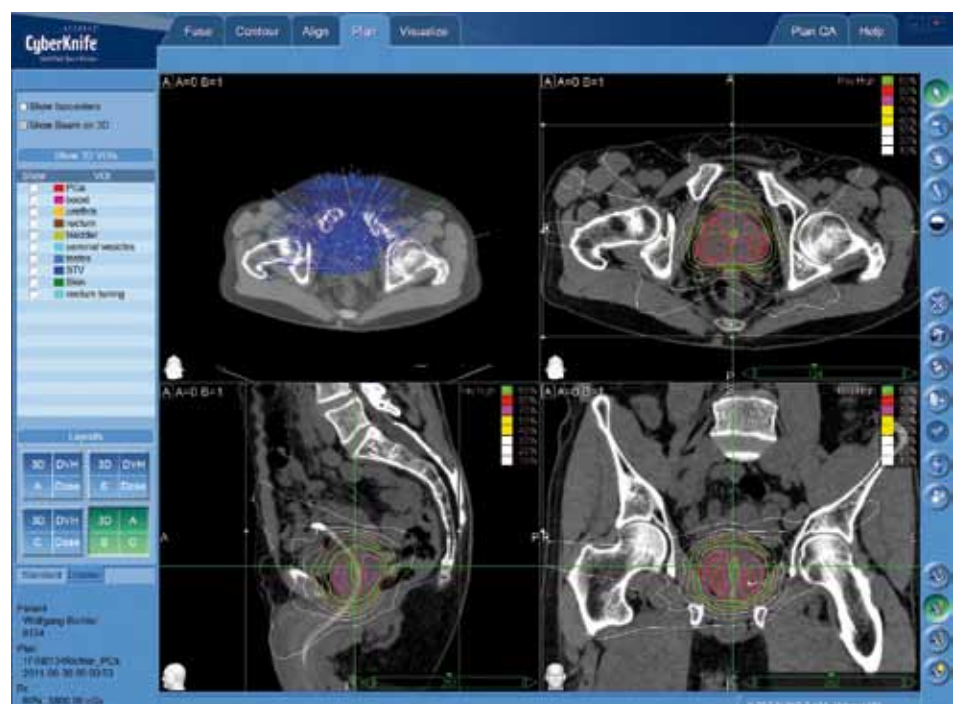
Insgesamt werden beim Prostatakarzinom 4 - 5 Behandlungen im Laufe einer Woche verabreicht.

*Therapiekonzepte beim lokal begrenzten Prostatakarzinom*

- 5 x 7,5 Gy\* bis 37,5 Gy pro Woche (King et al., 2011/Stanford-Protokoll)
- 4 x 9,5 Gy bis 38,0 Gy pro Woche (Fuller et al.)

\*Gy (Gray) = gibt durch ionisierende Strahlung im Gewebe absorbierte Energiedosis an.

Die gesamte Behandlungsserie erfolgt ambulant. Pro Sitzung sind 45 - 75 Minuten einschließlich der Lagerung und Vorbereitungszeit einzuplanen. Während der Behandlung wird der Patient mit vier Videokameras überwacht und der Roboter fährt die etwa 100 - 150 definierte Knotenpunkte an, die um das Zielgebiet verteilt sind. Von jedem dieser Knotenpunkte wird der Strahl in Richtung des Zielvolumens gerichtet. Im Lauf der Behandlung nehmen die Röntgenröhren des Computergesteuerten Lokalisierungssystem immer wieder die aktuelle Position auf, vergleichen und korrigieren diese mit den Koordinaten des Planungs-CT, um die höchst mögliche Präzision während der gesamten Behandlung zu gewährleisten. Der entscheidende Vorteil des Cyberknife gegenüber externen Strahlentherapieverfahren liegt in der Echtzeitkontrolle, was wesentliche engere Sicherheitszonen bzw. einen steileren Dosisabfall zum Normalgewebe ermöglicht.



*Darstellung der Behandlungsplanung mit Cyberknife in 3 Ebenen: erkennbar ist der steile Dosisabfall zum Enddarm und die geringe Dosisbelastung der anderen umliegenden Organe. Im Zentrum der Prostata ist eine höhere Dosis des Tumorbereichs (integriertes Boostkonzept) erreicht.*

### Klinische Ergebnisse

Seit knapp 10 Jahren werden inzwischen Patienten in den verschiedensten Zentren weltweit am Prostatakarzinom mit der Cyberknife Radiochirurgie behandelt. Die längsten klinischen Erfahrungen liegen mittlerweile in den USA vor, aber inzwischen auch in einigen wenigen Zentren in Europa. Die meisten Konzepte verwenden 4 - 5 Fraktionen zwischen 7 - 10 Gy Einzeldosis und 32 - 50 Gy Gesamtdosis. Die mittlere bzw. mediane Nachbeobachtungszeit erreicht teilweise schon 5 Jahre, was aber gegenüber anderen etablierten Therapieverfahren (Operation, externe Bestrahlung, Brachytherapie) noch zu kurz ist. Dennoch liegen die Ergebnisse bisher im Detail ähnlich günstig wie bei den konkurrierenden Verfahren.

### Kostenerstattung

Die Indikation zur Prostata Radiochirurgie sollte in enger Abstimmung mit den Urologen interdisziplinär erfolgen und individuelle Aspekte des Patienten berücksichtigen. Die radiochirurgische Behandlung wird in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA, Japan, Italien, Frankreich und den Niederlanden im Allgemeinen noch nicht als Therapieoption anerkannt und gilt als Spezialtherapie. Daher müssen derzeit extra Versorgungsverträge zwischen den Cyberknife Zentren und den Krankenkassen geschlossen werden. Mit privaten Krankenkassen und einigen Krankenkassen der GKV (z.B. der AOK, der Knappschaft, der KKH Allianz und verschiedenen BKKs) bestehen aber regional schon vertragliche Vereinbarungen, die eine Übernahme der Behandlungskosten ermöglichen.

### Zusammenfassung

Die radiochirurgische Behandlung mit Cyberknife ist am gesamten Körperbereich einsetzbar. Gerade auch ältere und als nicht operabel eingestufte Patienten können mit dem Cyberknife ambulant gut behandelt werden. Bewegte Organe wie die Prostata können dank spezieller Markierung und Verfolgung hochpräzise behandelt werden. Klinische Studien zeigen, dass die Cyberknife Radiochirurgie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit 4 - 5 Fraktionen und 7 - 10 Gy Einzeldosis eine sehr gute lokale Tumorkontrollrate und eine niedrigere Nebenwirkungsrate erreichen kann. Die

Ergebnisse scheinen mit denen der Operation, externen Bestrahlung und Brachytherapie vergleichbar zu sein. Die Behandlung ist im Vergleich zu stationär operativen Maßnahmen deutlich kostengünstiger und kommt ohne Rehabilitation und Nachbehandlung aus. Im Vergleich zur herkömmlichen Strahlentherapie ist sie deutlich zeitsparender. Allerdings fehlen derzeit noch kontrollierte Langzeitdaten, um diese Ergebnisse in großer Breite bestätigen zu können. Derzeit ist die Cyberknife-Therapie des Prostatakarzinoms mit niedrigem und mittlerem Risiko noch kein Standard, wird aber zukünftig von einigen Cyberknife-Zentren Patienten im Rahmen einer klinischen Phase-III Studie angeboten werden können.

### Literatur beim Verfasser

#### Korrespondierender Autor:

(1) Prof. Dr. med. M. Heinrich Seegenschmiedt  
Strahlencentrum Hamburg/cyberknife center hamburg  
Langenhorner Chaussee 369, 22419 Hamburg  
Tel.: 040 244 245 80

E-Mail: [info@ckhh.info](mailto:info@ckhh.info)  
[www.cyberknife-hamburg.de](http://www.cyberknife-hamburg.de)

(2) Priv. Doz. Dr. med. Alexander Muacevic  
Europäisches Cyberknife Zentrum München Großhadern  
Max-Lebsche-Platz 31, 81377 München  
Tel.: 089 452 3360

E-Mail: [info@cyber-knife.net](mailto:info@cyber-knife.net)  
[www.cyber-knife.net](http://www.cyber-knife.net)

(3) Dr. med. Markus Kufeld  
Charité CyberKnife Center  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel.: 030 450 557 221

E-Mail: [cyberknife@charite.de](mailto:cyberknife@charite.de)  
[www.cyberknife.charite.de](http://www.cyberknife.charite.de)

(4) Prof. Dr. med. Volker Budach  
Charité CyberKnife Center  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel.: 030 450 557 221

E-Mail: [cyberknife@charite.de](mailto:cyberknife@charite.de)  
[www.cyberknife.charite.de](http://www.cyberknife.charite.de)

## Nachlese von meinem Besuch des 63. Deutschen Urologenkongresses in Hamburg

Von Wolfhard D. Frost  
PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld



Es waren drei strapaziöse Septembertage, die es wirklich in sich hatten. Kaum in Hamburg angekommen, den Koffer im Hotel noch nicht ausgepackt, war ich ganz fix unterwegs zum Congresscenter, einchecken beim Urologenkongress, anmelden am Stand des BPS, ein ganz kurzer Besuch der Industrieausstellung und dann war ich auch schon am späten Nachmittag unterwegs, weit in den Norden Hamburgs, zu **Prof. Heinrich Seegenschmiedt** im Strahlencentrum. Dort wurde gerade eine neue **Cyberknife** Anlage installiert. Cyberknife, das ist eine millimetergenaue – ich glaube, die können es noch genauer(!) – Photonenbehandlung, eine Bestrahlung für Tumorpatienten. Ein „aus Strahlen bestehendes Skalpell“ zerstört hochpräzise das krankhafte Gewebe, das gesunde Gewebe bleibt verschont. Prof. Seegenschmiedt und der Radiologe Dr. Barzen beantworteten mir fast zwei Stunden mehr als geduldig meine vielen Fragen u.a. zu den schon gemachten Erfahrungen, was im Vorfeld einer Therapie passiert, Nachsorge, Nebenwirkungen, Kosten und Kostenübernahme.

Und ums **Geld, um die Ökonomie** ging es am nächsten Morgen. Jede medizinische Behandlung habe immer auch eine wirtschaftliche Bedeutung, war **Prof. Lothar Weißbachs** Begrüßungsbotschaft verbunden mit lauter offenen Fragen: Was kostet? Was rechnet sich? Wo kann optimiert werden? Müssen wir rationieren? Die erste Referentin, **Frau Corinna Schäfer**, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, beziffert die **Gesamtkosten der Früherkennung** in Deutschland hochgerechnet auf 950 Mio. €, wovon 185 Mio. auf Männer entfielen, weil die im Gegensatz zu den Frauen nicht so viel in Anspruch nehmen würden. Rund 60 Mio. € würden laut einer weiteren Hochrechnung an Kosten anfallen, wenn Männer zwischen 50 und 70 Jahren in vierjährigem Abstand untersucht würden. Bei Ausweitung auf ein Alter bis 75 Jahren seien es sogar 83 Mio. €. Und dann der Hammer: 39% davon seien Kosten ausgelöst durch Überdiagnosen. Ihr Fazit: Die Kosten seien ein wichtiger Faktor in einem zunehmend kommerzialisierten System, aber Früherken-

nung koste mehr als Geld, nämlich die **Inversehrtheit bei vielen Männern** – Beifall nicht nur von den wenigen Patientenvertretern.

**Frau Dr. Eva Dietrich**, Basel, sieht für den Patienten wie für das Gesundheitssystem eine WIN-WIN-Situation durch Aktive Überwachung. Leider würden gerade mal **14% der Patienten aus der HAROW-Studie aktiv überwacht**. Es müsse ein Paradigmenwechsel stattfinden sowohl auf der Leistungserbringerseite als auch auf der Kostenträgerseite, Stichwort Honorare, damit Aktive Überwachung häufiger zum Einsatz gebracht würde. (Meine Anmerkung: Ich kann es nicht glauben – Mehr Geld, mehr Beratung?)

Ob ein Eingriff kostendeckend sei, das sei nach **Prof. Mark Schrader** aus Ulm eine drängende Frage der Kliniken. Die offene radikale Prostatektomie sei im Gegensatz zur roboterassistierten Operation kostendeckend, eine hohe Fallzahl verbessere die Behandlungsqualität und senke zusätzlich die Kosten pro Eingriff. Und **Dr. Frank Kahmann** aus Berlin stellt kurz und knapp fest: **bei Radikaler Prostatektomie bleibt viel mehr Geld im Krankenhaus als bei der Brachytherapie**. Für den Patienten sei jedoch die Brachytherapie günstiger, berücksichtige man die Lebensqualität. (Meine Anmerkung: Das mit der Lebensqualität haben wir gern vernommen.)

Im nächsten Vortragssaal wurde die urologische Zukunft zunächst von **Prof. Jürgen Gschwend** aus München beschworen, würden doch rd. 48% aller Krebserkrankungen in den urologischen Bereich fallen. Mit „Zukunft sichern“ sei vor allem die Beibehaltung der **Uroonkologie** im Tätigkeitsfeld der Urologen gemeint, welches den Urologen im Zuge des Nationalen Krebsplanes **zunehmend von den Hämato-Onkologen streitig gemacht** wird. Die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumor Therapie“ würde bei den Niedergelassenen künftig eine integrale Zugangsvoraussetzung für eine klinische und ambulante onkologische Tätigkeit sein. Das sichere die Zukunft für eine **Uroonkologie aus einer Hand**, die ja auch wir Patienten möchten. Dann **Prof. Maurice S. Michel** aus

Mannheim: Bei 100.000 uroonkologischen Neuerkrankungen pro Jahr sei jeder vierte neudiagnostizierte Tumorpatient ein uroonkologischer Patient. Problematisch sei nur, unmittelbar nach der Onkologievereinbarung habe man jetzt auch noch mit dem Versorgungsgesetz weitere grundlegende Neuerungen in der ambulanten Onkologie zu erwarten. Skizziert wurde als mögliches Zukunftsmodell eine Kooperation von Praxen und Kliniken als gemeinsames urologisches Zentrum. (Meine Anmerkung: Das wird wohl kaum flächendeckend möglich sein.)

Degarelix, das nächste Thema vorgestellt im Satelliten-symposium von Ferring-Arzneimittel von **Prof. Manfred Wirth**. Ergebnis der Tombal-Studie: Degarelix-Patienten hatten ein im Vergleich zu Leuprorelin signifikant geringeres Risiko, eine PSA-Progression oder den Tod zu erleiden. PSA-Rezidive traten vor allem bei fortgeschrittener Erkrankung und ausschließlich bei Patienten mit einem PSA-Ausgangswert > 20 ng/ml auf. Die **Zeit bis zu einem PSA-Rezidiv war bei diesen Degarelix-Patienten signifikant länger**. In einer Studie von Prof. Fritz Schroeder wurde Degarelix mit Leuprorelin hinsichtlich der Wirkung auf die alkalischen Serumphosphatase (Meine Anmerkung: In unseren Patientenkreisen kurz AP-Wert genannt) bei Patienten mit metastasiertem Karzinom oder PSA-Ausgangswerten von größer 50 ng/ml verglichen. In der Degarelix-Gruppe wurde im Gegensatz zu den Leuprorelin-Patienten die alkalischen Serumphosphatase (AP-Wert) ein Jahr lang unterdrückt.

Brechend voll war es beim anschließenden Pressegespräch. Sehr deutlich war zu vernehmen, dass die Urologen sich ihre Kompetenz in der Uroonkologie bei den Themen rund um Blase, Prostata, Niere und Harnleiter nicht nehmen lassen wollen und im Gegenteil ganz kämpferisch diese Bereiche ausbauen wollen.

Für unsere Mitglieder in den Selbsthilfegruppen Prostatakrebs interessierte mich von den Topthemen der Pressekonferenz nur ein Novum in der urologischen Versorgungsforschung, die **PREFERE-Studie**. Vergleiche zwischen den vier Therapien, der radikalen Prostatektomie, der perkutanen Strahlentherapie, der Bestrahlung von innen mittels implantierter „seeds“ (niedrig dosierte Brachytherapie) und der Strategie der aufmerksamen Überwachung gibt es bisher nicht, so der 2. Vizepräsident der DGU, **Prof. Michael Stöckle**. Von der Studie für die 7.000 Männer rekrutiert werden sollen, erwartet man

### **Erkenntnisse über die Vergleichbarkeit der Therapien.**

Die Deutsche Krebshilfe u.a. Institutionen beteiligen sich an **der industrieunabhängigen Finanzierung** mit 20 Mio €. Die Patientenaufklärung soll künftig videogestützt erfolgen. (Meine Anmerkung: Was bei uns in den Selbsthilfegruppen längst schon läuft.)

Auf dem Weg zur nächsten Nachmittagsveranstaltung traf ich zufällig meinen Bielefelder Urologen, den ich gar nicht lange überreden musste, mich zum Hotel Radisson Blu zu **Prof. Lothar Weißbach**, zu einem fachlichen Zusammensein mit Themen rund um Aktive Überwachung, zu begleiten. Hierzu gehörten Einschätzung der aktuellen Studien PIVOT, START, PROTECT und PREFERE, eine Stellungnahme des Bundesverbandes Deutscher Urologen zur Aktiven Überwachung und ein Beitrag zum Forschungsprojekt DNA-ProKo. Da geht es um die **Frage, ob mit Hilfe der DNA-Bildzytometrie** zusätzlich zum Gleason-Wert eine bessere Identifizierung von Patienten für eine Aktive Überwachung möglich sei. Allerdings sei die notwendige finanzielle Unterstützung noch nicht ausreichend.

Am Freitagmorgen erläuterte **Prof. Wirth** aus Dresden vor vollem Hause in der Vortragreihe „Prostatakarzinom – Therapie lokalisierter Tumoren“ einige in der Diskussion befindliche Änderungen der **S3-Leitlinie**. Die schnelle Entwicklung der diagnostischen Verfahren und Therapieoptionen mache eine ständige Aktualisierung der Leitlinien notwendig. U.a. würden neue diagnostische Verfahren wie die Elastographie, das Histoscanning und das MRT neu bewertet.

**Prof. Windeler, IQWiG Köln**, war nach eigenen Worten beeindruckt von der Vorgehensweise und dem Beziehen auf sorgfältig ausgesuchte aussagekräftige Studien bei der Erstfassung und der Überarbeitung der S3-Leitlinie. Er reflektierte die seinerzeitige Studie und den Abschlussbericht zur Brachytherapie, der 2007 für viel Aufregung gesorgt hatte. (Meine Anmerkung: Ich hatte den Eindruck, bei der Qualitätsbeurteilung geht es dem IQWiG mehr um harte Faktoren wie Gesamtüberleben oder tumorspezifisches Überleben und weniger um die sonstigen erfreulichen Perspektiven einer Therapie wie z.B. Lebensqualität).

**Prof. Markus Graefen** wies in der Vortragsreihe „Adjuvante (begleitende) Therapien bei urologischen Tumoren“ darauf hin, dass beim Prostatakarzinom in den S3-Leitlinien beim Tumorstadium T2 mit positivem Schnitt-

rand R1 die Strahlentherapie als „kann“, beim T3 mit negativem Schnitttrand R0 als „soll“ und beim T3 R1 als „sollte“ ausgewiesen ist. Bei einem befallenen Lymphknoten ist eine kontrase sexuelle Therapie (Meine Anmerkung: darunter verstehen wir Patienten eine Androgenblockade.) nicht zwingend notwendig. Bei zwei befallenen Lymphknoten sollte eine kontrase sexuelle Therapie durchgeführt werden.

Keine Zeit zum Mittagessen, denn um 12.00 Uhr begann schon das einstündige Satellitensymposium von Astellas-Pharma „Standards und Perspektiven bei der Behandlung des Prostatakarzinoms“. **Prof. Christian Stief** einleitend, die drei extrem spannenden Vorträge seien gar nicht so wissenschaftlich wie man das gemeinhin befürchten müsste. Der erste Referent, **Prof. Jack Schalken** aus Nijmegen, wurde von Prof. Stief als einer der prominentesten Urologen in Europa, Professor für experimentelle Urologie und als Vater von **PCA3** sowie **TMPRESS2** vorgestellt (Meine Anmerkung: eine Fusion des androgenregulierten Gens TMPRESS2 mit einem weiteren Gen aus der Familie der ETS Transkriptionsfaktoren lässt sich zuverlässig im Urin nachweisen). Der in englischer Sprache gehaltene Vortrag hatte zum Inhalt, wie Biomarker künftig die Therapiemöglichkeiten verändern können. In letzter Zeit würden auch Genvarianten gefunden, die mit dem Serum PSA-Wert korrelieren. **Man könne durchaus in Zukunft eine Individualisierung der kritischen PSA-Werte erwarten.** Durch molekulares Profiling mittels Microarrays habe man mehr Möglichkeiten, viele neue Biomarker zu entdecken, die besser als PSA seien. Aber bis jetzt konnten nur zwei Marker, PCA3 und TMPRESS2, klinisch umgesetzt werden oder stehen kurz davor.

**Prof. Johannes M. Wolff** aus Viersen informierte über den aktuellen Stand zum Einsatz von **Hormontherapie** u.a. bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und neoadjuvanter Radiatio sowie über den **intermittierenden Einsatz der Hormontherapie.**

Und **Prof. Axel Heidenreich** erläuterte die aktuelle Situation und künftige Trends durch mittlerweile völlig neue Möglichkeiten mit Substanzen wie **Cabazitaxel, MDV3100, Abiraterone, TAK700 und Alpharadin** als Therapieoptionen des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms nach Docetaxel und als Therapieoptionen als Alternative zu Docetaxel.

Anschließend beim Kaffee hatte ich dann Gelegenheit mich mit einem befreundeten Urologen aus Bielefeld

auszutauschen. Es bestand Einvernehmen, der typische Patient mit einem kastrationsresistenten Prostatakrebs sei asymptomatisch. Und da stelle sich die Frage, soll der wirklich eine Chemotherapie erhalten? Sind die 3-Monate verlängertes Überleben die – wie es Prof. Wirth formuliert hat – Quälerei wert?

Gemeinsam ging es dann zur den Vorträgen „Prostatakarzinom Diagnostik“.

Die **Sensitivität von PET/CT bei Primärdiagnostik** beim lokal begrenzten Prostatakarzinom sieht **Dr. T. Maurer** für Routineanwendungen vom Klinikum rechts der Isar, TU München, kritisch. Kleine und rindenartig wachsende PCA konnten mit Positronenemissions Computertomographie nicht visualisiert werden.

In einer kritischen Bewertung des Harnmarkers **PCA3** von **Dr. Marco Auپرich**, Universitätsklinik Graz, konnte dieser trotz aggressiver PCA und erhöhtem PCA3-Score nicht als unabhängiger Vorhersagewert bestätigt werden. **PCA3 sei kein scharfer Grenzwert, eher ein Bereichswert „unter 20, über 50“.**

**Dr. Felix Chun**, Uniklinik Eppendorf, zur Frage, welcher **Marker** die beste Prostatakarzinom Vorhersagefähigkeit habe: PCA3 hätte in unserer Studie bis zu 73% unnötige 1. Rebiopsien im Vergleich zu PSA einsparen können.

**Prof. Axel Semjonow**, Uniklinik Münster, stellte zu **-2pro-PSA**, einem neuen Marker aus dem PSA-Spektrum, fest, der sei überlegen gegenüber den herkömmlichen PSA-Werten. Das Messergebnis des **fPSA** würde umso besser, je größer die Prostata volumenmäßig sei und weniger gut bei kleiner Prostata.

**Dr. Oliver Lenherr**, Klinikum Pforzheim, berichtet, die Entdeckungsrate von Prostatakarzinomen kann durch den Einsatz einer **Elastographie gestützten Biopsie** nicht verbessert werden.

**Dr. Thomas Deix**, Marienhospital Herne: Ein künstliches neurales Netzwerk ANN (Meine Anmerkung: Uns Patienten mehr unter dem Namen ANNA bekannt) erhöht die Sensitivität bei der **Vorhersage eines unbedeutenden PCA** und könnte ein zusätzliches Hilfsmittel bei der Beratung eines Patienten vor einer Aktiven Überwachungstherapie darstellen.

Präzise Vorhersage von Metastasen bei Prostatakrebspatienten mit Hilfe des US amerikanischen **CAPRA-Score** sind lt. **Dr. Lars Budäus**, Uniklinik Hamburg Eppendorf, auch bei europäischen Patienten möglich. (Meine Anmerkung: Beim CAPRA-Score werden dem

Alter, dem PSA-Wert, dem Gleason-Score, der lokalen Tumorausdehnung und dem prozentualen Tumoranteil in der Biopsie Punkte zugeteilt. Von 0-2 Punkte sei Aktive Überwachung möglich, systemischer Androgenentzug bei 7-10 Punkten).

Alle Vorträge anhören ging nicht, denn im vollbesetzten Satellitensymposium von Janssen-Cilag begann schon die nächste Vortragsreihe „Neue Therapieansätze für das kastrationsresistente Prostatakarzinom“, der Versuch einer Art Elefantenrunde uroonkologischer Schwergewichte unter der Moderation von **Prof. Jürgen Gschwend** aus München.

**Prof. Peter Albers**, Düsseldorf, beleuchtete die Hintergründe des kastrationsresistenten Prostatakrebses und **Ansatzpunkte für moderne Medikamente**. Das Entscheidende an den neuen Strategien sei, die Testosteronproduktion außerhalb der Hoden zu verhindern. Es stelle sich auch die Frage, aber das sei Spekulation, **ob wir künftig die LHRH-Analoga noch brauchen werden**. Die Antwort auf die Frage, was nach Abiraterone käme, sei ganz klar die verlässliche Unterdrückung der Androgenrezeptoren. Denn es würde immer Prostatakrebszellen geben, die weiter wachsen. Hier müsse man prüfen, ob eine Kombination aus MDV3100, einer Weiterentwicklung des klassischen Androgen Antagonisten, zusammen mit Abiraterone sinnvoll sei.

**Prof. Kurt Miller**, Berlin, präsentierte und interpretierte die **Studienergebnisse zu Abiraterone** im Detail. In der Phase III der Studie seien **zirkulierende Tumorzellen** (CTC) gemessen worden. Die CTC könne man aber zur Therapiesteuerung wegen fehlender klinischer Routine noch nicht verwenden.

**Prof. Michael Stöckle** berichtete, es sei eine zweite Studie unterwegs hinsichtlich des Einsatzes von **Abiraterone vor einer Docetaxeltherapie**. Unterschiede zwischen Abiraterone und Cabazitaxel sieht Prof. Stöckle beim PSA-Ansprechen zugunsten des **Cabazitaxels**. Es sei aber bekannt, es gebe Behandlungen ohne dass der PSA-Wert abfallen würde. Für den Patienten sei es jedoch ein psychologischer Vorteil, wenn PSA runtergeht.

In der abschließenden sehr lebhaften Diskussion mit Patientenbildern ging es unter Einbindung des Plenums um die Frage: Wie würden Sie entscheiden? (Meine An-

merkung: Die professorale Diskussion fanden nicht nur ich sondern auch die urologische Zuhörerschaft sehr anregend mit den gelegentlichen amüsanten Einwüfen und Anmerkungen von Prof. Miller.)

Danach hatte ich endlich Zeit bei Novartis meine Fragen loszuwerden zu Langzeitwirkung und Nebenwirkung bei Patienten, die Zometainfusionen über einen Zeitraum von mehr als 4 und 5 Jahren erhalten. Und bei Ferring stand die Frage an, ob Erfahrungswerte vorliegen würden und ggf. mit welchen Komplikationen zu rechnen sei, wenn aus welchem Grund auch immer von Plenaxis zu Degarelix gewechselt würde.

Abschlussbemerkung: **Rund 7.300 Teilnehmer aus 57 Ländern der Welt und etwas mehr als eine Handvoll Patientenvertreter aus den Reihen des BPS besuchten den 63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 14. bis 17. September 2011** im Congress Center Hamburg. Breite und Schwerpunkte der Beiträge lagen vornehmlich im Bereich der urologischen Krebstherapien. Genau das machte den Besuch des Kongresses für mich als Patienten so wertvoll. Wenn ich mich hinterher doch bloß nicht so kaputt und müde gefühlt hätte. Aber bis zum nächsten DGU Kongress vom 26. bis 29. September 2012 in Leipzig werde ich wieder fit sein, **versprochen**.



# DGHO gründet Arbeitskreis Prostatakarzinom

## Was bedeutet eigentlich interdisziplinär?

Zum Bericht im BPS-Magazin 3/2011 „Interdisziplinärer Arbeitskreis Prostatakarzinom gegründet“

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

In der letzten Ausgabe des BPS-Magazins wird unter der Überschrift „Interdisziplinärer Arbeitskreis Prostatakarzinom gegründet“ berichtet, dass die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) einen „interdisziplinären“ Arbeitskreis zum Prostatakarzinom gegründet habe, in dem „gleichberechtigt Internisten, Urologen und Genetiker aus Klinik und Praxis“ zusammenarbeiten würden. Die Initiative dazu sei von einem niedergelassenen Urologen, Dr. Reinhold Schaefer aus Bonn, ausgegangen, der diesen Arbeitskreis leitet, stellvertretender Leiter sei Prof. Ulrich Kaiser, Hämatonkologe aus Hildesheim. „Die Interdisziplinarität beim Prostatakarzinom ist schon lange erforderlich...“ wird dieser dazu zitiert.

Scheinbar schließt dieser Arbeitskreis der DGHO also eine schmerzhaft Lücke und alle sollten sich freuen, dass es endlich mit dem Prostatakarzinom voran geht, denn der Tenor der Meldung lässt vermuten, dass vorher dieses Feld sehr schlecht bestellt gewesen sei.

Tatsächlich verhält es sich anders. Dieser Arbeitskreis ist eine Gründung innerhalb der DGHO, die die Fachgesellschaft der internistischen Hämatologen und Onkologen ist. Diese vertritt offensiv – innerhalb der Ärzteschaft und auch nach außen – den Anspruch, die Krebsmedizin allein und umfassend vertreten zu können, jedenfalls was die medikamentöse Behandlung angeht. Dies beinhaltet den Anspruch, von der Haarzell-Leukämie über das Schilddrüsenkarzinom bis zum Prostatakarzinom die umfassende Expertise und Behandlungskompetenz für die medikamentöse Tumortherapie aller bösartigen Erkrankungen nicht nur leisten zu können, sondern dies auch am besten zu beherrschen – besser als andere Fachgebiete.

Diesem hohen Anspruch gerecht zu werden, fällt naturgemäß nicht immer ganz leicht. Insbesondere beim Prostatakarzinom fehlt es der DGHO an Expertise. Wissenschaftliche Arbeiten oder Studien zum Prostatakarzinom oder wenigstens renommierte Experten dazu hat die

DGHO aus den eigenen Reihen nicht zu bieten. Nun wird ein Arbeitskreis gegründet, der diesem Mangel etwas abhelfen soll, zumindest dem Anschein nach.

Die zitierte „gleichberechtigte“ Zusammenarbeit von Ärzten in diesem Arbeitskreis klingt dabei wie eine Selbstverständlichkeit. Tatsächlich ist die DGHO aber eine Zweiklassengesellschaft, nach deren Satzung vollstimmungsberechtigte Mitglieder nur internistische Hämatonkologen werden können, während zum Beispiel Urologen, die dort Mitglied werden wollen, nur „außerordentliche“, nicht stimmberechtigte, Mitglieder werden dürfen.

Dass „die Interdisziplinarität beim Prostatakarzinom schon lange erforderlich“ gewesen sei, so wird der Hämatonkologe Prof. Kaiser aus dem DGHO-Arbeitskreis zitiert, ist ein rein berufspolitisches Statement. Interdisziplinarität gibt es schon lange unter den Fittichen der Deutschen Krebsgesellschaft, der großen, übergreifenden Fachgesellschaft, in der alle Fachdisziplinen tatsächlich gleichberechtigte Mitglieder sind und zusammenarbeiten. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat an vielen Kliniken zum Beispiel „Prostatakarzinomzentren“ eingerichtet, in denen die Disziplinen, die tatsächlich mit dem Prostatakarzinom klinisch zu tun haben, zusammenarbeiten: Urologen, Strahlentherapeuten, Nuklearmediziner, Radiologen, Psychoonkologen und auch Hämatonkologen, wenn aufgrund der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten die Urologen die Chemotherapie nicht selbst durchführen. Es drängt sich der Verdacht auf, dass Interdisziplinarität nur dann wertvoll ist, wenn sie unter der Leitung der DGHO stattfindet.

Die Ziele, die der DGHO-Arbeitskreis in Angriff nehmen will, sind hoch gegriffen: Versorgungsforschung, schnellere Aktualisierung der Prostatakrebs-Leitlinie, Männergesundheitsbericht, Einrichtung einheitlicher Prostatakrebszentren, Prostatamanagementgespräche. All dies sind Projekte, an die offenbar sonst noch niemand gedacht hat.

Die Realität ist eine andere: es läuft seit Jahren als großes Projekt zur Versorgungsforschung die HAROW-Studie, die fertig konzipierte PREFERE-Studie wird dieses Jahr beginnen, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Urologie haben 2009 eine interdisziplinäre S3-Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms“ herausgegeben, diese wurde bereits aktualisiert und ist als 2. Version im Januar 2012 erschienen, ein Männergesundheitsbericht, herausgegeben von der Stiftung Männergesundheit, ist im vergangenen Jahr erschienen. Zu all diesen Projekten ist der neue Arbeitskreis der DGHO also offenbar nicht ganz auf dem Laufenden.

Wesentliche Impulse sind von diesem Arbeitskreis entgegen den Ankündigungen also nicht zu erwarten. Es bleibt der Eindruck, dass es bei dieser Neugründung nur darum geht, den Anschein zu erwecken, man mache auch etwas zum Prostatakarzinom.

Prof. Dr. Oliver Hakenberg  
Direktor, Urologische Univ.-Klinik Rostock  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie

## Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

### 10 Jahre Prostatakrebs Selbsthilfe in Pforzheim

Von Dieter Voland  
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pforzheim

Bei vollem Saal feierte die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pforzheim ihr 10-jähriges Bestehen in Anwesenheit von über 100 Gästen. Grußworte sprachen Vertreter der Stadt Pforzheim, der Enzkreisverwaltung und die Chefärzte der beiden Urologischen Kliniken in Pforzheim. Als Vertreter des BPS nahm Paul Enders, stellvertretender BPS-Vorsitzender, teil und hielt den Festvortrag „Die Bedeutung der Selbsthilfe für die Betroffenen und deren Angehörige“. Vom Landesverband Baden-Württemberg nahm der Landesvorsitzende Karl Heinz Bauer teil. Musikalisch wurde die Veranstaltung durch zwei Künstler der Jugendmusikschule umrahmt.

Der Leiter der Gruppe, Dieter Voland, erläuterte die Entwicklung und die Ziele der Selbsthilfegruppe Pforzheim von der Gründungsveranstaltung im November 2001 mit 8 Teilnehmern bis heute, wo über 300 Männer eingeladen werden – bei durchschnittlich knapp 40 Teilnehmern an den SHG-Treffen (20 bis 80 bei Vorträgen). Ziel der Gruppe ist die Erläuterung der Begriffe und Zusam-



menhänge bei Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie die Information der Betroffenen über neueste Erkenntnisse aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung zum Thema Prostatakrebs. „Wir wollen die Betroffenen ermutigen, sich selbst mit der Materie

zu befassen, und sie auf einen Informationsstand versetzen, bei dem sie in der Lage sind, als mündige Patienten ihre eigenen Entscheidungen zu treffen.“

Insgesamt war die Jubiläumsveranstaltung eine rundum gelungene und schöne Veranstaltung, bei der Vertreter der Selbsthilfegruppe auch die engagierte und beispielhafte Arbeit des Gründers und Gruppenleiters Dieter Voland mit einem wertvollen Geschenk, für ihn und seine Frau, würdigten. In einer Laudatio sprach der stellvertretende Leiter im Namen der Gruppenmitglieder Dank und Anerkennung aus.

Nach dem festlichen Teil gab es Gelegenheit zu Gesprächen und zu einem zwanglosen Beisammensein am kalten Büffet.

## Männertag in der Rheintorklinik

Von Gerold Kalms  
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Neuss



Mehr als 500 Besucher konnte die AOK im November 2011 bei ihrem Männertag in der Rheintorklinik begrüßen. Viele Besucher ließen sich testen. Bestimmt wurde durch einfache Blutentnahme der so genannte PSA-Wert. Dieser deutet, bei erhöhten Werten, auf einen möglichen Prostatakrebs hin. Gleichzeitig wurden jedoch auch Blutzucker, Gewicht und andere Wert bestimmt.

Unter den Gästen befand sich auch das Ärzteteam der Urologischen Klinik des Lukas Krankenhauses und der Rheintorklinik, und das aus besonderem Grund. Prof. Dr.

Thomas Otto, Chefarzt der Urologischen Klinik des Lukas Krankenhauses und Dr. Klaus Bornemeyer, Facharzt in der urologischen Gemeinschaftspraxis der Rheintorklinik wurden für ihr Engagement in der Selbsthilfe geehrt. Sie hatten bereits im Oktober 2005 die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Neuss ins Leben gerufen und setzen sich, z.B. durch ihre Teilnahme und die Beantwortung von Fragen an Vortragsabenden im Lukas Krankenhaus bis heute engagiert für die Früherkennung von Prostatakrebs ein.



V. l. Dr. Klaus Bornemeyer, Gerold Kalms, Prof. Dr. Thomas Otto

## Besuch im Niedersächsischen Landtag

Von Helmut A. Kurtz  
Regionalverband NordWest

Am Rande der Haushaltsdebatte für das Wirtschaftsjahr 2012 traf sich der Vorstand des Regionalverbandes NordWest mit Vertretern des Sozial- und Gesundheitspolitischen Ausschusses der SPD.

Besprochen wurden die Themen

- Öffentliche Zuwendungen an die Selbsthilfegruppen-Einrichtungen durch das Land Niedersachsen und die Kommunen
- Reduzierung des Budgets der Urologen und Onkologen durch die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen
- Einschränkung der gesundheitlichen Hilfsmittel
- Fachärztliche Versorgung in der Fläche, insbesondere Urologen
- Verbesserung Zuwendung an ältere (kranke) Menschen
- Förderung der Installation eines „Männerarztes“
- Arzthaftungs- und Patientenrechte.



V. l. Heinrich Heggemann, Parlamentarischer Referent der SPD, Petra Tiemann, MdL, Klaus Schindler, RegVerb NW, Helmut A. Kurtz, RegVerb NW, Gerd Zieseniß, RegVerb NW, Uwe Schwarz, MdL

Die Zusammenarbeit soll fortgesetzt werden. Gespräche mit den Fraktionen der CDU und FDP sind bereits avisiert.

## Prostatakrebs Selbsthilfegruppe und Prostatakarzinomzentrum Luckenwalde Hand in Hand

Von Peter Glief

Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Luckenwalde

Seit gut vier Jahren treffen sich in Luckenwalde an Prostatakrebs erkrankte Männer regelmäßig in einer Selbsthilfegruppe, die Mitglied im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. ist.

Unter dem Motto „informieren, helfen, Einfluss nehmen“ gelingt es immer besser die Interessen erkrankter Männer

und ihrer Angehörigen bei der Aufklärung über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und bei der Betreuung Erkrankter zu unterstützen.

Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft unterstützt und fördert der Bundesverband deshalb die Gründung, Bildung und Arbeit von Prostatakarzinomzentren in Kliniken und Krankenhäusern, weil es sich erwiesen hat, dass eine optimale Behandlung und Nachsorge für Krebspatienten in zertifizierten Zentren am besten gesichert werden kann.

Ein Krebszentrum erhält u.a. nur dann eine Zertifizierungsurkunde von der Deutschen Krebsgesellschaft, wenn gesichert ist, dass die Behandlung der Patienten nach bestätigten medizinischen Leitlinien erfolgt, wenn nachgewiesen werden konnte, dass notwendige Operationen durch erfahrene Ärzte durchgeführt werden, und wenn alle Behandlungsvarianten, die in Leitlinien festgelegt sind, durch das Zentrum ermöglicht werden. Das kann auch durch Kooperationsvereinbarungen mit anderen Kliniken und mit niedergelassenen Medizinern erfolgen.

Am 30. Juni 2010 erhielt das DRK Krankenhaus in Luckenwalde als erste Klinik im Land Brandenburg die Zertifizierungsurkunde als Prostatakarzinomzentrum.

Damit wurde aus der Sicht der Prostatakrebs Selbsthilfegruppen ein Beispiel geschaffen und bei manchen Brandenburger Urologen Vorbehalte gegen die Bildung von Prostatakarzinomzentren im Interesse erkrankter



Männer abgebaut, so dass im Jahr 2011 in Cottbus und Nauen zwei weitere Prostatakarzinomzentren zertifiziert werden konnten.

Mehr als 60 Interessierte, auch aus den Selbsthilfegruppen Potsdam, Brandenburg, Nauen, Cottbus, Teltow und Königs Wusterhausen, nahmen an unserer Tagung im November 2011 teil und nutzen die Gelegenheit, sich durch den Leiter des Zentrums, Chefarzt Dr. Schenke, über die Erfahrung bei der Bildung des Zentrums zu informieren.

Bei der Vorstellung des Prostatakarzinomzentrums Luckenwalde konnte Dr. Schenke zu Beginn darauf verweisen, dass die erste Nachkontrolle der Zertifizierung im Juni 2011 erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

In dem Erfahrungsbericht über die Arbeit im Luckenwalder Zentrum war für unsere Gäste und für uns besonders interessant, dass für die Leistungen, die nicht in Luckenwalde erbracht werden können, Kooperationsvereinbarungen mit der Strahlentherapie des Klinikums Ernst von Bergmann Potsdam, mit einer Praxis für Nuklearmedizin und einer Praxis für Pathologie sowie mit Rehabilitationskliniken und Hospizeinrichtungen abgeschlossen wurden.

Für die Selbsthilfegruppen in Potsdam, Teltow und Königs Wusterhausen war es besonders informativ, als Dr. Schenke über die besondere Form der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Urologen, u.a. aus Bad Belzig, Jüterbog, Ludwigsfelde, Blankenfelde, Teltow und Potsdam

berichtete. Schon vor mehr als 4 Jahren hatten sich niedergelassene Urologen in „Mittelbrandenburg“ mit Urologen des Krankenhauses in Luckenwalde in einem Verein, dem Uroonkologischen Zentrum Mittelbrandenburg e.V., zusammengeschlossen. Durch diesen Verein werden regelmäßig Tumorkonferenzen im Prostatakarzinomzentrum Luckenwalde einberufen, auf denen die niedergelassenen Urologen gemeinsam mit den Klinikspezialisten und den Spezialisten aus den kooperierenden Einrichtungen die besten Behandlungsvarianten für die Patienten, bei denen Prostatakrebs festgestellt wurde, beraten und abstimmen.

Der Vorstellung des Prostatakarzinomzentrums Luckenwalde durch seinen Leiter schloss sich eine Aussprache an, in der Dr. Schenke u.a. auf Fragen zu Möglichkeiten der Behandlung des Prostatakrebses und deren Folgen einging.

In diesen Gesprächen wurde auch deutlich, dass die Feststellung des sogenannten PSA-Wertes bei einer Blutentnahme für Männer nach wie vor der wichtigste Marker für ein Prostatakarzinom ist und dass auch deshalb in der S3-Leitlinie für die Behandlung der häufigsten Krebsart bei Männern die Feststellung des PSA-Wertes für alle Männer ab dem Alter von 40 Jahren dringend empfohlen wird.

In ähnlichem Sinne kam in der Aussprache auch zum Ausdruck, dass die manchmal in Presseveröffentlichungen dargestellten „Überbehandlungen“ bei Prostatakrebs den Erkrankten nicht weiter helfen können, sondern dass für jeden Mann die individuell wahrscheinlich erfolgreichste Behandlungsform in Tumorkonferenzen abgestimmt und gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden sollte.

## Jahresabschluss der SHG Bottwartal

Von Peter Robertz

Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bottwartal

Für unseren Treff zum Jahresabschluss hatten wir einen Rundgang durch das historische Oberstenfeld vereinbart. Im „Bahnhöfle“ in Oberstenfeld treffen wir uns monatlich. Der Flecken hat aber noch mehr Sehenswürdigkeiten zu bieten. Eine romantische Basilika, die Stiftskirche, die zu dem Chorfrauenstift der 1016 für unverheiratete Adels-töchter gegründet wurde. Die Stiftskirche aus dem 12. Jahrhundert mit der älteren Säulenkrypta, dem ältesten Bauteil der Kirche aus dem 11. Jahrhundert, zählt zu den bedeutendsten romanischen Kirchen im „Länd`le“. Weiter ging es durch den Ort mit seinen schönen Fachwerkhäusern aus den Jahren des Wiederaufbaus 1698 nach der Zerstörung 1693 im Erbfolgekrieg. Durch die Historie wurden wir von dem inzwischen 90-jährigen, ehemaligen Schulleiter der Oberstenfelder Schulen und immer noch aktiven Archivar der Gemeinde Oberstenfeld, geführt. Eine Führung mit geballter Sachkunde und amüsanten Erzählungen aus der Vergangenheit.

Nach dem Rundgang mussten wir zum Aufwärmen eine Gaststätte aufsuchen, unseren Durst löschen und Hunger stillen. Bei solch einem Zusammensein kommen immer gute Gespräche zustande und man rückt ein Stück näher. Für eine gute Lebensqualität unabdinglich.



## Bürgermedaille für Friedel Lehr

Von Dieter E. Schäfer  
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Wiesbaden

Auf Antrag der Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung konnte der Bürgermeister der Landeshauptstadt Wiesbaden, Arno Gossmann, das langjährige Vorstandsmitglied der Gruppe, Friedel Lehr, mit der bronzenen Bürgermedaille der Landeshauptstadt Wiesbaden auszeichnen. Friedel Lehr ist nicht nur seit 1999 aktives Mitglied der Selbsthilfegruppe Wiesbaden, sondern engagiert sich auch in der Ev. Kirchengemeinde St. Christophorus in Wiesbaden-Schierstein. Bürgermeister Gossmann dankte dem Geehrten und brachte

auch seine persönliche Anerkennung der Leistungen von Friedel Lehr für das Gemeinwesen zum Ausdruck. In diesem Zusammenhang würdigte er auch die Arbeit der Selbsthilfegruppen, die ein wichtiger Baustein in der Gesellschaft sind.



v. l. Frau Lehr, Bürgermeister Gossmann u. Friedel Lehr

## Erfolgreiches Treffen

Von Dieter E. Schäfer  
Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

In angenehmer Atmosphäre tagte die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen im Oktober 2011 im Seminarzentrum Rückersbach bei Aschaffenburg. Es wurden nicht nur die Berichte der örtlichen Selbsthilfegruppen in Hessen entgegengenommen, vielmehr fanden auch die geplanten Aktivitäten des Landesverbandes die Zustimmung der Teilnehmer. Diskussionsbedarf ergab sich bei der Festlegung von Zielen des Landesverbandes. Der Landesverband beschloss folgende Ziele zur Bearbeitung und Umsetzung:

- Selbsthilfegruppen in allen Regionen Hessens
- Eine Behandlungsleitlinie auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnisse
- Ein Medizinisches Kompetenznetz für Schwerbetroffene
- Ein jährlicher Männergesundheitsbericht für Hessen.

Eingehend beraten und beschlossen wurde auch ein Vorschlag des Vorstands, zu der Mitgliederversammlung des Landesverbandes jeweils zwei Teilnehmer der örtlichen Selbsthilfegruppen einzuladen. Hintergrund ist u.a. auch mit dieser Regelung Nachfolger (als Vorsitzende, Schriftführer, Schatzmeister usw.) für die örtlichen Selbsthilfegruppen zu gewinnen und diese mit der Arbeit und der Organisation vertraut zu machen. Ausführlich besprochen wurde auch die Errichtung einer Homepage für den Landesverband, deren vorbereitende Arbeiten durch den Leiter der Selbsthilfegruppe Marburg, Hans-Werner Biehn, übernommen

werden. In seiner Eigenschaft als Bundesvorsitzender konnte auch der Leiter der Gruppe Gießen, Günter Feick, über die Arbeit des Bundesvorstands informieren. Ein auf der Tagung beschlossener Initiativantrag zum Erhalt des Partikelzentrums an der Universität Gießen/Marburg und auch für den Einsatz für die Therapie fand die uneingeschränkte Unterstützung der Anwesenden. Der Antrag wurde dem Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst sowie dem Vorstand des Rhön-Klinikums AG übersandt.

Im Rahmen der Veranstaltung informierte der Urologe Dr. med. Frank Eichhorn, Bad Reichenhall, über neue Medikamente zur Therapie des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms und was nach der Chemotherapie kommt. In seinen Ausführungen stellte der Referent als strategisches Ziel insbesondere fest, dass die Behandlungsergebnisse wesentlich besser sind, je früher behandelt wird und meinte „Wichtiger als jedes Medikament ist der Wille zu leben!“ Zu diesem Vortrag waren aus verschiedenen Selbsthilfegruppen weitere Teilnehmer angereist, um sich von einem Fachmann umfassend informieren zu lassen.



## Gemeinsam Präsenz zeigen

### Selbsthilfegruppen Elmshorn und Pinneberg arbeiten eng zusammen



**Red. (mk):** Seit mehreren Jahren arbeiten die Leiter der Selbsthilfegruppen Elmshorn und Pinneberg, Ernst-Günther Carl und Ingo Jobst, eng und gut zusammen. Sie organisieren zweimal jährlich gemeinsame Informationsabende und vertreten die Interessen der Betroffenen auf Gesundheitstagen in der Region. So beteiligten sie sich im März dieses Jahres an der Gesundheitsmesse des VFL Pinneberg.

Wichtig ist ihnen der Aufbau weiterer Selbsthilfegruppen in den Kreisen Pinneberg und Bad Segeberg. Interessenten wenden sich bei Interesse an Ernst-Günther Carl, Tel.: 04122 96212 oder an Ingo Jobst, Tel.: 04106 72 548.



## Premiere gelungen

### Prostatakrebsinformationsveranstaltung beim Krebsaktionstag in Berlin

**Red. (mk):** Beim Krebsaktionstag 2012 fand die erste gemeinsame Veranstaltung der Stiftung Männergesundheit und des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) statt, die von Jens-Peter Zacharias, Gesundheitspolitiker des BPS, moderiert wurde. Dort erhielten mehr als 200 Interessierte verständliche und wissenschaftlich gesicherte Informationen über Prostatakrebs.

Da die Behandlungsmöglichkeiten am Beginn und im fortgeschrittenen Stadium eines Prostatakarzinoms sehr vielfältig sind, wurden verschiedene Optionen vorgestellt, um so Betroffenen zu helfen, zusammen mit ihrem Arzt eine gute Therapieentscheidung zu treffen.

Mit Hans-Jörg Fiebrandt von der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Berlin-Mitte und Professor Lothar Weißbach (Stiftung Männergesundheit) berichteten ein Patient und

ein Arzt über die Unsicherheiten der Therapieentscheidung beim frühen Prostatakarzinom. Professor Kurt Miller von der Urologischen Klinik der Charité stellte neue Behandlungsmöglichkeiten des fortgeschrittenen Prostatakrebses vor. Corinna Schäfer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin zeigte auf, wie gute Medizininformation entstehen und woran sie erkennbar ist. Johannes Bittner präsentierte die Initiative „washabich.de“, bei der Medizinstudenten und Ärzte ehrenamtlich medizinische Fachinformationen kostenfrei in eine für Patienten verständliche Sprache übersetzen. Günter Feick (BPS) referierte über den Aufbau eines medizinischen Kompetenznetzes, das entscheidend Forschung und Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakrebses verbessern kann.

## Mit dem Rad von Lörrach nach Rügen

Von Klaus-Dieter Kuritz  
Über den Berg e.V.

Eine Krebserkrankung erschüttert das Leben der Betroffenen schlagartig. Sie empfinden oft tiefe Angst, Hilflosigkeit und Misstrauen gegenüber dem eigenen Körper. Es fehlen häufig Kraft und Mut, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen und sich der persönlichen Leistungsfähigkeit bewusst zu werden.

Der Verein „Über den Berg e.V.“, Köln hat sich zum Ziel gesetzt, durch mehrwöchige Bewegungsprojekte die Lebensqualität von Krebspatienten zu verbessern. Nachdem die Radtour 2010 Köln – Marseille für alle Teilnehmer ein voller Erfolg war, ist in diesem Jahr in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule Köln eine neue Rad-Fernfahrt geplant, die quer durch Deutschland entlang von mindestens zehn Flüssen von Lörrach nach Rügen führen soll. Der Start ist für den 14. August 2012 vorgesehen. Die Dauer wird ca. drei Wochen betragen. Weitere Einzelheiten befinden sich auf der Web-Seite [www.ueber-den-berg-ev.de](http://www.ueber-den-berg-ev.de). Interessenten können sich unter der Tel.-Nr. 0152 05959785 oder über E-Mail [ueberdenberg@gmx.de](mailto:ueberdenberg@gmx.de) melden.



### Strecke:

von Lörrach rheinaufwärts zum Bodensee, am See entlang bis Lindau, dann nach Kempten zur Iller, dem Fluss entlang bis Ulm, danach die Donau abwärts bis Kehlheim, von dort durch das Altmühltal und entlang der Tauber nach Würzburg, den Main aufwärts bis Kulmbach, über den Frankenwald zur Saale, dem Fluss folgend bis zur Mündung in die Elbe, weiter die Elbe zur Havel, an ihr entlang zur Mecklenburgischen Seenplatte und nun in Richtung Rügen, ggfs. an der Oder entlang, damit insgesamt zehn Flüsse Deutschlands gesehen wurden.

### Tagestouren:

ca. 70 km pro Tag, mit Ruhetagen nach Bedarf

## Das Mandelbäumchen blüht zum 13. Mal

Von Hansjörg Burger  
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.



Seit über 30 Jahren lebe ich in der Kurpfalz und hatte immer den Wunsch, in unserem Garten einen Mandelbaum zu haben, das Sinnbild der Region für neu erwachendes und blühendes Leben im Frühjahr. Im Herbst 1999 war es dann soweit, wir ließen vom Gärtner einen Mandelbaum in den Garten pflanzen.

Im Februar 2000 lag ich nach meiner Prostataoperation im Krankenhaus, mit einem schrecklichen Befund: der Prostatakrebs hatte die Kapsel bereits verlassen, in die Lymphknoten metastasiert und der Krebs konnte nicht im Gesunden entfernt werden.

Meine Frau besuchte mich im Krankenhaus und erzählte: „Das Mandelbäumchen blüht!“

In meinen schwarzen Gedanken, die mich damals heimsuchten, dachte ich für mich im Stillen: „Ob ich das Mandelbäumchen jemals selbst blühen sehen werde?“

Das Bäumchen ist zu einem großen Mandelbaum herangewachsen, es blüht dieses Jahr zum 13. Mal und ich habe es zum 12. Mal blühen sehen!

# Ich habe Prostatakrebs – und warte ab

Autoren: Ruudy Hock/Angela Staberoh

ISBN: 978-3-87322-122-2

Preis: 12,95 €

## Watchful waiting: Mein persönlicher Weg nach einer schwerwiegenden Diagnose

...ist die spannende Geschichte des selbstbewussten Autors Ruudy Hock (Pseudonym), einem an Prostatakrebs erkrankten Wissenschaftler.

Fast ausschließlich entscheiden sich Betroffene für eine Prostataentfernung, Bestrahlungen oder eine Hormonbehandlung.

Auch wenn die Begriffe Überdiagnose und Übertherapie nicht ausdrücklich in seiner Biographie genannt werden, hat er sich durch Erkenntnisse aus wissenschaftlich fundierten Studien entschieden und sich dadurch ein Leben mit möglichen Nebenwirkungen von Impotenz und Inkontinenz erspart. Die Untersuchungen belegen nur eine geringfügig niedrigere Überlebensrate bei Patienten, die sich nicht behandeln ließen, gegenüber der Gruppe, die sich einem Eingriff unterzog.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Leben und Sterben an sich und seine bewusste Entscheidung gegen eine sofortige aktive Therapie gibt der Behandlungsverweigerer in diesem Büchlein bewegende Einblicke in eine Philosophie, die es ihm erlaubt, mit einem „schlafenden Karzinom“ zufrieden zu leben. Aber auch Betroffene, die sich für eine herkömmliche Therapie entscheiden, finden in diesem Ratgeber zahlreiche Informationen und hilfreiche Adressen.

Dieses Buch ist allen Männern gewidmet, die jährlich neu an einem Prostatakarzinom erkranken. Es zeigt einen Weg gegen die Unsicherheit und der damit verbundenen Angst.

Es ist außerdem hunderttausenden Männern gewidmet, die sich im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung mit der Frage auseinandersetzen: Soll ich einen PSA-Test durchführen lassen oder nicht. Das Buch kann neue Erkenntnisse liefern, die eine Entscheidung erleichtern.

Die Tatsache, plötzlich zu der Menschengruppe zu gehören, die zuvor meist bemitleidet wurde, löst häufig einen Schock aus. Fast ausschließlich entscheiden sich Neudiagnostizierte für eine Prostataentfernung, Bestrahlungen oder eine Hormonbehandlung. Nicht selten führt erst ein zufällig entdeckter erhöhter PSA-Wert zu dieser Kettenreaktion aus Biopsien und anschließender Therapie. Die anfängliche Euphorie, mit der die Entdeckung des Prostata-Spezifischen-Antigens einherging, ist inzwischen großer Ernüchterung gewichen. Renommierte Fachleute weltweit hinterfragen heute die Sinnhaftigkeit des PSA-Screenings.

Betroffene, die sich für eine herkömmliche Therapie entscheiden, finden im Buch eine Auflistung aktueller schulmedizinischer Heilmethoden bei Prostatakrebs, ebenso hilfreiche Adressen für Selbsthilfegruppen und Informationsbroschüren. Nur wer dieses informative und gleichzeitig unterhaltsame Büchlein gelesen hat, kann meine Begeisterung für die ermutigenden Inhalte verstehen.



Rezension von Josef Dietz  
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bretten

# Register BPS – Magazin 2011

## Ausgabe 1

### Editorial

#### Aktuell

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

#### Diagnose und Therapie

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

#### Psychoonkologie

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

#### Erfahrungsberichte

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

#### Aus dem Bundesverband

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

#### Aus den Selbsthilfegruppen

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

#### Sonstiges

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

## Ausgabe 2

### Editorial

#### Aktuell

Patienten fragen – Mediziner antworten	2
Spendenaufwurf: Studie DNA-Zytometrie	3
Das Patientenrechtegesetz stärkt Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen	3

#### Diagnose und Therapie

Lebensqualität von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern überraschend gut	6
Diagnose Prostatakarzinom: Wer trifft welche Therapieentscheidung?	6
Behandlung therapierefraktärer Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms durch sequentielle Radioisotopen-Therapie	12
Der G-BA trifft Entscheidung zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms	14

#### Sport und Prostatakrebs

Radtour 2010 – Abschlussbericht	17
Spazierengehen gegen Prostatakrebs	22
Kann Sport bei rezidivierendem Prostatakarzinom nützlich sein?	23

#### Jahrestagung und Mitgliederversammlung

Vorstand bestätigt	24
Ehrungen	25
Frauensymposium – Eine Nachlese	27

## Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

Frühjahrsstreifen des LV Prostatakrebs Selbsthilfe	29
Baden-Württemberg	29
VdK Gesundheits- und Reha-Ausstellung	29
Bayerische Selbsthilfegruppenleiter treffen sich in Bad Elster	30
REHA-Sport in der Selbsthilfegruppe	30
1. Erlanger Prostataforum	31
10 Jahre Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar	32
Verdienstmedaille für das Ehepaar Schott	33
Neu im BPS	34

### Glosse

Alltagsversehrte Radwanderer	35
------------------------------	----

### Sonstiges

DEHOGA sagt Unterstützung zu	34
Berichtigung zu S. 12, Magazin 1/2011	34
Hotline berät weltweit	36

## Ausgabe 3

### Editorial

#### Aktuell

Medizinisches Kompetenznetz fortgeschrittenes Prostatakarzinom – Möglichkeiten zukunftsorientierter Gesundheitsforschung	3
Patienten fragen – Mediziner antworten	6
„Was hab´ ich?“ – Medizinstudenten helfen Patienten online	7

#### Gesundheitspolitik

BDU startet Versorgungsforschung Urologie	8
Amtsübergabe bei der Deutschen Gesellschaft für Urologie	9
Umsetzung der Onkologie-Vereinbarung	10
Interdisziplinärer Arbeitskreis Prostatakarzinom gegründet	11
15 Jahre Nationale VersorgungsLeitlinien® in Deutschland – Viel erreicht aber auch noch viel zu tun	12

#### Diagnose und Therapie

Therapie des fortgeschrittenen kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPCa)	14
Aktuelle Studien beim hormonrefraktären Prostatakarzinom	21
Spendenaufwurf Studie DNA-Zytometrie	23
„PREFERE“- Studie soll 2012 beginnen	23
HIFU-Anwendungsbeobachtung bundesweit angelaufen	24
Neue Informationen vom EAU 2011 zum Prostatakarzinom	26

#### Aus dem Bundesverband

„Patientenbeteiligung: Unser gutes Recht!“	28
Nachruf Carl-Lotar Kühne	29

#### Aus den Selbsthilfegruppen

SHG Heidekreis erneut erfolgreich	30
Selbsthilfegruppe Dresden besucht Vogtland-Klinik in Bad Elster	30
Berliner Seniorenwoche	30
Fünf Jahre Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung	31
Schluss mit dem Tabu	32
Neu im BPS	32

Sie können die Inhaltsverzeichnisse aller Ausgaben des BPS-Magazins auf der BPS-Website einsehen und das jeweilige Magazin als PDF-Datei herunterladen. Zum komfortablen Suchen nach Beiträgen stellen wir Ihnen auch ein Gesamtinhaltsverzeichnis aller online verfügbaren BPS-Magazine zur Verfügung. In gängigen Webbrowsern können Sie die Suchfunktion mit der Tastenkombination „Strg+F“ anstoßen.

## Termine 2012

5. Mai	Prostata Informationstag	Darmstadt
5. Mai	Patientenforum des Regionalverbandes Neue Bundesländer	Tabarz
12. Mai	4. Rosenheimer Männergesundheitstag	Rosenheim
12. Mai	12. Föhler Krebsforum	Wyk auf Föhr
14. - 16. Juni	Jahrestagung d. Bayerischen Urologen Vereinigung u.d. österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie	Nürnberg
27. Juni	Prostatakarzinom: Interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten im Wandel	Essen
25. August	20. Burgdorfer Selbsthilfetag	Burgdorf
25. August	4. Selbsthilfetag Fulda	Fulda
6. - 7. September	Patientenkongress „Krebs und Partnerschaft“	Bremen
8. September	Patientenforum des Regionalverbandes Neue Bundesländer	Jena
15. September	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Mainz
6. - 7. Oktober	Gesundheits- und Vitalmesse	Villingen-Schwenningen
23. - 25. Oktober	Bundestagung und Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.	Magdeburg
24. November	Patientenkongress des Patientenrats der Deutschen Krebshilfe	Kiel
<p>Bitte beachten Sie auch die täglich aktualisierte Terminvorschau auf unserer Internetseite <a href="http://www.prostatakrebs-bps.de">www.prostatakrebs-bps.de</a></p> <p><b>Nähere Angaben entnehmen Sie bitte der örtlichen Presse!</b></p>		



## Informationsmaterial

Heft 1/2012

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BPS-Patienteninformation „Früherkennung“</li> <li><input type="checkbox"/> Prostata kancerine karsı – erken teşhis için</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum</li> <li><input type="checkbox"/> Active Surveillance und Watchful Waiting</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs I</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs II</li> <li><input type="checkbox"/> Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Beratungs-Hotline</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatastanzbiopsie</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatakrebs, Nr. 17</li> <li><input type="checkbox"/> Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom</li> <li><input type="checkbox"/> Strahlentherapie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Brachytherapie</li> <li><input type="checkbox"/> Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung</li> <li><input type="checkbox"/> Prostatakrebs – was kommt nach der Hormontherapie?</li> <li><input type="checkbox"/> Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen</li> <li><input type="checkbox"/> Krebsschmerzen wirksam bekämpfen</li> <li><input type="checkbox"/> Krebsschmerz – Was tun?</li> <li><input type="checkbox"/> Krebswörterbuch</li> <li><input type="checkbox"/> Palliativmedizin</li> <li><input type="checkbox"/> Fatigue</li> <li><input type="checkbox"/> Ernährung bei Krebs</li> <li><input type="checkbox"/> Bewegung und Sport bei Krebs</li> <li><input type="checkbox"/> Hilfen für Angehörige</li> <li><input type="checkbox"/> Wegweiser zu Sozialleistungen</li> <li><input type="checkbox"/> Patientenbroschüre – Kompetent als Patient</li> <li><input type="checkbox"/> Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“</li> </ul> |
|--|---|

## Früherkennung von Prostatakrebs

Information für Männer



 Deutsche Krebshilfe  
HILFE. FÖRSCHEN. INFORMIEREN.

 DKG  
ARBEITSGEMEINSCHAFT

 AWMF

Über Früherkennung von Prostatakrebs wird in der Öffentlichkeit viel und widersprüchlich diskutiert. Wenn Sie gerade überlegen, ob Sie einen PSA-Test oder eine Tastuntersuchung machen lassen sollen, kann diese Diskussion ganz schön verwirrend sein. Damit Sie sich selbst eine Meinung bilden können, wurde in dieser Broschüre das aktuelle Wissen über die Untersuchungen zur Früherkennung bei Prostatakrebs zusammengestellt.

Die Broschüre wurde herausgegeben vom „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Krebshilfe e.V. Sie können die Broschüre kostenlos über die Geschäftsstellen des BPS beziehen.



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