

Magazin

Informationen für Prostatakrebs erkrankte und Angehörige



Bundesverband Prostatakrebs
Selbsthilfe

Veranstaltung für die Verstärkung der Prostatakrebs Forschung

– Aufruf zur Teilnahme –



26. September 2008
15:30 – 17:00 Uhr
Internationales Congresscenter Stuttgart

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, September 2008

Editorial

Fortschritte in der Prostatakrebs-Therapie durch Forschung 1

Aktuelles

Ärzte und Patienten rücken zusammen 3
 Rehabilitationssport nach Prostatakarzinom 5
 Mehr Dialog bei Krebs 8
 Aufruf zur Teilnahme: DGU-BPS-Veranstaltung zur Prostatakrebsforschung 9

Diagnose und Therapie

Stellenwert molekularer Marker in der Therapie des Prostatakarzinoms 10
 Komplementäre Therapie bei Prostatakrebs 13
 Cyberknife Radiochirurgie 16
 PRIAS Studie: Aktive Überwachung mit der Möglichkeit einer verzögerten Therapie 19

Erfahrungsberichte

Penisimplantat – das „verkannte“ Hilfsmittel 22
 Was wir in den vergangenen zehn Jahren über Prostatakrebs gelernt haben sollten 24

Patient und Recht

Die Krankenakte: Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht des Patienten 29

Nachrichten aus dem Bundesverband

Ehrendadel an Christian Ligensa und Franz Stadlbauer 32
 Neu im BPS 32
 DAK unterstützt Selbsthilfearbeit 33
 Aufbau eines nationalen Studienregisters „Prostatakrebs“ 33

Sonstiges

BPS-Magazin: Inhaltsverzeichnis der Jahrgänge 2006-2007 34
 Termine 36

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

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

Impressum:

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

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

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

Die Verantwortung für den Inhalt obliegt ausschließlich dem Herausgeber, BPS e. V.
 Eine Verantwortung des Sponsors, AstraZeneca GmbH, besteht nicht.

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 Einkommenssteuergesetzes.

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e. V.



Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband



Fortschritte in der Prostatakrebs-Therapie durch Forschung – notwendig und möglich

von Günter Feick
Vorsitzender des BPS e.V.

Diesem Thema stellen sich am 26. September 2008 die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und Selbsthilfegruppen des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) in einer gemeinsamen Veranstaltung zur Prostatakrebs Forschung. Diskutiert werden der heutige Status und die zukünftige Strategie der Prostatakrebs Forschung.

Besonderer Forschungsbedarf existiert, solange in jedem Jahr noch immer 12.000 Männer an dieser Erkrankung versterben trotz aller Therapieanstrengungen. Handlungsbedarf existiert auch für Forschung zum Erhalt der Lebensqualität. Für die Früherkennung sind präzisere diagnostische Verfahren unabdingbar, um die Formen und Stadien des Prostatakrebses unterscheiden zu können, welche einer sofortigen Therapie oder aber zunächst nur einer kontrollierten Beobachtung bedürfen. Ebenso wichtig ist engagierte Forschung zur Entstehung und Prävention des Prostatakrebses.

Damit unser Appell an Ärzte und Wissenschaftler für verstärkte Forschung nicht überhört wird, rufen wir Sie und Ihre Angehörigen auf, kommen Sie zur Veranstaltung nach Stuttgart! Machen Sie damit deutlich, wie wichtig Ihnen Verbesserungen in der Behandlung des Prostatakrebses sind!

Fortschritte in der Behandlung des Prostatakrebses durch Forschung – aber wie?

Wir müssen uns auf Ziele zuerst verständigen. Diese danach in der praktischen Arbeit umzusetzen, wird am besten gelingen durch fachübergreifende Kooperationen. Der gute Wille für zielgerichtete, integrierte Forschung ist hörbar im Gespräch mit Medizinern und Grundlagenforschern. Der DGU-Präsident, Professor Horsch formuliert hierzu:

„Fortschritte bei der Behandlung urologischer Krankheiten werden wir nur dann erzielen können, wenn wir die Grundlagenforschung verstärken, den Genetiker, den Molekularbiologen und auch die angrenzenden Fachspezialisten als Teamarbeiter gewinnen können.“

Dem schließt sich der BPS an und wird für die Umsetzung dieser Erfolg versprechenden Organisation der Prostatakrebs Forschung arbeiten.

Alles auf einmal oder sind Prioritäten zu bestimmen?

Das ist auch eine Frage nach den vorhandenen Ressourcen und der Zahl notwendiger Forschungsprojekte. Ebenso ist es eine Frage nach Selbstverständnis und Willen der Forscher – ob sie sich in ein Forschungsprogramm mit verabredeten Zielen einbinden lassen. Es gilt eine Methode zu finden, die selbst bestimmtes Forschen und Auftragsforschung für die Klinik klug miteinander verbindet. Keinesfalls ist eine Situation hilfreich, in der Forscher die Fragestellungen der Kliniker nicht kennen und umgekehrt die Kliniker die vorhandenen Forschungskapazitäten nicht nutzen.

Eine weitere Kardinalfrage ist, für welches Stadium der Erkrankung die Forschung ihre Bemühungen am meisten verstärken sollte? Um hierauf eine Antwort zu finden, können die heutigen Therapien und ihre Ergebnisse zu Rate gezogen werden.

Das sind die Ergebnisse: nahezu 70% aller Patienten werden mit den heutigen Therapieformen erfolgreich behandelt. Etwa 30% der Patienten können nicht erfolgreich behandelt werden, und für sie besteht ein besonderer Forschungsbedarf. Dieser sollte sich in der Gewichtung und Organisation von Forschungsprojekten widerspiegeln.

Wie ist Prostatakrebs Forschung heute organisiert und wie wird sie leistungsfähiger?

Das vorgenannte Zitat von Professor Horsch gibt hierauf eine grundsätzliche Antwort. Dieser Richtungsweisung folgend notwendige Strukturen aufzubauen, wird den deutschen Urologen Erkenntnis und Enthusiasmus abverlangen. Erste, erkennbar gute Schritte wurden gemacht. Das Ressort Forschung der DGU, geleitet von Professor Wullich, wird personell verstärkt. Ebenfalls wichtig war eine Bilanzierung urologischer Forschung während des

Symposiums der Reinhard-Nagel-Stiftung* und das entschlossene Eintreten seiner Teilnehmer für verstärkte Forschung. Mut machend sind ebenfalls die existierenden Forschungsk Kooperationen der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf/Martini-Klinik mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum und die Verbundforschung des Deutschen Prostatakarzinomkonsortiums.

Diesen Beispielen müssen viele weitere folgen, um die von den Patienten sehnlich erhofften Ergebnisse zu erzielen.

Damit Ärzten mehr Zeit für Forschung bleibt, ist ihre administrative Unterstützung durch zusätzliche medizinisch technische Mitarbeiter notwendig. Es ist eine Verschwendung von Können und Kapital, wenn heutzutage Ärzte neben der Patientenversorgung und der Forschung auch noch deren Verwaltung und Mittelbeschaffung bewältigen müssen.

Zu empfehlen ist auch eine Beteiligung der Patienten an der Forschung. Ihre Prioritäten zu kennen und ihre Beobachtungen zu nutzen, sollte selbstverständlich sein. Anerkennend zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die HAROW Studie, die von der Stiftung Männergesundheit getragen wird. Diese Studie befragt auch die Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit Therapien, zu ihrer Lebensqualität und zu den Nebenwirkungen von Behandlungen.

Die Finanzierung der Prostatakrebs Forschung

Bis zum Jahr 2006 wurde in die klinische Forschung des Prostatakrebses jährlich 1 Million Euro investiert. In den USA waren es ca. 400 Millionen Euro pro Jahr. Die Wirtschaftskraft der beiden Länder berücksichtigend, hätte das einer jährlichen Forschungsförderung von ca. 88 Millionen Euro in Deutschland entsprochen. Der wunde Punkt hierbei ist, es lag nicht an einem Mangel an Geld in Deutschland. Es lag an zu wenigen Forschungsinitiativen, die den Förderungskriterien entsprechen konnten. Eine Verbesserung dieser Situation ist möglich und das soll auch durch die Veranstaltung am 26. September in Stuttgart deutlich werden.

Der BPS versteht sich als Interessenvertreter aller von Prostatakrebs betroffenen Männer und wird alles in seinen Kräften Mögliche tun, damit eine Verstärkung der Prostatakrebs Forschung erfolgen wird. Wir werden mit Ärzten, ihren Fachgesellschaften, Grundlagenforschern und mit den Institutionen des Gesundheitssystems zusammenarbeiten, damit die Prostatakrebs Forschung

in Deutschland uns Patienten und den nach uns Kommenden bessere Therapiemöglichkeiten eröffnen kann. Diesem Ziel dient unser gemeinsamer, öffentlicher Appell am 26. September in Stuttgart. Wenn wir jetzt handeln und in großer Zahl nach Stuttgart kommen, werden wir Erfolg haben. Wir werden unseren notwendigen Beitrag zur Verstärkung der Prostatakrebs Forschung leisten.

Unser Motto sollte sein: Wir müssen jetzt selber etwas tun und nicht zuerst fragen, was können andere für mich tun.

**Kommen Sie, nehmen Sie teil
an der Veranstaltung für eine Verstärkung der
Prostatakrebs Forschung
Freitag, 26. September 2008, 15.30 bis 17.00 Uhr
Internationales Congresscenter,
Saal C2.1/C2.2 in Stuttgart.**

Zeigen Sie damit Ihr entschlossenes Eintreten für die notwendige Verstärkung der Prostatakrebs Forschung. Denn nur durch Forschung werden bessere Therapien die Lebensqualität erhöhen und die Sterberate senken.

Ihr



- Vorsitzender des BPS e. V. -



In diesem Beitrag wurden die folgenden Aspekte der Prostatakrebs Forschung und Ziele des BPS angesprochen:

- Aufruf zur Teilnahme an der Veranstaltung zur Prostatakrebs Forschung am 26. September in Stuttgart
- Einige Perspektiven der Prostatakrebs Forschung in der Deutschen Gesellschaft für Urologie
- Die Organisation verstärkter Forschung aus Sicht des BPS
- Die Verantwortung von Patienten und ihre Einflussmöglichkeit auf die Verstärkung der Forschung

1 Lesen Sie hierzu auch ab Seite 19 die „PRIAS Studie: Aktive Überwachung mit der Möglichkeit einer verzögerten Therapie“

* Die von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) eingerichtete Reinhard-Nagel-Stiftung fördert qualitativ hochwertige klinische und experimentelle Forschung auf dem Gebiet der Urologie. Gefördert werden promovierte wissenschaftliche Mitarbeiter urologischer Kliniken oder Institutionen.

Ärzte und Patienten rücken zusammen

Neue Rubrik für DGU und Berufsverband im BPS Magazin

Das Motto heißt: **Gemeinsam sind wir stark, deshalb werden die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) in Zukunft noch mehr zusammenrücken und sich gemeinsam für das Wohl der Patienten einsetzen – durch Information. An dieser Stelle finden Sie künftig Berichte aus den Reihen von DGU und Berufsverband. „Wir begrüßen es außerordentlich, dass wir durch diesen ständigen Beitrag in der Mitgliederzeitschrift des BPS eine neue Möglichkeit gefunden haben, weiter die Kommunikation mit den Patienten und ihren Angehörigen auszubauen“, sagt Prof. Margit Fisch, Pressesprecherin der DGU. Ein herausragendes Beispiel in Sachen Kooperation ist die erste Patientenbroschüre „Promis gegen Prostatakrebs“, die nun, auf Initiative des BPS, in fünfter Auflage gedruckt wurde. „Ran an den Mann – und zwar mit prominenter Unterstützung!“ Nach dieser Devise haben Deutschlands Urologen im Juni 2006 erstmals ihre Aktion in Sachen Männergesundheit und Aufklärung zum Thema Prostatakrebs mit prominenter Unterstützung gestartet.**



Prof. Dr. M. Fisch, DGU

Auf 24 Seiten Vierfarbdruck im handlichen DIN-A6 Format geben neun prominente Deutsche wie ZDF-Frontmann Klaus Peter Siegloch, Bremens Ex-Bürgermeister Dr. Henning Scherf und Schauspieler Volker Brandt im Interview mit der Pressestelle der DGU und des Berufsverbandes bereitwillig Auskunft über ihr persönliches Gesundheitsverhalten und appellieren auf manchmal ungewöhnliche Art und Weise an das starke Geschlecht, die Chancen von Früherkennungs-Untersuchungen zu nutzen.

Dank der Unterstützung durch Farco Pharma konnte diese Aufklärungsprojekt bis 2008 mit vier Auflagen in Höhe von rund 60.000 Exemplaren an den Mann gebracht werden. Für die Fortsetzung der erfolgreichen Aktion hat nun der BPS durch die Finanzierung der nächsten 55.000 Exemplare gesorgt. Damit ist sichergestellt, dass Patienten, Interessierte und Angehörige auch in Zukunft durch die Patienten-Prominentenbroschüre informiert werden. Denn ein Wort aus prominentem Munde kann viel bewirken.

Darauf bauen DGU und Berufsverband auch bei ihrem aktuellem Projekt zum Thema Inkontinenz. Ein Thema, das auch Männer nach Behandlung eines Prostatakarzinoms durch Bestrahlung, Brachytherapie, HIFU, Kryotherapie oder Operation in seltenen Fällen betreffen kann,

aber auch in diesen Fällen gibt es gute Therapiemöglichkeiten. In der neuen Broschüre wollen die Urologen mit Unterstützung von prominenten Deutschen unter dem Motto „Urologen brechen Tabus – Ich helfe mit!“ über die Erkrankung, Blaseschwäche, aufklären. Tatkräftige Unterstützung bekommen sie dabei unter anderem von Schriftstellerin Peggy Parnass, Bischöfin Maria Jepsen, den Schauspielerinnen Hannelore Hoger, Nina Petri, Claudia Rieschel und Beate Abraham, Sportlegende Alexander Pusch, Chorleiter Gotthilf Fischer sowie aus den Reihen der Politik von Christian Wulff und Ursula von der Leyen. Sie alle sprechen offen über das sensible Thema Inkontinenz. "Fechter des Jahrhunderts" Alexander Pusch: "Jeder, der über seine persönlichen Erlebnisse mit der Krankheit spricht oder sein Wissen über Blaseschwäche weitergibt, hilft anderen, die Mauer aus Scham und Angst zu überwinden". Das ist dringend notwendig. "Von den fünf Millionen Betroffenen in Deutschland werden nur etwa 15 Prozent fachkundig betreut", sagt DGU-Pressesprecherin Professor Dr. Margit Fisch. "Die meisten Menschen, die Probleme mit der kontrollierten Blasenentleerung haben, schweigen aus Scham. Körper und Seele leiden, der Rückzug vom gesellschaftlichen Leben beginnt, Selbstwertgefühl und Lebensqualität gehen verloren. Am Ende steht oft die völlige soziale Iso-

lation." Dabei sei die heimliche Volkskrankheit Blasen- schwäche kein Schicksal, sondern in den meisten Fällen sehr gut heilbar, so die Urologin. Der Präsident des Berufs- verbandes der Deutschen Urologen, Dr. Martin Bloch appelliert: "Glauben Sie mir, es ist absolut selbstver- ständlich, wegen einer Bla- senschwäche zum Urolo- gen zu gehen." Bischöfin Maria Jepsen bringt es in dem neuen Ratgeber der Urologen auf den Punkt: "Blasenschwäche ist eine Schwäche, keine Schande." Der Erfolg der Broschüre kam prompt: Kaum heraus- gegeben, war der Inkonti- nenz-Ratgeber bereits ver- griffen. Knapp vier Wochen nach der Erstausgabe im April 2008 wurde die Bro- schüre Dank Astellas Pharma GmbH bereits in zweiter Auflage gedruckt. "Die überwältigende Nachfrage zeigt,



Dr. M. Bloch, BDU

wie groß das Informationsbedürfnis in unserer Ge- sellschaft ist", sagt Dr. Martin Bloch, Präsident des Berufs- verbandes der Deutschen Urologen e.V.. Bestellt wird die Broschüre von Ärzten aller Fachrichtungen, Selbsthilfe- gruppen, Gesundheitseinrichtungen, Apotheken und zahlreichen Betroffenen, die durch das große Medien- echo aufmerksam gewor- den sind. Die Vielzahl, zum Teil sehr emotionaler Reak- tionen von Betroffenen, spiegelt den enormen Lei- densdruck, aber auch die Erleichterung darüber, dass die Broschüre Anlass zu einem offenen Umgang mit der Erkrankung bietet. Die Patientenbroschüre "Urolo- gen brechen Tabus – Ich helfe mit!" kann über die Pressestelle von DGU und BDU kostenlos unter www.wah- lers-pr.de/online bestellt werden.

Text: DGU/BDU-Pressestelle

BUCHTIPP

Annette Bopp, Delia Nagel, Gerd Nagel

Was kann ich selbst für mich tun?

Patientenkompetenz in der modernen Medizin

128 Seiten.

ISBN (10) 3-907625-23-4. Euro 16.10

Viele Patienten fragen: „Was kann ich selbst für mich tun?“ Die lapidare Antwort: „Sie können gar nichts tun – leben Sie so weiter wie bisher!“ wird von ihnen heute nicht mehr akzeptiert. Und so machen sie sich, häufig auf sich allein gestellt, auf die Suche nach dem eigenen Weg, um die persönlichen Quellen der Kraft für die Bewältigung der Krank- heit zu erschließen. Die Patienten fragen nach Mitteln und Methoden aus der Komplementärmedizin, sie suchen Orientierungshilfen und Ärzte, die sie als kompetente Patienten respektieren, unterstützen und fördern.

Dieses Buch zeigt unter anderem anhand von zehn Patientenporträts, wie wichtig diese Kompetenz von Patienten für sie selbst, aber auch für die moderne Medizin ist. Dass sie sich nicht gegen die Schulmedizin richtet, sondern diese ergänzt.

Es zeigt sich auch ein neues Verständnis von Komplementärmedizin. Sie wird immer mehr zum Bestandteil der modernen, auf Wille und Wohl des individuellen Patienten ausgerichteten Medizin. Kompetente Patienten haben sich in den letzten Jahren eine eigene Patientenkultur, mit einer eigenen Sprache und mit eigenen Formen der Kommu- nikation geschaffen. Dieses Buch beschreibt die Dimensionen dieser Patientenkultur als eine starke normative Kraft im zukünftigen Gesundheitswesen.

Rehabilitationssport nach Prostatakarzinom

von Dr. Freerk T. Baumann

Lange Zeit galt Sport in der Rehabilitation von onkologischen Patienten als nicht durchführbar und teilweise sogar als gefährlich. Befürchtungen, dass durch die erhöhte körperliche Aktivität Metastasen losgetreten und der Genesungsprozess negativ beeinflusst werden könnten, standen im Raum und wurden vor allem von der Ärzteschaft noch bis weit in die 90er Jahre vertreten. Nach einer Chemotherapie wurde beispielsweise sogar ein Bewegungsverbot von bis zu einem halben Jahr ausgesprochen. Als Konsequenz hieraus ergab sich ein gehäuftes Auftreten von Immobilitätserscheinungen, wie zum Beispiel Muskelschwund, Arthrosen, Osteoporose usw. Viele Komplikationen sind demnach nicht durch die Krebserkrankung oder die medizinische Therapie entstanden, sondern vor allem durch unbegründete Schonung und Passivität der Betroffenen.

Erst zu Beginn der 1980er Jahre entstanden in Deutschland die ersten Krebsportgruppen, deren Zahl bis heute auf etwa 800 angestiegen ist und von denen rund 300 alleine in Nordrhein-Westfalen zu finden sind. Eine so hohe Dichte an onkologischen Sportgruppen ist weltweit einmalig. Auffällig ist zurzeit jedoch noch der hohe Anteil weiblicher Teilnehmerinnen von ca. 95%, die vornehmlich in den Brustkrebsgruppen zu finden sind. Darüber hinaus sind die onkologischen Rehabilitationssportgruppen bisher nur wenig evaluiert und somit die aktuelle Studienlage in diesem Bereich eher dünn.

Aufgrund dieser Tatsachen entstand unter der Federführung der *Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen* und in Zusammenarbeit mit der *Deutschen Sporthochschule Köln* und dem *Landessportbund Nordrhein-Westfalen* die Idee für das Projekt **„Einflüsse von Rehabilitationssport auf die physischen, psychischen und psychosozialen Parameter von Patienten nach Prostatakarzinom“**. Mit diesem Projekt sollen nicht nur die Männer für den Sport in der Krebsnachsorge begeistert werden, sondern auch eine wissenschaftliche Belegbarkeit für den nach SBG IX §44 unter *Ergänzende Leistungen*

Dr. Freerk T. Baumann
Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Rehabilitation und Behindertensport
Am Sportpark
Müngersdorf 6
50933 Köln
Tel.: 0221 4982-4821
Fax: 0221 4971-726
E-Mail: f.baumann@dshs-koeln.de



gesetzlich verankerten Rehabilitationssport nachgewiesen werden.

Die Hauptziele lassen sich demnach wie folgt zusammenfassen:

- Gründung spezieller Männersportgruppen nach Krebs in NRW
- Evaluierung von Rehabilitationssport im Anschluss an eine Krebserkrankung

Aktuell sind an dieser Studie mehrere Krankenhäuser und Unikliniken Nordrhein-Westfalens beteiligt, die von der Studienleitung an der Deutschen Sporthochschule Köln unter der Leitung von Prof. Dr. Wilhelm Bloch und Dr. Freerk Baumann koordiniert werden.

Das Studienkonzept sieht vor, dass im Rahmen dieses Projektes zwischen 150 und 300 prostatektomierte Patienten von den Kliniken in die Sportgruppen vermittelt werden. Etwa zwei Drittel der Patienten werden an der Trainingsgruppe teilnehmen, die einmal pro Woche ein von einem speziell geschulten Übungsleiter vorgegebenes Bewegungsprogramm durchführt. Das teilstandardisierte Übungsprogramm besteht aus den zwei Hauptbestandteilen „Ausdauertraining“ und „Kräftigungsgymnastik“. Inhaltlich setzt sich das Ausdauertraining aus den Komponenten Walking und Nordic Walking zusammen. Bei der Kräftigungsgymnastik wird der Schwerpunkt vor allem auf das Beckenbodentraining bzw. Schließmuskeltraining gelegt. Das Studienprotokoll sieht vor, dass sich die männlichen Patienten einmal pro Woche zum gemeinsamen Sport über 60 Minuten zusammenfinden. Darüber hinaus werden die Teilnehmer dazu ermutigt, sich mindestens ein weiteres Mal pro Woche etwa 60 Minuten selbstständig sportlich zu betätigen, so dass von einer zweimaligen Intervention pro Woche ausgegangen werden kann.

Neben dem Hauptziel der Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit geht man davon aus, dass sich durch die körperliche Intervention zusätz-

lich eine Reihe weiterer physischer und psychischer Komponenten verbessern. Auf rein physiologischer Ebene erhofft man sich durch diese Trainingsintervention eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die mit Hilfe einer Leistungsdiagnostik überprüft wird. Die Blutparameter Prostata-Spezifisches-Antigen (PSA) und Testosteron geben einen Hinweis auf mögliche Risikofaktoren zur Entstehung einer Prostatakrebs-erkrankung. Mit Hilfe der Gefäßreliabilitätsmessung soll der Einfluss von Bewegung auf die Gefäße festgestellt werden.

Die zweite Hälfte der Teilnehmer wird der Kontrollgruppe zugeordnet und nimmt weder an der Sportgruppe teil, noch bekommt sie sonstige Anweisungen. Sie stellt sich lediglich für die Vor- und Nachuntersuchungen zur Verfügung.

Welcher Patient welcher Gruppe zugeordnet wird, entscheidet sich auf unterschiedlichen Wegen. Zum einen kann der Patient von sich aus festlegen, dass er auf jeden Fall an einer bestimmten Gruppe teilnehmen möchte. Falls der Patient allerdings angibt, dass es ihm einerlei sei, ob er trainiert oder nicht, so wird er dem Zufallsprinzip entsprechend randomisiert.

Bevor die Probanden an der Studie teilnehmen können, müssen sie jedoch spezielle Einschlusskriterien erfüllen, über die sie von ihrem jeweiligen Arzt der beteiligten Kliniken aufgeklärt werden. Folgende Einschlusskriterien wurden definiert:

- Männer mit positivem Befund auf ein Prostatakarzinom
- Männer mit abgeschlossener Primärtherapie
- Männer, die sich einer radikalen Prostatektomie oder einer Kombinationstherapie (radikale Prostatektomie plus Bestrahlung) unterzogen haben

- Männer, deren Entlassung aus dem Krankenhaus nach der Prostatektomie und eventueller Bestrahlung nicht länger als 12 Wochen zurück liegt

Wurde ein Teilnehmer der Trainingsgruppe zugeordnet, so beginnt für ihn ein 18-monatiges Trainingsprogramm. Zu diesem Zweck wurden spezielle auf das Krankheitsbild „Prostatakarzinom“ abgestimmte Sportgruppen eingerichtet.

Zusammengefasst werden folgende spezielle Parameter im Rahmen der Evaluationsstudie untersucht:

Physische Komponenten

- Harninkontinenz
- Erektile Dysfunktion
- Einflüsse auf den Hormonhaushalt (PSA, Testosteron, Endostatin, VEGF...)

Psychische und soziale Komponenten

- Zusammenarbeit und Bewältigungsstrategien
- Angst und Depressionen
- Fatigue-Syndrom
- Steigerung der Lebensqualität

Um zu überprüfen, ob und inwieweit Verbesserungen in den einzelnen Bereichen bereits eingetreten sind, werden unterschiedliche Assessments (Testungen und Fragebögen) zu verschiedenen Zeitpunkten der Intervention – nach 3, 6, 9, 12 und 18 Monaten – eingesetzt. Das Projekt ist insgesamt auf drei Jahre ausgelegt, so dass noch bis zum 18. Monat neue Patienten rekrutiert werden können. Die Studie läuft inzwischen seit Oktober 2007, so dass bereits im Dezember die ersten Patienten in die Trainings- und Kontrollgruppe aufgenommen werden konnten, denen weitere folgen sollen.

Rehasport und Funktionstraining im heimischen Umfeld

Red. (mk): Die Krankenkassen entgelten den Übungsleiter für zunächst insgesamt 50 Stunden Rehasport innerhalb von 18 Monaten. Wichtig ist es einen Übungsleiter zu finden, der mit den Kassen abrechnen kann. Hierbei können die Landessportbünde, der Deutsche Behindertensportverband e. V. oder Reha-Einrichtungen in der Nähe behilflich sein. Der kassenfinanzierte Reha-Sport und das Funktionstraining müssen von einem Arzt rezeptiert werden. Danach sollte Mann sich bei seiner Krankenkasse sicherheitshalber bestätigen lassen, dass die Leistung von seiner Kasse bezahlt wird.

Roland Bauer, SHG-Prostatakrebs Schwäbisch Gmünd, gibt gerne Auskunft zur Organisation des Reha-Sports und Funktionstrainings: Tel.: 07171 99 82 70; E-Mail: info@prostatakrebs-schwaebischgmueund.de

Buchbesprechung

Beckenbodentraining für Männer

Ute Michaelis

160 S., 76 Abbildungen

Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag

München, Jena

ISBN 978-3-437-45187-4

Euro 19,95



„Harninkontinenz und Erektionsstörungen mindern und überwinden“ lautet der anspruchsvolle Untertitel. In 17 Kapiteln wird der Bogen weit gespannt: Von „PSA“ bis zu „Patienten fragen“.

Erfreulich, dass sich die Autorin speziell an die betroffenen Männer wendet, zumal bei Frauen bekanntermaßen die Ursachen der Harninkontinenz andere sind und deren Therapie überwiegend ebenfalls. Anschaulich ist die gut durchdachte Schilderung der vielen Übungen mit und ohne Hilfsmittel, lediglich die Anschaffung eines Gymnastikballes ist vonnöten. Die Zeichnungen zu den Übungen sind eindeutig, klar, nachvollziehbar. Viele flotte Sprüche und Namensfindungen für die Übungen wie „Der Fischer schiebt seine Boote ins Wasser“, „Rodeo Drive“, „Kölner Karneval“, „Charlie Chaplin“ u.v.a. erscheinen

im Anfang, gelinde gesagt, seltsam, erweisen sich jedoch bald als zweckmäßig und einprägsam. Wer kann sich schon die nach Kapiteln durchnummerierten Übungen merken? Überzeugende Erläuterungen zu jeder Übung vervollständigen deren Verständnis. Die zu erreichenden Ziele sind klar formuliert, werden optisch hervorgehoben. Wesentliche Merksätze erscheinen farbig hinterlegt. Der didaktische Aufbau des Büchleins ist gelungen und bei gewissenhafter Anwendung sicher vielen Betroffenen eine Hilfe. Von Selbsthilfegruppen ist bekannt, dass nur eine verschwindende Minderheit der Prostatektomierten, trotz Schonung der Gefäßnervenbündel, zur Erektion fähig ist. Möglicherweise sind die Ratschläge der Autorin hilfreich, jedenfalls erscheinen sie plausibel.

Im Kapitel „Der Status Quo“ wird ein kurzer Einstieg in die Problematik einer als Folge der radikalen Entfernung der Prostata (Prostatektomie) aufgetretenen Harninkontinenz versucht. Dieses komplexe Thema ist auf knapp vier Seiten nicht darstellbar. Die Ausführungen tragen daher nicht zur Aufhellung des Sachverhaltes bei, weil Unschärfen und Ungereimtheiten sich eingeschlichen haben. Eine ersatzlose Streichung kann den Wert des Buches nur noch weiter erhöhen. Übrigens ist seit Jahren der unpassende Begriff „Stressinkontinenz“ durch „Belastungsinkontinenz“ ersetzt worden und das bloße Zählen von Vorlagen bringt immer noch keine Erleuchtung.

Unter den vielen Broschüren, Büchern etc., die sich dem Training des Beckenbodens widmen, nimmt diese Darstellung eine hervorragende Sonderstellung ein. Sie ist daher Betroffenen sehr zu empfehlen.

Rezension von Dr. rer. nat. Hans-Hermann Schmitz
SHG Prostatakrebs Hannover

Hilfreiche Adressen

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Friedrich-Ebert-Straße 124

34119 Kassel

Tel.: 0561 780604

Fax: 0561 776770

E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de

www.kontinenz-gesellschaft.de

Patiententelefon: 01805 233440 (12ct./Min.) –

Geschulte Berater informieren über Inkontinenz.

Selbsthilfeverband Inkontinenz e. V.

Geschäftsstelle Augsburg

Bahnhofstraße 14

D-86150 Augsburg

Tel.: 0821 31983790

Fax: 0821 31983791

www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org

„Mehr Dialog bei Krebs“

Red. (ks): Während der Krebsbehandlung kommt dem persönlichen Gespräch zwischen Patient und Arzt eine sehr hohe Bedeutung zu. Der Patient ist in diesem Zeitraum auf seinen behandelnden Arzt als persönlichen Ansprechpartner angewiesen und steht mit diesem im Idealfall in gutem Kontakt. Für die Arzt-Patienten-Kommunikation ist es vor allem wichtig, die Meinung und Bedürfnisse von Krebspatienten zu kennen, um mit diesen adäquat umzugehen. Durch die von Novartis Oncology durchgeführte Patientenumfrage „Mehr Dialog bei Krebs“ sollte genau dies ermittelt werden, um eine grundsätzliche Verbesserung der Gesprächssituation zu erreichen. Auch der BPS hatte mit der Aufnahme des Fragebogens im BPS-Magazin sowie einer Verlinkung auf der Homepage Prostatakrebs Betroffenen die Möglichkeit gegeben, sich an der Umfrage zu beteiligen. Rückläufe zu der im Sommer 2006 gestarteten Umfrage gingen noch bis Mitte 2007 ein.

Ergebnisse der Patientenumfrage

Fast alle Krebspatienten schätzen die Bedeutung des Dialogs in der Onkologie als sehr hoch ein. Gleichzeitig bewertet über die Hälfte von ihnen die Dialogfähigkeit des Arztes als sehr gut (59%), weniger als 10% bewerten diese als schlecht. Allerdings haben 44% der Befragten das Gefühl, dass ihr Arzt auf das Gespräch mit ihnen nicht gut vorbereitet ist. Trotzdem zeigte die Umfrage ein positives Ergebnis bezüglich des Verhaltens des Arztes auf: Dieser wird größtenteils als verständnisvoll, aufgeschlossen, Anteil nehmend und wertschätzend empfunden. Zurückhaltend, teilnahmslos oder gar abgelenkt empfinden jeweils 10% der Betroffenen ihren fachlichen Ansprechpartner.

Besonders wichtige Gesprächssituationen waren für die Befragten neben der Diagnosemitteilung vor allem Therapieaufklärung, Informationen über mögliche Ergänzungstherapiemaßnahmen sowie die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen und die Prognose des möglichen Krankheitsverlaufes. Bei diesen Punkten hätten sich die meisten Patienten mehr Informationen gewünscht. Vor allem wird hier der Wunsch sichtbar, als Patient mehr Informationen zu ergänzenden Therapiemaßnahmen zu erhalten.

Um eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu erreichen, müssen zudem die Gründe für ein Scheitern des Dialogs ermittelt und erkannt werden. Ärzten wird diesbezüglich fehlende Zeit und das mangelnde Eingehen auf Fragen, Ängste, Bedürfnisse und Wünsche zugeschrieben. Gründe auf Seiten des Patienten sind begrenzte Aufmerksamkeit aufgrund von Sorgen und Ängsten sowie fehlendes Wissen über die eigene Erkrankung und mangelndes Wissen um Patientenrechte. Zudem ergab die Patientenumfrage, dass sich etwa ein Fünftel der Befragten zusätzlich zum Gespräch mit dem Arzt im Internet oder in Büchern über die Krankheit informiert.

Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“

Die Umfrage thematisiert die Relevanz einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen Arzt und Patient als eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Novartis Oncology setzt sich diesbezüglich schon seit einigen Jahren genau dafür ein und hat nun erstmalig den Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“ mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. ausgeschrieben. Die offizielle Preisverleihung fand auf dem 3. Krebsaktionstag am 24. Februar 2008 in Berlin statt.

Der mit insgesamt 7.000 € dotierte Preis richtete sich an Kliniker und niedergelassene Ärzte aus den Fachbereichen Onkologie und Hämatologie bzw. onkologisch tätige Ärzte aus anderen Fachbereichen. Die knapp 40 eingesandten Projekte bestätigten die Relevanz des Themas „Mehr Dialog bei Krebs“, aus denen eine unabhängige Jury aus Klinikern, Praktikern und Patientenvertretern drei Gewinner auswählte. Bei der Bewertung und Auswahl dieser Projekte waren vor allem Kriterien wie Nutzen für den Patienten, Innovationscharakter und Reichweite entscheidend.

Den 1. Platz des Best Practice Award belegt Julia Katharina Kansy, Institut für Frauengesundheit Tübingen, mit dem „Internet-Portal Brustkrebs-Studien.de“. Das Portal unterstützt Patientinnen in der Vor- und Nachbereitung des Arztbesuches, ermöglicht ihnen einen unabhängigen Zugang zu klinischen Studien und gewährleistet eine kontinuierliche Therapieoptimierung.

Platz 2 geht an Dr. med. habil. Martin Weber, Universitätsklinikum Mainz, für das Projekt „Kommunikationstraining für Medizinstudenten“, welches einer frühzeitigen Verbesserung der ärztlichen Kommunikation mit Krebspatienten dient.

Dr. med. Manfred Welsau, Studien-Zentrum Drs. Klausmann/Dr. Welsau Aschaffenburg, wurde mit dem Projekt „P-com-X: Handygestütztes



Die Preisträger des Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“ Julia Katharina Kansy (2. v.r.), Dr. med. habil. Martin Weber (1. v.r.) und Dr. Med. Manfred Welsau (1. v.l.) mit Adib Jacob (2. v.l.)

Therapietagebuch“ von der Jury auf den 3. Platz des Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“ gewählt: Ziel dieses Pilotprojektes war die Verbesserung der Therapiesicherheit einer oralen Chemotherapie durch die Patientenbetreuung mittels eines Mobilfunkgerätes. Das Preisgeld für den 1. Platz beträgt 5.000 €; Platz 2 und 3 sind mit jeweils 1.000 € dotiert.

Aufruf zur Teilnahme

Veranstaltung für eine Verstärkung der Prostatakrebs Forschung

Stuttgart

Freitag, 26. September 2008

15.30 – 17.00 Uhr

Saal C2.1/C2.2

Haupt-Eingang ICS

Gemeinsame Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) zur **Prostatakrebs Forschung**.

Die Teilnahme ist kostenfrei. Der Zugang ist ausgeschildert.

Bitte geben Sie am Einlass an, dass Sie die BPS-Veranstaltung besuchen.

Fragen Sie die örtlichen Selbsthilfegruppen nach Fahrgemeinschaften.

Nach Stuttgart wird sich der BPS für die Umsetzung Ihrer Forderungen einsetzen!

Das ist unser Versprechen.

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Günter Feick
-Vorsitzender-

Stellenwert molekularer Marker in der Therapie des Prostatakarzinoms

von Dr. Thorsten Schlomm

Für die Entstehung und den Progress von Tumoren verantwortliche zelluläre Veränderungen können auf molekularer Ebene analysiert werden und stellen gleichzeitig potentielle Angriffspunkte für neue Therapien dar. Neue GenChip Methoden (Genchip = kleiner Glasträger mit Tausenden DNA Proben) erlauben heutzutage die Analyse aller beim Menschen bekannten Gene in einem einzigen Experiment. Auf diese Weise wurden in jüngster Zeit beim Prostatakarzinom zahlreiche neue potentielle Biomarker zur Diagnose, Prädiktion und Therapie des Prostatakarzinoms identifiziert. Jedoch ist bisher keines dieser Moleküle in die klinische Routine eingegangen.

Die Herausforderung besteht nun in der sinnvollen Validierung dieser enormen Datenmengen an großen Patientenkollektiven sowie der Formulierung klinisch relevanter Endpunkte.

Im klinischen Management des Prostatakarzinoms erfahren wir täglich Einschränkungen durch die unzureichende Spezifität von PSA (Prostata spezifisches Antigen), die ungenaue Vorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufes und unbefriedigende Therapiemöglichkeiten metastasierter Tumore. Kann die Molekularbiologie uns helfen, diese Probleme zu lösen? Zahlreiche Studien haben in der Vergangenheit vielversprechende molekulare Marker hervorgebracht, von denen sich jedoch bisher keiner in der klinischen Routine durchsetzen konnte. Erklärungen für dieses ernüchternde Ergebnis sind die zu geringen Stichprobengrößen, fehlende Weiterverfolgung der meisten molekularen Studien, nicht standardisierte Versuchsprotokolle und subjektive Auswertekriterien. Weiterhin ist es sehr wahrscheinlich, dass wichtige Prozesse in der Tumorbiologie des Prostatakarzinoms noch nicht identifiziert sind. Um die klinische Relevanz neuer Marker zu evaluieren, bedarf es Untersuchungen an tausenden Patienten mit dokumentierten Verlaufsdaten über einen längeren Zeitraum.

Dr. Thorsten Schlomm

Martini-Klinik, Prostatakarzinomzentrum am UKE
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52, Gebäude O46
 20246 Hamburg
 Tel.: 040 42803 1314
 Fax: 040 42803 1323
 E-Mail: tschlomm@uke.uni-hamburg.de



In der klinischen Routine hat sich bisher kein Marker gegen den PSA-Wert, den Gleasongrad und das Tumorstadium durchsetzen können.

Molekulare Hochdurchsatzforschung

In der molekularen Tumorforschung hat im letzten Jahrzehnt ein Paradigmenwechsel stattgefunden – weg von der Hypothesen basierten Forschung hin zur Prüfung großer Zahlen von Fällen und Proben. Solche manchmal etwas abschätzig auch als „Fischfangexpeditionen“ bezeichneten Experimente haben das Ziel, viele Tausend biologische Messgrößen parallel zu untersuchen.

In unserer Arbeitsgruppe nutzen wir die cDNA Microarray und matrix-CGH Technik zur parallelen Analyse aller beim Menschen bekannter Gene auf dem RNA und DNA Level. Da diese Methoden technisch sehr aufwändig sind, werden nur relativ wenige neue Untersuchungen zum Screening nach neuen Marker-Signaturen durchgeführt. Dabei halten wir die technisch bedingte Varianz von RNA Analysen durch standardisierte Gewebe-Aufarbeitung und Laser-Mikrodissektion so gering wie möglich. Die Analyse großer Probemengen zeichnet sich oft durch ein enormes Missverhältnis zwischen Stichprobengröße ($n < 100$) und Anzahl untersuchter Variablen ($n > 30.000$) aus.

Für eine aussagekräftige klinische Validierung ist es notwendig, molekulare Veränderungen in einem großen Tumorkollektiv mit dokumentierten klinisch-pathologischen Daten und Langzeit Beobachtungen zu untersuchen.

Hamburger ProstataChip

Unsere Arbeitsgruppe hat hierfür einen bisher einzigartigen Gewebechip (TMA) hergestellt. Dieser Chip enthält ca. 4.000 Prostatakarzinome aller Tumorstadien, sowie normales Gewebe und Gewebe mit Metastasen. Alle Karzinome sind komplett mit Langzeitverläufen dokumentiert und erlauben erstmals Korrelationen von mole-

kularen Markern zur Langzeitprognose an einem statistisch aussagekräftigen Kollektiv von Prostatakarzinompatienten. Weiterhin können mit Hilfe dieser neuen Diagnoseplattform Verknüpfungen zwischen verschiedenen Genen und Proteinen hergestellt werden, die bisher aufgrund ihres geringen Vorkommens in kleinen Tumorkollektiven nicht aufgefallen sind. Mit der Anzahl der untersuchten Marker steigt die Menge der möglichen Verknüpfungen proportional an, was es uns erlaubt, auch verschiedene Muster von Markern zu analysieren. Die biologische Funktion bisher unbekannter Gene wird mit Hilfe von zellulären Hochdurchsatz-Assays (funktionelle Genomik) analysiert. Hier wird die Beteiligung dieser Gene an zentralen Tumor-relevanten Prozessen wie Zell-Proliferation, Apoptose oder Migration getestet, was zu einem besseren Verständnis der Entstehung und Progression des Prostatakarzinoms führt.

Genspezifische Medikamente

Beim metastasierten, hormonresistenten Prostatakarzinom besteht ein dringender Bedarf an wirksamen Medikamenten. Viel wird von einer neuen Generation von Krebsmedikamenten erwartet, welche ganz gezielt molekulare Veränderungen von Tumorzellen attackieren. Alle diese Medikamente werden heute bei einigen wenigen Tumortypen eingesetzt, bei denen die molekulare Zielläsion des entsprechenden Medikamentes bekanntermaßen auftritt. Herceptin ist beispielsweise für die Behandlung einer Untergruppe von metastasierenden Mammakarzinomen zugelassen, bei denen eine Her2-Positivität (Proteinüberexpression/Genvervielfältigung) besteht. Das Anti-EGFR-Medikament Iressa (Gefitinib) hat sich bei den seltenen Lungenkarzinomen mit Mutationen im Bereich der Exons 18 bis 21 als hochwirksam erwiesen. Obwohl genspezifische Medikamente bisher nur bei ganz vereinzelten Tumorindikationen zum Einsatz kommen, ist bereits bekannt, dass analoge Veränderungen der Zielgene dieser Medikamente auch bei anderen Tumortypen vorkommen. Her2-Vervielfältigungen wurden beispielsweise neben Mammakarzinomen u.a. auch bei Karzinomen von Harnblase, Pankreas, Magen, Ösophagus, Kolon, Lunge, Gallenblase oder Gebärmutter-schleimhaut gefunden. Es bleibt zu hoffen, dass diese oder andere Medikamente in Zukunft auch beim Prostatakarzinom einen therapeutischen Nutzen zeigen werden.

Die mögliche Rolle der genannten Medikamente ist beim Prostatakarzinom trotz zahlreicher Studien nicht abschließend geklärt.

Insgesamt haben wir mit Hilfe des oben beschriebenen Prostata-TMA über 15.000 Her2 und EGFR Analysen (Immunhistochemie, Fluorescence in situ hybridization = FISH und Sequenzierung) durchgeführt. Klassische, große Genvervielfältigungen des Her2- und EGFR-Gens konnten jedoch nur in weniger als 1% der untersuchten Tumore gefunden werden. Zudem war eine EGFR Vervielfältigung heterogen. D.h. nur einige Zellen zeigten eine Vermehrung während andere Zellen des Tumors eine normale Anzahl von Kopien der Gene aufwiesen.

Individuelle prädiktive molekulare Tumordiagnostik

Zurzeit werden mehrere hundert neue, potentielle genspezifische Krebsmedikamente auf ihre klinische Anwendbarkeit getestet. Es ist abzusehen, dass in Zukunft auch für das metastasierte Prostatakarzinom neue molekulare Therapieansätze analog zu anderen Tumoren (z.B. Mammakarzinom, Bronchialkarzinom) entschlüsselt werden.

Im Gegensatz zur klassischen Chemotherapie, die jede sich teilende Zelle des Körpers angreift, beeinflussen zielgenaue, spezifische Medikamente nur Zellen, welche die molekulare Zielverletzung aufweisen. Die ersten Schritte zur klinischen Austestung dieser neuen Krebsmedikamente sind deshalb Analysen, ob die speziellen molekularen Veränderungen in der jeweiligen Tumorentität überhaupt auftreten, bzw. wie häufig sie zu finden sind.

Mit Hilfe unseres Prostatakarzinom TMA's sind wir in der Lage, sehr schnell viele potentielle, molekulare Zielverletzungen an einem statistisch aussagekräftigen Patientenkollektiv mit dokumentierter Langzeitverfolgung zu testen. Hierdurch kann das Vorkommen einer molekularen Veränderung beim Prostatakarzinom schnell und sehr präzise analysiert werden. Auf diese Weise können aus den zahlreichen vorhandenen genspezifischen Medikamenten diejenigen gefunden werden, welche beim Prostatakarzinom eine hohe Ansprechrate versprechen. Weiterhin können im Vorfeld von klinischen Studien Patienten mit der entsprechenden molekularen Form der Erkrankung ausgesucht werden, um diese gezielt in klinische Studien zu integrieren. Hierdurch ist es möglich, sehr gezielt und effizient den möglichen Einsatz neuer

Medikamente beim Prostatakarzinom an sehr großen Patientengruppen zu untersuchen.

Diese Methode befindet sich zurzeit in der Aufbau- phase und klinischen Testung.

Zusammenfassung

Molekulare Suchmethoden haben das Potential, bisher noch unbekannt biologische Prozesse in der Karzino- genese und Progression onkologischer Erkrankungen aufzudecken. Eine der Hauptaufgaben wird in Zukunft die sinnvolle Verknüpfung molekularer Analysedaten mit klinisch relevanten Daten sein. Die Tissue Microarray Technik erlaubt die parallele molekulare Analyse tausend-

der Tumore und Korrelation der gewonnenen Daten mit klinischen Verlaufsdaten. Die Anwendung dieser Technik an Prostatabiopsien könnte die Identifikation neuer Mar- ker zur Vorhersage des natürlichen Krankheitsverlauf und Therapieansprechens von Prostatakarzinomen wesent- lich erleichtern. Tumorbiologisch relevante molekulare Prozesse stellen gleichzeitig potentielle Ziele für neue genspezifische Medikamente dar. Der therapeutische Nutzen solcher Marker muss parallel mit zellulären Funk- tionsassys und im Tiermodell getestet werden. Es ist zu erwarten, dass sich molekulare Veränderungen, die sich im Gewebe abspielen, auch im Blut oder Urin nachwei- sen lassen.

Korrektur

Bei dem in Heft 1/08 erschienenen Beitrag von Professor Dr. med. Job Harenberg „Niedermolekulares Heparin bei hormonrefraktärem Prostata-Krebs“ muss es heißen:

...Als hormon-refraktär werden Prostatakarzinome bezeichnet, die unter einer Hormonblockade (**Zoladex** oder Casodex) einen Anstieg des PSA-Wertes um mehr als 50% des Ausgangswertes aufzeigen...

Vorschau

Für Heft 3/2008 des BPS-Magazins ist eine Überarbeitung des Beitrages „Diät und Nahrungsergänzungsmittel bei Pros- tatakrebs“ (Heft 3/2005) vorgesehen.

Broschüren zur gesunden Ernährung



Diese Broschüren können kostenlos über die Geschäftsstelle angefordert werden.

Komplementäre Therapie bei Prostatakrebs

Ein anderer Weg oder eine sinnvolle Ergänzung?

von Dr. Jutta Hübner

Dr. Jutta Hübner

Chefärztin Abteilung Onkologie

Habichtswald-Klinik Kassel

Wigandstr. 1

34131 Kassel

Tel.: 0561 3108 553

E-Mail: huebner@habichtswaldklinik.de



Patienten mit einer Krebserkrankung auf der Suche nach sanften, naturheilkundlichen Therapiemöglichkeiten finden eine Unzahl von Empfehlungen, Rat-schlägen und Hinweisen zur Diagnostik und Therapie. Welche Informationen sind seriös? Welche Auswahl soll man treffen?

Passt dies auch zur Therapie, die der Urologe oder Onkologe empfohlen hat?

Oder soll man gar auf eine alternative Empfehlung vertrauen?

Der Arbeitskreis AKKOM (Arbeitskreis Komplementäre Onkologische Medizin) der Deutschen Krebsgesellschaft will hier helfen.

Es ist wichtig, dem Patienten wie dem behandelnden Arzt zu erklären, dass Naturheilkunde in der Onkologie Teil der wissenschaftlichen Medizin ist und genau so erforscht werden kann wie z. B. die antihormonelle Therapie, oder die Chemotherapie.

Die wesentlichen Fragen sind die nach der Wirkung, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen.

Diese Fragen sollten auch Patienten bei jedem Therapie-vorschlag stellen und sich bei allen Empfehlungen informieren, welche Kosten auf sie zukommen.

Bei der Erforschung von Wirkungen ist es wichtig, dass nicht nur eine Hypothese, wie eine Substanz wirken könnte, behauptet wird, sondern dass es klare Beweise für die Wirksamkeit gibt. Die Wirkung einer Substanz muss nicht nur in Labor- und Tierexperimenten, sondern innerhalb einer so genannten klinischen Studie nachgewiesen werden. Alleinige Fallbeschreibungen sind nicht ausreichend.

Naturheilkunde wird oft als sanfte Medizin verstanden, die keine Nebenwirkungen hat. Auch dies hält meist einer sachlichen Überprüfung nicht stand. Bei jeder Substanz, die Wirkungen hat, müssen wir auch mit Nebenwirkungen rechnen. Beispiele hierfür sind z.B. einige pflanzliche Substanzen, die so giftig sind, dass sie in ihrer

ursprünglichen Form nicht angewendet werden können, aber mittlerweile in einer weiterentwickelten Form als Chemotherapien Verwendung finden. Hierzu gehören Extrakte der Herbstzeitlosen und die Eibe.

In letzter Zeit hat die Frage der Wechselwirkungen große Bedeutung erlangt. Nachdem erste Veröffentlichungen zeigten, dass die Einnahme von wirksamen naturheilkundlichen Präparaten zu einer Wirkungsabschwächung von Chemotherapiemitteln führen kann, ist die Skepsis der Ärzte gegen naturheilkundliche Medikamente gestiegen. Dies ist begründet, sollte aber nicht dazu führen, dass man dem Patienten grundsätzlich von der Anwendung von Naturpräparaten abrät. Allerdings müssen Ärzte sich mit diesen Wechselwirkungen beschäftigen und ihre Patienten konkret beraten. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die antihormonelle Therapie oder die Chemo- und Strahlentherapie dem Arzt, der komplementäre Medikamente verordnet, bekannt ist. Wünschenswert wäre es, wenn der behandelnde Urologe, Onkologe oder Strahlentherapeut selber die Kenntnisse über die komplementären Medikamente hat und der Patient beides aus einer Hand erhält.

Die meisten naturheilkundlichen Präparate werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt, dies hat mit der Gesetzgebung zu tun und damit, dass meistens die Wirkung nicht in Studien zweifelsfrei bewiesen ist bzw. die Substanzen nicht als Medikamente sondern als Nahrungsergänzungsmittel auf dem Markt sind. Nahrungsergänzungsmittel unterliegen nicht der strengen Überprüfung wie zugelassene Medikamente, d. h. die herstellende Firma muss z. B. keinen Beweis für die Wirksamkeit erbringen.

Der Patient muss die Kosten selber tragen. Dies kann bei einigen Mitteln im Bereich von wenigen Cent liegen, zum Teil werden aber für komplementäre und alternative Heilverfahren bis zu Tausenden von Euro verlangt. Es

gibt eine einfache Regel: bei hohen Kosten sollten Patienten grundsätzlich sehr skeptisch sein und intensiv hinterfragen, was ihnen vorgeschlagen wird.

Es gibt drei Basisempfehlungen, die die Grundlage jeder naturheilkundlichen Behandlung darstellen. In der traditionellen Therapie wurden sie mit dem altmodischen Begriff der „Ordnungstherapie“ bezeichnet.

Was verbirgt sich dahinter?

Es gibt Regeln für die eigene Lebensführung, die sowohl dazu beitragen können, Krebs zu verhindern, aber auch dem bereits Erkrankten ein besseres Leben mit der Erkrankung ermöglichen. Hierzu gehören gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung bzw. Sport und ein aufmerksames Mit-sich-selber-umgehen einschließlich der Pflege von guten sozialen Kontakten.

Für die Ernährung gelten glücklicherweise die gleichen Regeln der gesunden Ernährung, die z. B. auch zur Vermeidung von Übergewicht und Stoffwechsel- oder Herzkrankungen wichtig sind. Eine spezielle „Krebsdiät“ gibt es nicht. Sie sind häufig sogar kontraproduktiv, da sie zu Mangelernährungen führen.

Gerade in der letzten Zeit ist die Bedeutung von regelmäßiger Bewegung und Sport zur Prävention deutlich geworden. Für einige Krebserkrankungen konnte bereits gezeigt werden, dass auch nach Abschluss der primären Therapie ein regelmäßiges Bewegungsprogramm die Rückfallrate deutlich senkt. Welche Sportart dem eigenen Körpergefühl entspricht, sollte jeder selber ausprobieren.

Für Patienten nach einer Prostataoperation ist es oft in den ersten Wochen schwierig, sich körperlich zu betätigen, insbesondere, wenn noch eine Blasenschwäche vorliegt. Meist gelingt es aber doch nach einiger Zeit, ein Trainingsprogramm wie z. B. Walking einzuführen.

Zu den häufigsten Empfehlungen in der komplementären Onkologie gehören sog. Nahrungsergänzungsmittel, also Vitamine, Spurenelemente, z. T. gemischt mit anderen Stoffen. Patienten wird versprochen, dass dadurch Nebenwirkungen einer Chemotherapie gemildert werden können und Selbstheilungskräfte unterstützt werden. Dies ist zum Teil richtig. Die Frage ist aber, ob mit dem Schutz der gesunden Zellen nicht auch die Tumorzellen geschützt werden. Aus diesem Grunde ist die unkritische Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln während einer aktiven Therapiephase problematisch

und sollte auf jeden Fall mit dem Arzt abgesprochen werden. Langfristig sind bei gesunder Ernährung Nahrungsergänzungsmittel nicht empfehlenswert und auf keinen Fall stellen sie einen Ersatz für eine gesunde Ernährung dar. Die Vitamine und Spurenelemente werden durch gesunde Nahrungsmittel viel besser vom Körper aufgenommen.

Einige Beispiele aus der Forschung

Für die Vorstufe von Vitamin A, das sog. Beta-Carotin, wurde sogar gezeigt, dass hohe Serumspiegel, also ein hoher Gehalt im Blut, mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung aggressiver Tumoren verbunden ist.

Vitamin E sensibilisiert hormonabhängige Tumorzellen gegenüber einem Androgenentzug. Während einer Chemotherapie oder Strahlentherapie kann Vitamin E allerdings möglicherweise die Tumorzellen schützen.

Vitamin D ist beim Prostatakarzinom eine interessante Substanz. Es konnte gezeigt werden, dass es das Wachstum von Tumorzellen hemmt und sogar in klinischen Studien bewiesen werden, dass es die Wirkung der neuen Chemotherapiesubstanz Docetaxel unterstützt.

Das bekannteste Spurenelement ist Selen, das die Nebenwirkungen von Chemotherapien abschwächt und die Wirkung auf die Tumorzelle verstärkt. Dies muss jedoch noch in klinischen Studien bei Patienten bewiesen werden.

In vielen Nahrungsergänzungsmitteln ist auch das Spurenelement Zink enthalten. Hier gibt es jedoch eine Beobachtung, dass hochdosierte Nahrungsergänzungsmittel mit Zink das Risiko erhöhen.

Einer der Gründe, warum die Einnahme von Vitaminen und Spurenelementen alleine nicht zum gewünschten Erfolg in der Bekämpfung von Tumorerkrankungen führt, dürfte darin liegen, dass sekundäre Pflanzenstoffe zwar in der gesunden Ernährung enthalten sind, jedoch nicht oder nicht in der ausgewogenen Zusammenstellung in den künstlichen Präparaten.

Sekundäre Pflanzenstoffe haben in der gesunden Zelle zahlreiche schützende Wirkungen.

Für das Prostatakarzinom konnte z. B. gezeigt werden, dass Lycopin eine interessante Substanz darstellt. Im Laborexperiment bei Tumorzellen konnte eine Wachstumshemmung gezeigt werden. Zwei kleinere klinische Untersuchungen zur zusätzlichen Einnahme als Nah-

zungsergänzungsmittel haben allerdings keinen überzeugenden Effekt gezeigt. Vermutlich ist es auch bei den sekundären Pflanzenstoffen so, dass die Mischung und Vielfalt in Nahrungsmitteln wesentlich für die Wirkung ist.

Zu den sekundären Pflanzenstoffen gehören auch die Isoflavone, die z. B. in Soja vorkommen und als Phytoöstrogene bekannt sind.

In Ländern mit einem hohen Verzehr von Sojaprodukten kommt Prostatakrebs seltener vor. Isoflavone scheinen eine präventive Wirkung zu haben. Im Reagenzglasexperiment und Tierversuch kann das Wachstum von Prostatakarzinomen gehemmt werden. Klinische Studien zur aktiven Therapie von betroffenen Patienten fehlen bisher.

Zu den in Mitteleuropa häufigsten komplementären Therapien gehört die Misteltherapie, sie ist allerdings auch umstritten. Die Misteltherapie ist ein integraler Bestandteil der anthroposophischen Therapie bei Tumorerkrankungen.

Aus der naturwissenschaftlichen Sicht ist die Studienlage allerdings nicht so eindeutig. Gerade die Frage, ob durch die Mistel Tumorstadium gehemmt werden kann (was die meisten unserer Patienten, die eine Misteltherapie durchführen, glauben), kann noch nicht als eindeutig bewiesen gelten. Einige Untersuchungen lassen sogar die Frage aufkommen, ob es nicht sogar zu einer Wachstumsförderung des Tumors kommen kann.

Besser belegt scheint eine ganz andere Wirkung der Misteltherapie, nämlich eine Verbesserung der Lebensqualität. Ob dies mit der Möglichkeit zu tun hat, die dem Patienten gegeben wird, sich selber aktiv an der Therapie zu beteiligen, oder ob es die in einigen Experimenten nachgewiesene Endorphin (Glückshormon) ausschüttung ist, ist umstritten und letztendlich für die Wirkung nicht so wichtig.

Die Misteltherapie hat auch einen Einfluss auf das Immunsystem. Hier sind noch viele Fragen offen, insbesondere die, ob das aktivierte Immunsystem gegen das Prostatakarzinom vorgehen kann.

Zusammenfassend ist eine Misteltherapie aus wissenschaftlicher Sicht deshalb bei einer Tumorerkrankung kein unbedingtes Muss, sondern kann auf Wunsch des Patienten insbesondere für die Zeit einer Aufbauphase komplementär eingesetzt werden.

In den letzten Monaten haben Berichte über Granatapfelextrakt beim Prostatakarzinom Aufsehen erregt. Im

Labor- und Tierexperiment wird das Zellwachstum gehemmt. In einer ersten Studie bei betroffenen Patienten mit ansteigendem PSA-Spiegel ohne nachweisbaren Tumor, welche zuvor operiert oder bestrahlt worden waren, wurde die PSA-Verdopplungszeit verlängert. Die ist noch kein ausreichender Beweis für die Wirksamkeit, aber ein Hinweis darauf, dass es interessante Inhaltsstoffe gibt.

Auch über Cranberrysaft wurde diskutiert. Inhaltsstoffe dieser amerikanischen Beeren hemmen das Wachstum von Prostatakarzinomzellen. In einer kleinen klinischen Studie erhielten Patienten während einer Bestrahlung Cranberrysaft mit dem Ziel, die durch die Bestrahlung ausgelösten Beschwerden zu verbessern. Dies gelang jedoch nicht. In der Studie wurde nicht darauf geachtet, ob der stark antioxidanzienhaltige Saft die Wirkung der Strahlentherapie evtl. abschwächt. Cranberrysaft sollte während einer Bestrahlung nicht in großen Mengen getrunken werden. Gleiches gilt für andere starke Antioxidanzien.

Bereits vor einigen Jahren war PC-Spes eine der „Alternativen“ bei Prostatakrebs. Es handelt sich um eine Mischung aus 8 Pflanzen, u. a. der auch bei Prostatahypertrophie eingesetzten Sägezahnpalme, mehrerer Pflanzen aus dem asiatischen Raum und einem asiatischen Pilz (Ganoderma). Für einzelne der Pflanzen konnte gezeigt werden, dass im Reagenzglas Tumorstadium gehemmt werden kann. Für keine wurde bisher in einer Studie bei Patienten eine Wirksamkeit gezeigt. Leider gibt es für PC-Spes kaum Berichte vom Einsatz beim Patienten. Ein Fallbericht von über 16 hormonrefraktären Patienten beschreibt eine Abnahme des PSA-Wertes und eine bessere Lebensqualität. Ob sich auch die Überlebenszeit veränderte, wurde nicht beschrieben. Auch in einer anderen Gruppe von 60 Patienten wurde eine 80%ige PSA-Abnahme beschrieben, aber auch hier gibt es keine weiteren Angaben zum Therapieverlauf.

Eine Abnahme des PSA-Wertes unter der Einnahme dieser Präparate sollte den Patienten nicht in Sicherheit wiegen, dass es damit wirklich zu einem Wachstumsstillstand des Tumors kommt. Keinesfalls sind diese Präparate ein Ersatz für eine empfohlene antihormonelle Strahlen- oder gar Chemotherapie.

PC-Spes verschwand vom Markt, nachdem wiederholt Beimischungen von chemischen Substanzen und anderen Medikamenten gefunden wurden.

Im Internet sind mittlerweile ähnliche Mischungen erhältlich. Die Bedenken gegen PC-Spes müssen derzeit auch auf diese Mischungen übertragen werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Welche Aufgabe kann also Naturheilkunde in der Krebstherapie haben?

Sie kann dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern. Dies bezeichnen wir als Salutogenese.

Naturheilkunde stellt eine wunderbare Möglichkeit dar, dass der Patient aktiv an der Therapie beteiligt wird. Aus diesem Grunde hatte ich am Anfang die ganz wichtigen Bereiche Ernährung und Bewegung aufgeführt. Auf die berechnete und in der Onkologie so wichtige Frage unserer Patienten: „Was kann ich sonst noch tun?“ sollten kompetente Ärzte eine Antwort wissen, und ich wünsche unseren Patienten, dass sie häufig auf solche Ärzte treffen, die sie bei ihrer onkologischen Erkrankung begleiten.

Cyberknife Radiochirurgie

Bildgeführte und robotergestützte Präzisionsbestrahlungen – eine Behandlungsoption beim Prostatakarzinom

von Priv. Doz. Dr. Alexander Muacevic

Die robotergeführte Cyberknife Technologie beruht auf radiochirurgischen Prinzipien, die seit 30 Jahren ihre klinische Anwendung finden. Unter Radiochirurgie versteht man die präzise Anwendung einer hohen (tumorzerstörenden) Strahlendosis in einem genau definierten Zielvolumen (Konvergenzbestrahlung) unter Schonung der umliegenden, gesunden Strukturen. Der Schwerpunkt des klinischen Einsatzes der Radiochirurgie hat sich in die Onkologie verlagert. Bis vor kurzem wurden vor allem gutartige und bösartige Tumoren im Gehirn radiochirurgisch behandelt (Hirnmetastasen, Akustikusneurinome, Schädelbasismeningeome). Der jüngste Fortschritt in der Radiochirurgie ist durch die Entwicklung robotergeführter Systeme für die Radiochirurgie gekennzeichnet. Die Radiochirurgie ermöglicht jetzt auch Behandlungen außerhalb des Gehirns wie zum Beispiel in der Prostata. Die Cyberknife Technologie stellt die am weitesten entwickelte und modernste Methode für die rahmenlose Radiochirurgie außerhalb des Schädels dar. Weltweit wurden bereits über 40.000 Patienten mit dieser Technik behandelt, einige hundert Patienten mit Prostata Ca. Die größte klinische Erfahrung bei Prostata Behandlungen wurden bisher an der Stanford University in Kalifornien (Prof. King) und dem Regional Cancer Institute in Naples, Florida (Prof. Friedland) gesammelt.

Bei der Cyberknife Technologie handelt es sich um die Verbindung zweier Komponenten: Die Bestrahlungseinheit besteht aus einem leichten und kompakten Photonen-Strahler (6 MeV LINAC, Dosisrate 6 Gy/Minute),

der an einen sechs-gelenkigen Roboterarm gekoppelt ist. Damit können prinzipiell alle Körperregionen erreicht und behandelt werden. Typisch sind 100 - 150 Einstrahlrichtungen pro Behandlung. Das Robotersystem ist mit einem computergesteuerten Lokalisierungssystem verbunden. Vor Beginn der Behandlung wird der Tisch mit dem Patienten so eingestellt, dass die Zielregion (z.B. ein Tumor) ungefähr im Fokus des Gesamtsystems liegt. Die exakte Positionierung erfolgt dann mit Hilfe des digitalen Bildortungssystems automatisch. Dabei handelt es sich um stereoskopisch auf Siliziumdetektoren projizierende Röntgenröhren, die mit der Steuerungssoftware des Cyberknife rückgekoppelt sind. Vergleichsgrundlage für die jeweiligen Positionsaufnahmen vor und während einer radiochirurgischen Behandlung sind entsprechende synthetische Projektionsaufnahmen, sog. DRRs (Digitally Reconstructed Radiographs), die aus dem für die Dosisplanung erforderlichen Computertomographischen-Datensatz errechnet werden. Aus dem mathematischen Vergleich der DRRs mit den aktuellen digitalen stereoskopischen Projektionsaufnahmen wird bestimmt, um welchen Betrag die aktuelle Position der Zielstruktur vom Sollwert abweicht. Sofern die Abweichung im Toleranzbereich des Robotersystems (etwa 10 mm in jeder Raumrichtung) liegt, korrigiert das System diese Abweichung über eine entsprechende Nachführung des Roboters automatisch. Bei größeren Abweichungen erfolgt eine Neupositionierung des Tisches.

Bei bewegten Zielvolumen kann seit Neuestem die Organbewegung gemessen und die Bestrahlung entsprechend dieser Bewegung dynamisch angepasst werden. Nach Implantation von Markern von außen im Bereich des Zielvolumens wird die innere Organbewegung mit Hilfe des Bildführungssystems definiert. Gleichzeitig wird mit LED Dioden, die auf der Brustoberfläche des Patienten positioniert sind, die Ausatmung gemessen. Die Software vorausbestimmt, überprüft und korrigiert kontinuierlich während der Behandlung auf der Grundlage der inneren und äußeren Bewegung, die Bestrahlung des sich bewegenden Organs.

Systematische Untersuchungen der Treffgenauigkeit des Cyberknifes mit Hilfe eines sog. Systemtests, bei welchem eine vollständige Behandlung eines Patienten simuliert wird, ergaben einen Wert im Bereich von einem halben Millimeter. Der Messwert der Systemgenauigkeit ist für die Therapie im Kopf und in der Wirbelsäule gleich.

Für die Behandlung von Tumoren im Körperstammbereich wie beispielsweise Prostata, Lunge oder Leber werden kleine (5mm) Metallmarker ambulant, durch die Haut im Bereich des Tumors fixiert. Sie dienen als Landmarken für die Steuerung des Roboters und werden vom Stereoröntgenkamerasystem automatisch geortet. In naher Zukunft wird auch bei den bewegten Organbehandlungen keine Markerimplantierung mehr notwendig sein.

Für jede Behandlung wird eine Computertomographie (CT) und ggf. Kernspintomographie (MRT) angefertigt. Entsprechend der individuellen Krankheitskonstellation kann diese Untersuchung unmittelbar vor – oder schon Tage vor der eigentlichen Behandlung durchgeführt werden. Zu beachten ist, dass die zeitliche Entkoppelung von Bildgebung und Behandlung erst durch die rahmenlose Bildführung ermöglicht wird. Auf der Basis der prätherapeutischen Bildgebung wird die Größe, Form und Lokalisation der zu behandelnden Region in Zusammenhang mit dem umliegenden gesunden Gewebe exakt beurteilt. Die Behandlungsplanung wird über die Toleranzdosis der benachbarten Risikostrukturen definiert. Der Arzt gibt dem Computer die Konturen des Tumors und der Risikoorgane, die Solldosis im Tumor und die Toleranzdosen der Risikoorgane vor, und dieser errechnet die notwendigen Bestrahlungsfelder, die zu einer bestmöglichen Dosisverteilung im Tumor führen. Der Patient ist während der gesamten Behandlung wach und wird mit

Videokameras überwacht. Während der Behandlung fährt der Roboter etwa 100 - 150 definierte Knotenpunkte an, die homogen um das Zielgebiet verteilt sind. Von jedem dieser Knotenpunkte aus kann der Strahl in jede Richtung innerhalb des Behandlungsvolumens gerichtet werden (non-isozentrische Bestrahlung). Über komplexe Optimierungstechniken kann die Gewichtung der einzelnen Strahlen so festgelegt werden, dass eine hohe Dosis im Bereich der Läsion unter Beachtung der spezifischen Limitationen der umliegenden Risikoorgane erzielt wird. Das computergesteuerte Lokalisierungssystem nimmt neue Bilder auf und vergleicht diese mit den DRRs des Planungs-Ct's, um die höchst mögliche Präzision während der gesamten Behandlung zu gewährleisten.

Der Zeitbedarf für die einmalige Behandlung mit dem Cyberknife liegt zwischen einer und zwei Stunden. Die Behandlungen erfolgen ambulant. Bei Bedarf ist eine leichte Beruhigung des Patienten möglich.

Seit Neuestem ist auch die Radiochirurgie bei Patienten mit Prostatakarzinom und bewegten Organsystemen (z.B. bei Lungen- und Lebertumoren) möglich. Im Wesentlichen werden singuläre Tumore behandelt. Im Falle des Prostatakarzinoms gelten Patienten mit einem niedrigen Gleason Score (maximal 7) und einem PSA < 10 ng/ml sowie keinen Fernmetastasen im Cholin-PET/CT als prinzipiell geeignet. Ebenso ergeben sich Therapiemöglichkeiten bei Rezidiven nach Operation beziehungsweise konventioneller Radiotherapie. In den ersten 2 1/2 Jahren nach Beginn der Cyberknife Behandlungen wurden bereits über 1.300 Patienten behandelt. Zwanzig Prozent der Behandlungen erfolgten bei Tumoren im spinalen und paraspinalen Bereich und zehn Prozent im Körperbereich. Die ersten sieben Patienten mit Prostata Ca sind ebenfalls behandelt worden. Die Nachverfolgungszeit der Prostata Behandlungen ist allerdings für aussagekräftige klinische Ergebnisse noch zu kurz. Der PSA-Wert sinkt meist innerhalb der ersten zwei Monate nach der Behandlung. In einigen Fällen kommt es zu einer vorübergehenden PSA-Erhöhung nach ein - drei Jahren, die ohne weitere Therapie zurückgeht. Der Behandlungsverlauf wird am besten durch halb- bzw. jährliche Cholin-Pet/CT-Untersuchungen dokumentiert. Als Komplikationen sind bisher Brennen beim Wasserlassen und häufiger Harndrang in den ersten drei Monaten nach Therapie bekannt, die durch eine Reizung der Harnröhre verursacht sind. In der Literatur werden hohe

biochemische Ansprechraten mit einem sehr günstigen Risikoprofil beschrieben. Die bisherigen klinischen Erfahrungen und Behandlungsergebnisse bestätigen die Genauigkeit der systematischen Messungen. In der klinischen Routine hat sich das Cyberknife als sehr genaues, patientenfreundliches, flexibles und stabiles Gerätesystem bewährt.

Die Prostata Behandlung wird in enger Abstimmung mit den Kollegen der Urologischen Klinik des Klinikums Großhadern der Universität München durchgeführt. Mit einer Vielzahl von Krankenkassen der GKV (beispielsweise AOK, BKKs) und der PKV bestehen vertragliche Vereinbarungen, die eine unkomplizierte Kostenübernahme der Behandlungskosten ermöglichen.

Fazit

Bisher waren radiochirurgische Behandlungen im Wesentlichen auf das Gehirn bezogene Indikationen mit rahmenbasierten Systemen limitiert. Mit der neuen

Cyberknife Technologie können alle klassischen Indikationen der Radiochirurgie mit mindestens gleicher Qualität behandelt werden, wie bisher mit Rahmen basierten Geräten. Darüber hinaus werden in der aktuellen Entwicklungsstufe die radiochirurgischen Prinzipien auch auf die Behandlung von Tumoren im Bereich der Prostata und bewegten Organen (Lunge, Leber) übertragen.

Korrespondierende Autoren:

Priv. Doz. Dr. med. Alexander Muacevic

Priv. Doz. Dr. med. Berndt Wowra

Europäisches Cyberknife Zentrum München Großhadern

Max-Lebsche-Platz 31, 81377 München

Tel.: 089 4523360

info@cyber-knife.net

www.cyber-knife.net

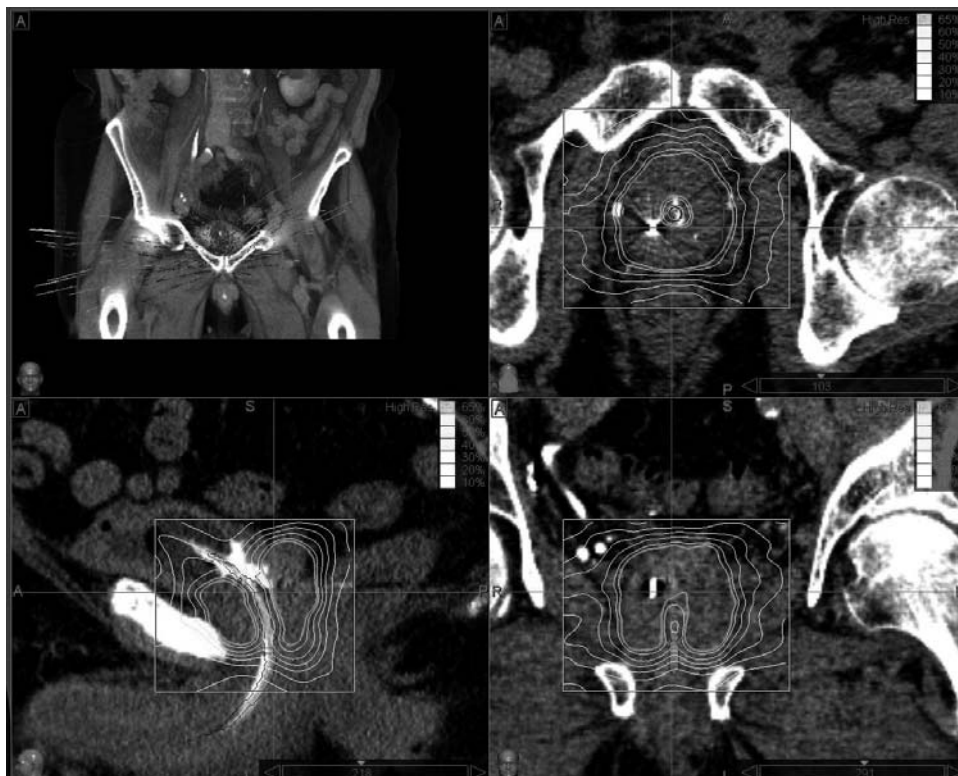


Abbildung: Cyberknife Bestrahlungsplanung bei Prostata Ca. Der Tumor wurde transrektal mit drei kleinen Goldmarker als Orientierungsstruktur für den Roboter versehen. Man erkennt die sehr gute Dosisverteilung mit Aussparung der Harnröhre und steilem Dosisabfall zum Enddarm.

PRIAS Studie: Aktive Überwachung mit der Möglichkeit einer verzögerten Therapie

von Dr. Wim J. Kirkels

Prostatakrebs ist der häufigste Krebs älterer Männer, aber nur ein kleiner Teil der Patienten, die Prostatakrebs haben, sterben auch daran. Die meisten Männer, die Prostatakrebs haben, sterben mit ihrem Prostatakrebs aber nicht an dem Prostatakrebs. Ursache ist nicht nur die frühe Diagnose (und Heilung durch Therapie), sondern auch ein sehr langsames Wachstum, das sich bei vielen Arten von Prostatakrebs feststellen lässt. In manchen Fällen wächst der Prostatakrebs derartig langsam, dass die Männer während ihrer gesamten Lebenszeit keinerlei Symptome entwickeln. Welche Männer diese Art von Krebs haben, das können wir immer besser bereits zur Zeit der Diagnose feststellen. In diesen Fällen könnte eine aktive Überwachungsstrategie mit der Möglichkeit einer verzögerten kurativen (heilenden) Behandlung eingesetzt werden. Diese Strategie wurde bereits entwickelt und könnte sich vorteilhaft erweisen.

Aktive Überwachung

Aktive Überwachung bedeutet, die Krebserkrankung zunächst in regelmäßigen Intervallen zu beobachten und nicht sofort eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation oder Bestrahlung der Prostata) einzusetzen. Natürlich ist das nur bei Männern möglich, die nach unseren strengen Kriterien ausgewählt wurden. Diese Kriterien sind das Ergebnis gründlicher Forschungsarbeit. Wenn diese Kriterien vorliegen, ist das Risiko, einen schnell wachsenden Prostatakrebs zu haben, minimal klein.

Durch regelmäßige PSA-Bestimmungen, ärztliche Untersuchungen und Wiederholungen der Biopsie, kann der Arzt über das Prostatakarzinom viele Informationen sammeln. In bestimmten Abständen wird dann festgestellt, ob man gefahrlos mit der aktiven Überwachung weitermachen kann, oder ob eine Behandlung in dieser Situation angezeigt ist.

Zielsetzung des Forschungsprojektes

Die Zielsetzung dieses Forschungsprojektes ist es, Unterschiede herauszufinden zwischen Männern, die eine

sofortige Behandlung wählen und denen, die eine verzögerte Behandlung für ihren Prostatakrebs bevorzugen. Maßstab ist die Notwendigkeit einer Behandlung, die Ausbreitung der Krebserkrankung im Körper, Tod an Prostatakarzinom und die Lebensqualität. Bis jetzt durchgeführte Studien haben bei diesen Kriterien keine Unterschiede zwischen den zwei Gruppen gefunden.

Vorteile und Nachteile der Aktiven Überwachung

Solange keine Behandlung notwendig ist, ist der Hauptvorteil der aktiven Überwachung die Vermeidung von möglichen Nebenwirkungen der Behandlung wie z. B. Inkontinenz und/oder Impotenz.

Die Entscheidung für die Aktive Überwachung bedeutet allerdings auch, mit einer Krebserkrankung zu leben, die anfangs nicht behandelt wird. Dieses Wissen kann für einige Männer eine starke seelische Belastung darstellen.

Prostata-spezifisches Antigen

PSA ist ein Einweißstoff, der nur in der Prostata produziert wird. Der im Blut gemessene PSA-Wert ist ein Maß dafür, wie viel PSA von der Prostata produziert wird. Veränderungen im PSA Blutspiegel zeigen daher ungefähr die Aktivität des Prostatakrebses an. Aufgrund dieser Veränderungen im PSA Spiegel zusammen mit der körperlichen Untersuchung durch den Arzt und unter Umständen weiteren Untersuchungen erfolgt die weitere Behandlung.

Praktische Durchführung der Aktiven Überwachung

Während der ersten 2 Jahre wird alle 3 Monate ein PSA-Test durchgeführt und danach alle 6 Monate. Diese Blutabnahmen sind reine Labortermine ohne direkten Kontakt mit dem Arzt. Nach 6, 12, 18 und 24 Monaten und danach jährlich. Bei den Arztterminen wird nicht nur ein PSA-Test durchgeführt, sondern auch eine körperliche Untersuchung inklusive eines Abtastens der Prostata. Zusätzlich wird nach 1, 4, 7 und 10 Jahren und danach

alle 5 Jahre eine Wiederholung der Prostatabiopsie durchgeführt. Wenn die Situation stabil bleibt, wird die Aktive Überwachung fortgesetzt.

In Jahren, bei denen keine Wiederholung der Biopsie geplant ist, kann es sein, dass der PSA-Test und die körperliche Untersuchung keine ausreichenden Daten liefern. Unter diesen Umständen kann eine zusätzliche Biopsie anzuraten sein.

Kosten, Gebühren und Zeitaufwand

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist nicht mit Kosten verbunden. Das Kontrollschema für die aktive Überwachung ist sehr ähnlich zu dem Kontrollschema nach einer Behandlung, nur die zusätzlichen Biopsien stellen einen Zeitaufwand dar, der aber durch die Zeiterparnis aufgewogen wird, da eine aktive Therapie vermieden oder verzögert wird.

Vertraulichkeit

Die persönlichen Informationen, die für diese Studie dokumentiert werden, können nur von einer beschränkten Personenzahl angesehen werden und nur dann, wenn eine schriftliche Einwilligung dafür erteilt wurde. Diese Personen sind Mitglieder der Forschergruppe, medizinische Qualitätsprüfer oder Mitglieder der Ethikkommission. Der Zugang zu diesen Daten kann notwendig sein, um die Qualität und Zuverlässigkeit dieses Forschungsprojektes sicher zu stellen. Das Gesetz über den Schutz persönlicher Informationen und die Regeln über die Vertraulichkeit im Krankenhaus werden beachtet.

Die persönlichen Angaben werden durch eine Identifikationsnummer ersetzt. In den Analysen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird nur diese Nummer genannt. Diese Daten werden 15 Jahre lang nach dem Ende dieses Forschungsprojektes mit Einverständnis des Patienten aufbewahrt.

Die ärztliche Leitung unseres Krankenhauses hat dieses Forschungsprojekt befürwortet und die lokale Ethikkommission hat das Protokoll geprüft und zugestimmt. Die internationalen Richtlinien für diese Art von Forschung werden sorgfältig beachtet.

Freiwillige Teilnahme

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist völlig freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen beendet werden.

Wenn Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an:

Erasmus MC
Dr. W. J. Kirgels
Department of Urology
Boompjes 57
3011 XB Rotterdam
Niederlande

Informationen zur Aktiven Überwachung finden Sie auch unter:

<http://prostatazentrum.klinikum.unimuenster.de/2869.html>

Bitte um Ihre Unterstützung

Eines unserer Hauptanliegen ist die Aufklärung und Beratung von an Prostatakrebs erkrankten Männern und ihren Angehörigen. Damit unser kostenloses Informations- und Hilfsangebot auch in Zukunft der ständig wachsenden Nachfrage standhalten kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Mit Ihrer Spende können Sie dazu beitragen, diesen Service aufrecht zu erhalten.

Wir freuen uns sehr, wenn auch Sie die erfolgreiche Arbeit des BPS unterstützen wollen.

Spendenkonto:

Konto-Nr.: 70 20 621

Sparkasse Hannover

Bankleitzahl: 250 501 80

Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern eine Spendenquittung aus.

Psychoonkologische Unterstützung

Seit dem 13. März 2008 können Krebspatienten und Interessierte unter <http://www.krebsinformation.de/wegweiser/adressen/wpo.php> Adressen niedergelassener Therapeuten finden, die eine zertifizierte Weiterbildung in der psychosozialen Unterstützung von Tumorkranken absolviert haben. Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (dapo) entsprechende Angebote recherchiert.

Über weitere psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten und Anlaufstellen für Krebspatienten informiert ein eigener Text in der Rubrik "Krankheitsverarbeitung".

Individuelle Fragen beantwortet der Krebsinformationsdienst darüber hinaus auch am Telefon oder per E-Mail.



Tel.: 0800 420 30 40

täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr

Der Anruf aus dem deutschen Festnetz ist kostenlos.

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Weißer Liste hilft bei Kliniksuche

Wer krank ist, möchte sich in guten Händen wissen. Auf der Suche nach der passenden Klinik, einem Arzt oder Physiotherapeuten stehen betroffene Menschen einer Fülle von Informationen gegenüber. Hier gilt es, die Transparenz über die Qualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu verbessern und gleichzeitig eine konsequente Ausrichtung auf die Interessen der Patienten und Verbraucher zu fördern. Mit dem Projekt Weißer Liste wird ein Internetportal geschaffen, das Patienten und Angehörige unabhängig und leicht verständlich informieren soll. Das Ziel ist klar: Patienten sollen stärker mitreden können und zu aktiven, gleichberechtigten Partnern im Gesundheitswesen werden.

Die Weißer Liste richtet sich in erster Linie an Bürger, Versicherte und Patienten sowie deren Angehörige. Zudem soll das Internetangebot auch Patientenberater in ihrer Tätigkeit unterstützen.

Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, des Forums chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen, des Sozialverbandes Deutschland (SoVD), des Sozialverbandes VdK Deutschland sowie der Verbraucherzentrale des Bundesverbandes (vzbv). Schirmherrin ist die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel. Sie betont: "Das Internetportal ist ein weiterer Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen."

Weitere Informationen unter www.weisse-liste.de

Penisimplantat – das „verkannte“ Hilfsmittel oder Erektion – fast wie „normal“

von Hansjörg Burger

Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.

In Deutschland wird das Penisimplantat zur Behebung der erektilen Dysfunktion (fehlende Gliedversteifung) nur zögerlich und restriktiv eingesetzt.

Es wird von den Urologen meist mehr vor den Folgen der Implantation wie einer möglichen Infektion gewarnt, als von den Chancen für ein erfülltes Sexualleben gesprochen.

In den USA soll es ein beliebtes Erektionshilfsmittel sein und wird weit mehr als bei uns implantiert.

Ein weiterer Grund für die zögerliche Haltung der Kliniken ist die nicht kostendeckende Operation nach den Fallpauschalen (DRGs). Jedoch werden OP und Penisimplantat bei gesetzlich Versicherten von den Krankenkassen bezahlt. Das ist ein nicht unerheblicher, finanzieller Vorteil für den Betroffenen gegenüber den PDE-5-Inhibitoren (Viagra[®], Levitra[®] und Cialis[®]) oder SKAT-Spritzen (Viridal[®] oder Caverject[®]), die erhebliche Kosten verursachen und von den gesetzlichen Kassen nicht erstattet werden.

Die Betroffenen lässt meist die Angst vor der Operation zurückschrecken. In der Tat sollte man sich für einen solchen Eingriff einen mit der Implantation erfahrenen Operateur suchen.

Wenn sich die Betroffenen aber einmal für das Implantat entschieden haben, sind sie zu über 90% sehr zufrieden damit.

Wir haben fünf Betroffene in unserer Selbsthilfegruppe, die eine Penisimplantation vornehmen ließen. Zwei davon haben sogar ein „Doppelsystem“, einen künstlichen Schließmuskel gegen die Inkontinenz und ein

Penisimplantat für die Gliedversteifung. Beide Systeme sind in ihrem Konstruktionsprinzip sehr ähnlich.

Im Unterbauch wird ein Ballon mit Flüssigkeit eingesetzt. Von diesem Flüssigkeitsbehälter führt eine Kunststoffleitung in den Hodensack, in dem eine kleine mechanische Pumpe eingepflanzt ist. Von der Pumpe aus führen wiederum Leitungen zu den künstlichen Schwellkörpern. Man muss ca. 20 mal, je nachdem wie stark die Erektion sein soll, auf den Druckknopf drücken und eine Erektion „fast wie normal“ entsteht.

Von außen ist nicht zu erkennen, dass beim Mann etwas implantiert ist. Einem Saunabesuch steht also nichts im Wege.

Hier die Aussage eines Gruppenmitgliedes von uns, der mir erlaubt hat, dies zu veröffentlichen. Er ist auch bereit seine Erfahrungen an interessierte Betroffene weiterzugeben

Kurt K. wurde 2002 die Prostata entfernt. Danach litt er – wie die meisten – unter einer erektilen Dysfunktion. Er probierte alles aus von PDE-5-Inhibitoren über SKAT/MUSE und Pumpe. Nichts half, er war ein klassischer Hilfsmittelversager. 2004 entschloss er sich zur Implantation eines

hydraulischen Penisimplantates. Seither ist er begeistert davon:

„Wenn ich gewusst hätte, wie gut das Implantat tatsächlich funktioniert, hätte ich es viel früher einsetzen lassen! Im Übrigen ist aus meiner Sicht alles falsch, was ich vorher an Befürchtungen darüber gelesen habe.“

Noch wichtiger finde ich die Aussage seiner Ehefrau Elke: „Als Frau spüre ich nicht, dass mein Mann künstliche



Foto: © AMS Deutschland GmbH, Berlin

Schwellkörper eingesetzt bekommen hat. Wir haben deswegen nicht mehr Sex als früher, aber wenn wir zusammenkuscheln und die Lust erwacht, ist ein Geschlechtsverkehr ohne Vorbereitungen – spontan – wie früher möglich.“

Das Penisimplantat sollte aus meiner Sicht nicht nur das „Mittel der letzten“ Wahl sein, wenn alle anderen Mittel versagen, sondern auch das „Mittel der Wahl“, wenn alle anderen Methoden vom Paar nicht akzeptiert werden und ein starker Wunsch nach einem Geschlechtsverkehr mit Penetration (Eindringen) der

Vagina besteht. Auch für Betroffene, die sich Tabletten und Spritzen auf Grund der hohen laufenden Kosten nicht leisten können, ist es eine gute Alternative.

Bei Interesse können Sie den Verfasser gerne anrufen: Telefon 0621/721422 oder unter E-Mail shg.pros.rn@web.de kontaktieren. Ernsthaften Interessenten darf er auch Adressen von Betroffenen mit einem Penisimplantat weitergeben zu einem persönlichen Erfahrungsaustausch.

Buchbesprechung



Am Besten an dem Buch hat mir sein Schlusssatz gefallen, weil er meiner eigenen Lebenserfahrung entspricht: „Mag es in der Hose tot sein – das Leben geht weiter.“

Außerdem finde ich die Offenheit des Autors gut, wie er über seine sexuellen Probleme nach seiner Prostataoperation berichtet, auch über den Weg seiner sexuellen Prägung, für meinen Geschmack manchmal etwas zu ausführlich, bis hin zur Entjungferung seiner Verlobten und späteren Ehefrau. Gut finde ich auch, dass er die Schicksale anderer Krebspatienten einfließen lässt, damit wir Prostatakrebspatienten sehen, dass wir mit unserer Krankheit nicht die Einzigen mit einer solchen Erkrankung sind und es bei anderen Krebserkrankungen oft schnellere und schlimmere Verläufe gibt.

Erfrischend direkt ist seine Ausdrucksweise im „Schwyzer Deutsch“, wenn er beispielsweise über seine schwere Inkontinenz schreibt „Schon wieder in die Hose geseicht“.

Tote Hose Worüber Männer schweigen

Ein Tagebuch
von Walter Raaftraub

Verlag Wörterseh, 320 Seiten
ISBN 978-3-9523213-2-4. EURO 21.50

Für Nordlichter gibt es ein Glossar seiner Dialektausdrücke, ebenso ein medizinisches Glossar, wie auch die Beschreibung aller Potenzhilfsmittel.

Wie schnell medizinisches Wissen veralten kann, sieht man daran, dass der Autor noch die „magische“ PSA-Grenze beim PSA-Wert von 4,0 zitiert, die zwischenzeitlich als überholt gilt. Statt starrer Grenzwerte betrachtet man heute mehr den Verlauf des PSA.

Weniger gut finde ich die ausschließliche Fixierung des Autors auf seine fehlende Erektionsfähigkeit. Zwar klingt an einigen Stellen des Buches an, dass er im erotischen Beisammensein mit seiner Partnerin offensichtlich einen Orgasmus erlebt hat, aber darauf geht er weiter gar nicht ein. Auch die Rufe seiner Frau nach Zärtlichkeit werden von ihm – so wie ich das aus seinem Tagebuch heraus empfinde – meist überhört. Es geht ihm ausschließlich um die Erektion und seine verzweifelten Bemühungen, eine zu Stande zu bekommen. Meist sind die

Ergebnisse für ihn unbefriedigend oder die Nebenwirkungen zu störend.

Dass es eine Sexualität jenseits der Erektionsfähigkeit gibt; darauf wird vom Autor überhaupt nicht eingegangen. Denn auch ein Prostataktomierter ist in der Regel nach seiner Operation noch orgasmusfähig, auch wenn die Erektion auf natürlichem Wege nicht mehr zu Stande kommt. Der Autor ist da aber nicht alleine, viele Männer sind rein auf die Erektion und Ejakulation fixiert, so dass ihnen die anderen Bestandteile eines Orgasmus völlig entgehen. Damit vergeben sie sich auch die Chancen für ein phantasiereiches Sexualleben mit viel Zärtlichkeit und Zuwendung zum Partner.

Natürlich ist der Anspruch eines Betroffenen legitim, wieder eine Erektion zu erreichen, die einen normalen Geschlechtsverkehr ermöglicht. Da wundere ich mich, dass der Autor, der ja selbst Arzt ist, sich zwar gegen die Inkontinenz einen künstlichen Schließmuskel implantie-

ren lässt, aber auf das fast identische System des hydraulischen Penisimplantates verzichtet.

Denn das hydraulische Penisimplantat ist die Lösung für alle Betroffene, bei denen alle anderen Hilfsmittel versagen oder von denen die anderen Hilfsmittel nicht akzeptiert werden, und die unbedingt auf einen „normalen“ Geschlechtsverkehr nicht verzichten wollen.

Ich hatte beim Lesen des Buches „gemischte“ Gefühle. Dankbar kann man dem Autor für seine schonungslose Offenheit sein, für die beispielhafte Auseinandersetzung mit seiner Partnerin im Gespräch über ihre ehelichen Probleme. Meine Kritik geht dahin, dass er zu wenig auf andere Seiten der Sexualität, jenseits einer Erektion eingeht, und dass er in seinem verzweifelten Bemühen um eine Erektion nicht auf das Penisimplantat zurückgreift oder es wenigstens in Erwägung zieht.

Rezension von Hansjörg Burger
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.

Was wir in den vergangenen zehn Jahren über den Prostatakrebs gelernt haben sollten

Eine Zusammenfassung eines gleichnamigen zweiteiligen Artikels

von Dr. Stephen B. Strum aus den PCRI *Insights*, Februar und Mai 2008

von Ralf-Rainer Damm,

Prostatakrebs Selbsthilfe Information – Dreifache Hormonblockade (PSI-DHB)

Vor zehn Jahren, im Oktober 1998, erschien die erste Ausgabe der *Insights* (Einsichten, Erkenntnisse) des Prostate Cancer Research Institutes (PCRI), eines gemeinnützigen Instituts mit Sitz in Los Angeles, Kalifornien, das zwei Jahre zuvor von Dr. Strum und Dr. Mark Scholz gegründet worden war. Anders als dem BPS sind dem PCRI keine Selbsthilfegruppen angeschlossen, sonst haben beide Einrichtungen aber praktisch dieselben Ziele: Patienten und ihre Familien über den Prostatakrebs weiterzubilden. Dies umfasst Fortschritte bei der Diagnostik, der Stadienbestimmung, den Behandlungsmöglichkeiten und den verfügbaren Ressourcen.

In den vierteljährlich herausgegebenen *Insights* erscheinen Artikel namhafter amerikanischer Ärzte zu

Themen rund um den Prostatakrebs. In den Ausgaben Februar und Mai 2008 hat Dr. Strum das runde Jubiläum der *Insights* zum Anlass genommen, sich Gedanken darüber zu machen, was in dieser Zeit an Erkenntnissen gewonnen wurde, welche Fortschritte gemacht wurden, was noch getan werden kann und was versäumt wurde – Dr. Strum nennt dies einen "Bericht zur Lage der Nation". Aus Platzgründen kann hier nur eine Zusammenfassung dieses "Berichts" erscheinen.

"Ich möchte, dass jeder Leser wirklich versteht, wo wir heute in der Welt des Prostatakrebses (PK) stehen. Wo wir meiner Meinung nach stehen sollten, aus der Sicht eines den in vorderster Front stehenden Arztes, der seine Geschlechtsgenossen, die mit der Herausforderung Pros-

tatakrebs konfrontiert sind, medizinisch betreut. Für jeden einzelnen PK-Patienten muss eine präzise Statusbeurteilung (wie ist der Gesundheitszustand des Patienten insgesamt) jeder Strategiediskussion vorangehen (welche weiteren Untersuchungen und/oder Therapien sollten in Betracht gezogen werden)."

"Zehn Jahre Fortschritt beim PK sind keine große Zeitspanne. Nach 45 Jahren Erfahrung in der Arena der Krebsmedizin würde ich schätzen, dass es durchschnittlich etwa 20 Jahre dauert, bis eine wissenschaftlich publizierte, hochsignifikante Erkenntnis ihren Weg bis zur klinischen Anwendung findet. Angesichts des tödlichen Charakters vieler Krebsarten ist diese "Latenzzeit" inakzeptabel. Die Gründe für diese langwierigen Verzögerungen beim Umsetzen signifikanter Fortschritte für Patienten (vom Labortisch zum Krankenbett) sind mannigfaltig."

Dr. Strum klagt über die zögerliche Vorgehensweise der amerikanischen Medikamentenzulassungsbehörde FDA beim Zulassen neuer Medikamente, gepaart mit der risikolosen Prozesssüchtigkeit seiner amerikanischen Landsleute. Vor allem der mangelnde Wille und die mangelnde Bereitschaft der Gemeinschaft der PK-Kranken, ihre Interessen durchzusetzen verhindern, die vorgenannten Punkte zu überwinden. Er ruft dazu auf, dass sowohl Ärzte als auch Laien die vorherrschende Kombination von Apathie, Indifferenz und mangelnder Bereitschaft zum Zusammenarbeiten zugunsten von Aktion, Engagement und Zusammengehörigkeitsgefühl ändern müssen.

Er verweist auf die beeindruckenden Leistungen der Aids-Kranken und ihrer Interessenvertreter in den USA im Durchsetzen der Zulassung neuer Aids-Medikamente bei der FDA, die zu einem dramatischen Rückgang hospitalisierter schwerstkranker Patienten geführt hat. Er fordert von den Prostatakrebs Selbsthilfeorganisationen dasselbe Engagement und dieselbe Entschlossenheit zum Wohle der Patienten.

Dr. Strum schreibt dann über seine Zeit beim PCRI, das er mitbegründete, und seine gemeinsamen Veröffentlichungen mit Dres. Mark Scholz, Richard Lam und Glenn Tisman zu Themen wie

1. die durch Androgendeprivation (ADT) ausgelöste Anämie und ihre Behandlung mit EPO (Erythropoetin),
2. den Einsatz von Ketoconazol als effektivem Wirkstoff bei der Behandlung von androgenunabhängigem PK,
3. die intermittierende Androgendeprivation (IAD) und die Bedeutung von 5-alpha-Reduktasehemmern

beim signifikanten Verlängern der Behandlungspausen, die Bedeutung des PSA-Nadirs bei der ADT bezüglich der PK-spezifischen Mortalität und der Entwicklung von Knochenmetastasen.

Er verweist auf die Entwicklung von Software-Tools während dieser Zeit, wie PC Tools I, PC Tools II, Tumorumfugen-, BMI- (Body Mass Index-) und BMD- (Bone Mineral Density, Knochendichte-) Kalkulatoren, die auf der Webseite des PCRI zu finden sind (<http://www.prostate-cancer.org/tools/software/software.html>). Dr. Strum beklagt, dass diese wissenschaftlichen Hilfsmittel in der klinischen Praxis so gut wie nie zum Einsatz kommen, um vorab die Erfolgsaussichten bestimmter Therapien zu ermitteln, und er nennt dies einen "wesentlichen Faktor beim Missmanagement von Männern mit PK".

In der Zehnjahresspanne von Anfang 1983 bis Ende 1992 erschienen bei PubMed 9.191 Artikel zum Prostatakrebs, in der Zeit von 1993 bis 2002 24.643 Artikel und in den fünf Jahren von 2003 bis 2007 bereits 22.643 Artikel. Das sind 12,4 Artikel pro Tag. Es wäre eine Vollzeitbeschäftigung, sie alle zu lesen. Es werde auch nur ein winziger Bruchteil dieser verfügbaren Information in die klinische Praxis umgesetzt; es scheine, dass Ärzte heute weniger Zeit als früher damit verbringen, sich über neue Entwicklungen kundig zu machen. Dr. Strum macht dies am Beispiel der Ernährung deutlich. Viele wissenschaftliche Publikationen hätten gezeigt, dass spezifische Änderungen der Ernährung und der Lebensweise sowie die Anwendung von bestimmten Vitaminen und Ergänzungsmitteln die Inzidenz und/oder die Aggressivität des Krebses verringern. Fundamental zu diesen Ergebnissen sei die Auffassung, dass eine Entzündung und die damit einhergehenden biologischen Prozesse Hand in Hand mit allen bösartigen Erkrankungen gehen. PK sei hierbei keine Ausnahme (*Anmerkung: hierzu passt, dass Prof. Albrecht Reichle am Universitätsklinikum Regensburg eine Studie mit angiostatischen und antiinflammatorischen Medikamenten gegen das hormonrefraktäre Prostatakarzinom betreibt*).

Dr. Strum plädiert in diesem Zusammenhang für eine Ernährung, die arm an Kohlehydraten und reich an Omega-3-Fettsäuren ist. Erstere kurbeln die Insulinproduktion an und können, wenn in großen Mengen eingenommen und in Kombination mit einer bewegungsarmen Lebensweise zu Diabetes Mellitus Typ II führen.

Insulin wiederum stimuliere die körpereigene Produktion von Omega-6-Fettsäuren wie Arachidonsäure, deren Abbauprodukte Krebswachstum, Entzündungsprozesse, ein gestörtes Immunsystem sowie Herz-Kreislauf- und neurologische Erkrankungen auslösen könnten. Es müsse darauf geachtet werden, den Körper zu entsäuern. Dies alles sei im Prinzip bekannt, werde aber in der Gesellschaft nicht beachtet. Die Prostatakrebs Inzidenz ebenso wie das Auftreten von aggressivem PK könnten durch die Einnahme von Selen, Vitamin E (d-alpha-Tocopherol-Succinat und Gamma-Tocopherol), Lycopin und Bor vermindert werden.

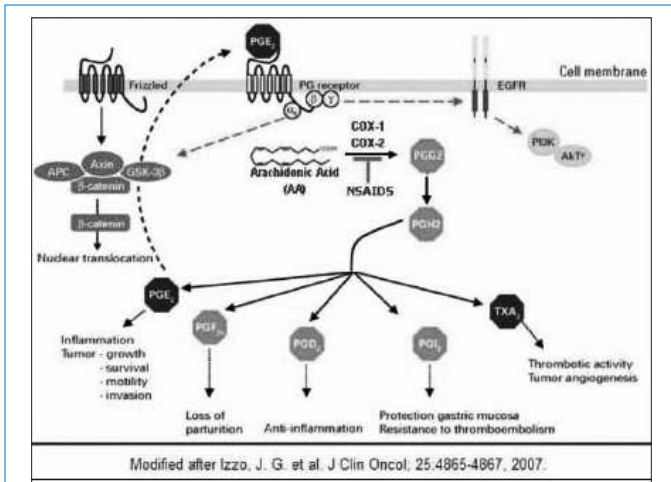


Abb. 1 Ein Beispiel für die enge Verbindung aller an Gesundheit und Erkrankung beteiligter zellulärer Kommunikationsleitungen. Diese Grafik nach Izzo et al. zeigt das integrative Wesen der unterschiedlichen Signale, die an jedem Zellwachstum beteiligt sind – sei es normal oder bösartig. Die Cyclogenase-Enzyme zusammen mit der Arachidonsäure bilden PGG₂, das in PGH₂ umgewandelt wird. PGH₂ kann weiter zu fünf verschiedenen Prostaglandinen (PGs) abgebaut werden. Die hier dunkelblau dargestellten haben promaligne Wirkung. Wir wissen, dass PGE₂ stark an der Angiogenese (Gefäßneubildung) beteiligt ist. Was Izzo et al. hier gezeigt haben ist, dass PGE₂ eine Wechselwirkung mit dem PG-Rezeptor auf der Zellmembran eingeht. Diese interagiert ihrerseits mit dem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor und schaltet die Signalübertragungswege wie Phosphatidylinositol-3'-Kinase (PI3K). Diese führen zu Übertragungswegen, die an Tumorwachstum, -ausbreitung und -metastasierung beteiligt sind.

Breiten Raum nimmt in Dr. Strums Artikel die Diskussion der umstrittenen Ergebnisse der PCPT-Studie (Prostate Cancer Prevention Trial) zur Prostatakrebs-Prophylaxe mit dem Wirkstoff Finasterid (Proscar®) ein. Diese Studie, die über sieben Jahre lief, zeigte eine um fast 25% geringere Inzidenz von Prostatakrebs bei Männern, die über diesen Zeitraum Finasterid eingenommen hatten gegenüber einer Kontrollgruppe, die ein Placebo bekommen hatte. Eine zweite, irritierende, Feststellung aber war, dass bei den in der Finasterid-Gruppe dann doch festgestellten Tumoren der Anteil von hochmalignen (aggressiven) Tumoren höher war als in der Kontrollgruppe. Dies wurde (und wird heute noch) von vielen Ärzten so interpretiert, das Finasterid die Tumoren hin zu höherer Aggressivität mutieren lässt, also die Biologie der Tumoren verändert.

"In die PCPT-Studie wurden 18.882 Männer im Alter von 55 Jahren und darüber aufgenommen, deren digitale rektale Untersuchung (DRU) keine Auffälligkeit gezeigt hatte und deren PSA-Wert bei höchstens 3,0ng/ml lag. Sie wurden in zwei etwa gleichgroße Gruppen aufgeteilt, von denen die eine sieben Jahre lang 5 mg Finasterid täglich bekam, während die Teilnehmer der anderen Gruppe ein Placebo erhielten. Eine Prostatabiopsie wurde empfohlen, wenn der jährliche PSA-Wert, korrigiert um die (halbierende) Wirkung von Finasterid, 4,0ng/ml überstieg oder wenn die DRU abnormal war."

"In der Finasterid-Gruppe wurde bei 803 (18,4%) von 4668 Männern und in der Placebo-Gruppe bei 1147 (24,4%) von 4692 Männern Prostatakrebs festgestellt, was, bezogen auf den Sieben-Jahres-Zeitraum, **einer Verringerung von 24,8% entspricht**. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass dies ein Zufallsergebnis ist, liegt bei unter 1‰. Mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit liegt das statistische Ergebnis im Bereich von 18,6% bis 30,6% Verringerung."

Aus diesem Ergebnis wurde nie und in keinem Land eine Konsequenz gezogen, denn es fand sich, wie oben angesprochen, ein Haar in der Suppe. Von den Männern in der Finasterid-Gruppe mit PK wiesen 6,4% eine Gleason-Summe von 7-10 auf gegenüber 5,1% in der Placebo-Gruppe. Daraufhin wurde das eigentlich sensationelle Ergebnis der Studie heruntergespielt und praktisch ignoriert.

Zunächst gingen viele Experten davon aus, dass der mikroskopische Befund der Biopsate auf eine Veränderung von deren Erscheinungsbild durch das Finasterid als

eine Art Androgendeprivation hervorgerufen worden war. Neuere Untersuchungen, bei denen die durch Prostataektomie gewonnenen Gewebeproben von "Finasterid-Männern" mit denen von "Placebo-Männern" verglichen wurden, bestätigten dies aber nicht.

"Eine veröffentlichte Erklärung für das gehäufte Auftreten von hochmalignem Prostatakrebs (englisch: High-Grade Prostate Cancer, HGPC) in der Finasterid Gruppe bezieht sich auf die Beobachtung, dass Finasterid das Volumen der Drüse verringert und die Sensitivität der Biopsie zum Nachweis von HGPC erhöht. Diese Meinung bezieht sich auf die Wirksamkeit von Finasterid sowohl im Verringern von BPH-Gewebe als auch seine Anti-PK-Wirkung auf diejenige Prostatakrebs-Zellpopulation, die einen relativ höheren Anteil von steroidal 5-alpha-Reduktase Typ II (SRD5A2) aufweist. Dies ist die niedrigmaligne Komponente des PK (englisch: Low-Grade Prostate Cancer, LGPC). Es scheint also eine passendere Erklärung zu sein, dass das Feststellen von erhöhtem Vorkommen von HGPC bei mit Finasterid behandelten Männern eine Manifestation geringerer biologischer Aktivität von Finasterid gegen HGPC ist. Tatsächlich gibt es einen relativ höheren Prozentsatz des Enzyms 5-alpha-Reduktase Typ I (SRD5A1) in HGPC, verglichen mit dem Typ-II-Enzym, als in niedrigmalignem PK. Die Wirkungen von Finasterid (Anti-SRD5A2-Enzym) sind also bei Gleason-Grad-3-PK signifikant, aber bei Grad-4-PK minimal und fehlen bei Grad-5-PK gänzlich."

"Die Studie von Lucia et al. sollte als Grundsatzstudie betrachtet werden, weil sie die kontroversen Punkte erklärt, die sich aus den Ergebnissen der PCPT-Studie ergeben haben, und sie die Besorgnis bezüglich des in höherem Maße gefundenen HGPC löst, der bei Patienten festgestellt wurde, die mit Finasterid behandelt worden waren."

"Erstens zeigte die Studie, dass die morphologischen Veränderungen bei Patienten, bei denen HGPC festgestellt worden war, mit äquivalenter Häufigkeit auftraten, unabhängig davon, ob der Patient Finasterid oder ein Placebo bekam. Das relativiert die früheren Veröffentlichungen, welche die auf Finasterid zurückgeführten morphologische Veränderungen bei Männern mit PK beschrieben und darstellten."

"Zweitens zeigten trotz der Tatsache, dass in den Biopsaten von Finasterid behandelten Männern mehr GS 7 oder höher gefunden worden war, die Verlaufskontrollen im Rahmen der PCPT-Studie bei denjenigen Männern, an denen eine Radikale Prostataektomie (RP) vorgenommen worden war, statistisch mehr Prostatakrebs im Placebo-Arm als im Finasterid-Arm gefunden wurde. Eine erhöhte PK-Aktivität spiegelte sich in einem erhöhten Prozentsatz positiver Stanzproben, Vorliegen von PK in beiden Seitenlappen und dem Vorkommen von perineuraler Invasion wider (siehe Tabelle 1)."

Tabelle 1 – Biopsie- und RP-Befunde bei Männern in der PCPT-Studie

Biopsien ergaben in der Finasteridgruppe einen höheren Anteil von Patienten mit hochmaligner Erkrankung (später durch RP bestätigt) als in der Placebogruppe (69,7% gegenüber 50,5%, $p = 0,01$). Aber die Prozentsätze waren in beiden Gruppen ähnlich, bei denen sowohl von niedrigmalignem PK bei der Biopsie auf hochmaligne bei der RP als auch das pathologischen Tumorstadiums nach oben korrigiert werden mussten.

Studien-arm	Drüsen-volumen	Mittlerer Prozent-satz posi-tiver Stanz-proben (mm)	Mittlere lineare Ausdeh-nung des Tumors (mm)	Gesamt-tumor (%)	Beidseiti-ger Befall (%)	Perineu-rale Inva-sion (%)	GS \geq 7 bei Biopsie (%)	GS \geq 7 bei RP
Placebo	34,4	38	4,8	9,2	30,6	20,3	25,4	38,6
Finasterid	25,1	34	4,4	7,6	22,8	14,2	42,7	46,4
p-Wert	< 0,01	0,016	0,19	0,13	0,046	0,07	<0,01	0,10

„Drittens wurde die größere Anzahl von HGPC nur im ersten Jahr nach Beginn der PCPT-Studie festgestellt und nicht danach.“

„Viertens zeigte sich bei Radikalen Prostatektomien in den beiden Behandlungsarmen kein statistischer Unterschied bei den jeweiligen HGPC-Häufigkeiten.“

„Unter der Annahme, dass die Biopsie-Ergebnisse im Rahmen der PCPT-Studie jetzt sauber erklärt sind und bestätigen, dass Finasterid keinen HGPC in Gang bringt, was könnte die Bedeutung der Verwendung von Finasterid als Wirkstoff zur Vorbeugung vor PK auf das menschliche Leben sein? Unger et al. schätzten unter der Annahme einer 24,8-prozentigen Verringerung der Prostatakrebs Inzidenz die Zahl der in fünf Jahren unter der männlichen Bevölkerung der USA im Alter von 55 Jahren oder älter geretteten Personenjahre. Das Ergebnis war, dass allein in den USA durch die Verwendung von Finasterid für die Chemoprävention beim Behandeln von PK 316.760 Personenjahre erhalten werden könnten. Dieses Ergebnis wurde mit acht klinischen Behandlungsstudien verglichen, bei denen in den ersten fünf Jahren durch den Einsatz von Chemotherapie und/oder Immuntherapie 114.641 Personenjahre gerettet werden konnten – beides kostspielige Behandlungen mit signifikanter Morbidität (Erkrankungsrate) und den für Chemotherapien typischen, negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität.“

„Nach der PCPT-Studie wurde die REDUCE-Studie (Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events – Verringern des Auftretens von Prostatakrebs durch Dutasterid) eingeleitet. Erste Ergebnisse dieser Studie lassen erkennen, dass die festgestellte PK-Inzidenz gegenüber Placebo bei denjenigen Männern niedriger lag, die Dutasterid (Avodart®) erhielten, mit einer Verringerung des PK-Risikos von 43% nach 24 Monaten und 51% nach 27 Monaten. Von dieser Studie wurden interessante Ergebnisse insofern erwartet, als Dutasterid beide 5-alpha-Reduktase-Enzyme, SRD5A1 als auch SRD5A2, hemmt. Angesichts der signifikanten Expression von SRD5A1 bei HGPC wäre das überragende (derzeitige) Ergebnis der REDUCE-Studie zu erwarten. Ich möchte auch vorhersagen, dass die Punkte, die bei der PCPT-Studie diskutiert wurden und anfänglich zu Verwirrung führten, bei der REDUCE-Studie keine Rolle spielen werden.“

Die vollständige Übersetzung der beiden Teile des Artikels kann im Internet abgerufen werden unter <http://www.prostatakrebs-bps.de/images/stories/pdf/strumzehnjahre.pdf>. Leser ohne Internet-Zugang können den Artikel als Druck bei der Geschäftsstelle des BPS bestellen.



Der Onkologe Dr. med. Stephen B. Strum befasst sich seit 25 Jahren mit der Behandlung von Prostatakrebs. Im Jahr 1990 eröffnete er eine onkologische Praxis mit Schwerpunkt Prostatakrebs und tat sich 1995 mit Dr. Mark Scholz zusammen. Im Jahr 2000 gründeten sie gemeinsam das PCRI. Dr. Strum war sowohl erster Medizinischer Direktor des PCRI als auch Chefredakteur der *Insights*. Dr. Strum hat in großem Umfang zu Themen wie Androgendepriuationstherapie, Intermittierender Androgendepriuation, Hochdosis-Ketoconazol-Therapie und die Wichtigkeit des intakten Knochengefüges publiziert. 2003 eröffnete er in Ashland, Oregon, eine Beratungspraxis zum Prostatakrebs, von wo aus er mit Patienten und Ärzten in den USA, Kanada, Europa, Australien und den Philippinen zusammenarbeitet. Sein zusammen mit Donna Pogliano verfasstes Buch "A Primer on Prostate Cancer" ist in deutscher Übersetzung unter dem Titel "Ein Ratgeber zum Prostatakrebs" erschienen.

Sie können das Buch zum Preis von Euro 12,90 über den Buchhandel oder beim Verlag: Druckerei C. V. Engelhard, Weidendammm 10, 30167 Hannover bestellen.

Die Krankenakte: Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht des Patienten

von RA Kai Mielke
Geschäftsführer BPS e. V.

Die Behandlung einer Krankheit erschöpft sich nicht nur in der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen; sie ist – zumindest aus Sicht des Arztes – immer auch ein administrativer Vorgang. Zur verwaltungstechnischen Seite einer ärztlichen Behandlung gehört zum Beispiel die Behandlungsdokumentation, zu der ein Arzt nach § 10 Absatz 1 der „Muster-Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte“ (Muster-BO) verpflichtet ist. Sinn und Zweck der Dokumentationspflicht ist es, eine sachgerechte (Weiter-) Behandlung des Patienten sicherzustellen und eine Datengrundlage für etwaige Informationsinteressen des Patienten oder Dritter zu schaffen.

In eine korrekt geführte Krankenakte gehören neben den persönlichen Daten des Patienten die Vorgeschichte seiner Krankheit (Anamnese), die Diagnose, der Krankheitsverlauf, die Pflegeberichte sowie Aufzeichnungen zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen. Dies betrifft auch die Medikation, also Name, Dosis und Darreichungsform der verordneten Medikamente. Ferner gehören dazu: Befunde und Ergebnisse aus bildgebenden Untersuchungsmethoden (Röntgenbilder, Kurven, andere Aufzeichnungen wie Operationsberichte), Arztbriefe (die nach einer Behandlung im Krankenhaus ausgestellt werden) sowie eine Dokumentation der Aufklärung und Einwilligung des Patienten bei ärztlichen Heileingriffen.

Die Krankenunterlagen müssen sorgfältig aufbewahrt und vor unbefugtem Zugriff geschützt werden, so dass ein Missbrauch durch Dritte ausgeschlossen ist. Die Aufbewahrungsfrist für Krankenakten beträgt mindestens 10 Jahre (§ 10 Absatz 3 Muster-BerufsO).

Ärzte, die ihrer Dokumentationspflicht nicht oder nur unzureichend nachkommen, laufen Gefahr, dass sie im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts beweisen müssen, dass sie keinen Behandlungsfehler begangen haben bzw. dieser nicht ursächlich für eine vom Patienten behauptete Schadensfolge ist. Dies nennt man eine „Beweislastumkehr“, da normalerweise der Patient beweisen muss, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und

dieser zu einem bestimmten Schaden geführt hat. Die Frage, wann ein zur Beweislastumkehr führender Dokumentationsmangel vorliegt, kann nicht pauschal beantwortet werden, sondern hängt vom Einzelfall ab. Als Faustregel gilt: Je bedeutsamer eine ärztliche Maßnahme ist, umso eher ist ein entsprechender Dokumentationsmangel geeignet, eine Beweislastumkehr nach sich zu ziehen. Dies wäre z.B. dann anzunehmen, wenn ein Arzt einen wichtigen Operationsschritt nicht im OP-Bericht erwähnt. Behauptet er gleichwohl die Vornahme des Operationsschrittes sowie das Ausbleiben negativer Folgen, hat er dies zu beweisen. Der Patient wird von seiner Beweislastumkehr befreit (BGH NJW 1989, 2330). Gleiches gilt, wenn sich aus den Krankenunterlagen nicht ergibt, dass ein Patient in einen ärztlichen Heileingriff eingewilligt hat oder wenn ein Arzt die Krankenunterlagen nachträglich zu seinen Gunsten verfälscht.

Das Recht zur Einsichtnahme in Krankenakten

Nicht nur, wenn der Verdacht eines Behandlungsfehlers im Raum steht, sondern auch im Falle eines Arztwechsels kann ein Patient daran interessiert sein, seine Krankenunterlagen einzusehen. Ein solches Einsichtsrecht steht auch jedem Patienten (oder einer von ihm bevollmächtigten Person, der gegenüber der Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden wird) zu – unabhängig davon, ob es hierfür einen bestimmten Grund gibt oder nicht. Die Pflicht von Ärzten und Krankenhäusern, einem Patienten Auskunft über die ihn betreffenden Daten zu erteilen, ergibt sich aus der ärztlichen Berufsordnung (§ 10 Absatz 2 Muster-BO) und als sogenannte vertragliche Nebenpflicht aus dem bestehenden Behandlungsvertrag. Im Übrigen folgt das Einsichtsrecht aus § 810 BGB, wonach derjenige, der ein rechtliches Interesse daran hat, eine in fremdem Besitz befindliche Urkunde einzusehen, vom Besitzer die Gestattung der Einsichtnahme verlangen kann, sofern die Urkunde in seinem Interesse errichtet wurde. Auch aus datenschutzrecht-

lichen Regelungen lässt sich das Einsichtsrecht herleiten, wobei für ambulante ärztliche Niederlassungen und private Kliniken die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und im öffentlich-rechtlichen Bereich (z.B. für Universitätskliniken und städtische Krankenhäuser) die Landesdatenschutzgesetze Anwendung finden.

Vom Umfang her erstreckt sich das Einsichtsrecht eines Patienten traditionell nur auf objektive Befunde und nicht auf den oder die Teile der Dokumentation, die rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthalten (hier zeichnet sich jedoch möglicherweise eine Wende in der Rechtsprechung ab: vgl. das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 09.01.2006, Az. 2 BvR 443/02). Das Gleiche gilt für Akteninhalte, durch die die Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen berührt werden (z.B. Angehörige, Freunde). Verweigert ein Arzt aus diesem Grunde die Offenlegung bestimmter Akteninhalte, muss er jedoch stets begründen, warum bzw. in welcher Hinsicht die Offenlegung ein Eingriff in die Rechtssphäre Dritter wäre.

Ein häufiges Missverständnis besagt, das Einsichtsrecht eines Patienten verbriefe den Anspruch, seine Krankenakte im Original vom Arzt herausverlangen zu können. Dem ist jedoch nicht so. Denn ein solcher Anspruch wäre zum einen nicht mit dem Eigentumsrecht vereinbar, das ein Arzt oder Krankenhaus an den betreffenden Unterlagen hat. Desweiteren stünde ein solcher Anspruch auch im Widerspruch zur Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergibt. Das Einsichtsrecht des Patienten, welches in seinem Selbstbestimmungsrecht und der personalen Würde als Mensch begründet ist (BVerfG, NJW 1999, 1777), verbietet daher nur das Recht, die Originalakte (welche leserlich und für den Laien nachvollziehbar sein muss; vgl. LG Dortmund, Urteil vom 03.07.1997, Az. 17 S 76/97) einzusehen und hiervon Kopien zu fertigen. Sollte die Anfertigung von Kopien durch den Patienten aus praktischen Gründen nicht möglich sein, darf bzw. muss der Arzt oder das Krankenhaus dies für ihn erledigen. Für die Kopierkosten sowie eventuell anfallende Versandkosten muss jedoch der Patient aufkommen und diese auf Verlangen des Arztes oder Krankenhauses auch vorschießen. Dabei dürfen Kopierkosten einen Betrag von 0,50 € pro Kopie nicht übersteigen (vgl. AG Frankfurt, Urteil vom 16.10.1998, Az. 30 C 1340/98).

Problem Röntgenbilder

Der Patient hat einen Anspruch darauf, dass der Arzt oder das Krankenhaus die Vollständigkeit der ihm vorgelegten bzw. übersandten Unterlagen versichert (AG Hagen, Beschluss vom 25.08.1997, Az. 10 C 33/97). In der Praxis führt dies häufig dann zu Problemen, wenn die Akte Röntgenbilder enthält. Denn diese können nicht ohne weiteres kopiert bzw. in Kopie versandt werden. Hier hilft jedoch § 28 der Röntgenverordnung (RÖV) weiter: So bestimmt § 28 Absatz 2 RÖV, dass „der untersuchten oder behandelten Person auf deren Wunsch eine Abschrift oder Ablichtung der Aufzeichnungen [...] zu überlassen ist“. Und in § 28 Absatz 8 RÖV heißt es: „Wer eine Person mit Röntgenstrahlung untersucht oder behandelt, hat einem diese Person später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt auf dessen Verlangen Auskünfte über die Aufzeichnungen [...] zu erteilen und ihm die Aufzeichnungen und Röntgenbilder vorübergehend zu überlassen. Auch ohne dieses Verlangen sind die Aufzeichnungen und Röntgenbilder der untersuchten oder behandelten Person zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorübergehend zu überlassen, wenn zu erwarten ist, dass dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden kann. Sofern die Aufzeichnungen und Röntgenbilder einem beauftragten Dritten zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt überlassen werden, sind geeignete Maßnahmen zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zu treffen. Auf die Pflicht zur Rückgabe der Aufzeichnungen und Röntgenbilder an den Aufbewahrungspflichtigen ist in geeigneter Weise hinzuweisen.“

Das Einsichtnahme-recht von Angehörigen eines Verstorbenen

Besondere Probleme ergeben sich, wenn Angehörige eines Verstorbenen dessen Krankenunterlagen einsehen wollen. Denn die ärztliche Schweigepflicht, die dem Verstorbenen gegenüber bestand, gilt auch über dessen Tod hinaus. Die Einsichtnahme in die Krankenunterlagen eines Verstorbenen durch Erben, Angehörige oder Dritte ist deshalb nur dann zulässig, wenn der Verstorbene vor seinem Tod seine Einwilligung hierzu erklärt hat oder der Arzt in Ermangelung einer solchen Einwilligung nach gewissenhafter Überprüfung zu dem Ergebnis kommt,

dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen liegt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH, NJW 1983, 2627) hat der Arzt insofern zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Verstorbene die Offenlegung der Krankenunterlagen ganz oder teilweise oder gegenüber einer bestimmten Person missbilligt haben würde. Von Bedeutung ist dabei unter Umständen auch das Anliegen der die Einsicht begehrenden Person (Geltendmachung von Ansprüchen, Wahrung nachwirkender Persönlichkeitsbelange des Verstorbenen, Klärung der Testierfähigkeit des Verstorbenen etc.).

Im Falle der Verweigerung der Einsichtnahme muss der Arzt seine Einwände begründen. Entgegen einer in der juristischen Literatur vereinzelt anzutreffenden Meinung kommt es bei der Entscheidung über die Gewährung eines Einsichtsrechts in die Krankenunterlagen eines Verstorbenen nicht darauf an, ob die betroffene Person Erbe des Verstorbenen ist und dies durch einen Erbschein o.ä. nachweisen kann. Denn für ein Recht auf Einsichtnahme ist es einerseits nicht erforderlich, dass die Person rechtlich den Status eines Erben hat. Andererseits folgt aus dem Status als Erbe nicht automatisch ein Einsichtsrecht.

Musterbrief

(Das nachfolgende Muster basiert auf einem Musterschreiben der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnen-Stellen)

Absender

Adressat (Krankenhaus oder Arzt)

Datum

Einsicht in Behandlungsunterlagen

Sehr geehrte/r Herr/Frau Dr. ...,

seit dem ... bin [oder: vom bis zum war] ich bei Ihnen in ärztlicher Behandlung. Ich möchte Sie bitten, mir die vollständigen Behandlungsunterlagen aus diesem Zeitraum [oder: mir folgende Unterlagen – hier können Sie zum Beispiel folgende Dokumente anfordern: Krankenblätter und Befunde, Arztberichte, Laborergebnisse, Aufzeichnungen über die Verordnung von Medikamenten, Operationsberichte, EKG, Röntgenunterlagen, Ultraschallaufnahmen] in Kopie zu überlassen [oder: mir die Unterlagen leihweise zum Kopieren zu überlassen].

Die Kosten für die Kopien übernehme ich. Bei Röntgenaufnahmen bitte ich um leihweise Überlassung im Original, um hohe Kopierkosten zu vermeiden.

Vorsorglich weise ich darauf hin, dass ich einen gesetzlichen Anspruch auf Einsicht in meine Krankenunterlagen habe. Nach der (Muster-) Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte sowie der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs beinhaltet dieser Anspruch auch das Recht auf Anfertigung von Kopien (BGH, Urteil vom 23.11.1982, in: NJW 1983, S. 328 ff.).

Ich darf Sie bitten, mir die Unterlagen innerhalb von drei Wochen ab Datum dieses Schreibens mit einer Erklärung über deren Vollständigkeit zu übersenden.

Ich danke Ihnen für Ihre Bemühungen und verbleibe

mit freundlichen Grüßen
(Unterschrift)

Silberne Ehrennadel des BPS für Christian Ligensa und Franz Stadlbauer

Red. (gf): Der BPS hat erstmals die Silberne Ehrennadel des Verbandes verliehen. Im Rahmen der Magdeburger Prostatakrebsgespräche 2008 wurden hiermit geehrt Christian Ligensa, stellvertretender Vorsitzender des BPS von September 2000 bis Februar 2008 und Franz Stadlbauer, Schriftführer des BPS von September 2000 bis Juni 2007.

Beide Geehrten waren maßgeblich an der Gründung des BPS beteiligt und haben viele Jahre engagierte Vorstandsarbeit geleistet. Zum Aufbau des BPS und Formulierung seiner Leitgedanken haben Christian Ligensa und Franz Stadlbauer wichtige Beiträge geliefert. Die Erfolge ihrer Arbeit in der Organisation und Führung des BPS haben die Voraussetzungen geschaffen, mit der die Anerkennung des Verbandes durch Ärzte und Institutionen möglich geworden ist. Die Sensibilisierung für die Anliegen der Patienten war ihr gemeinsames Ziel, und sie hatten damit Erfolg bei unseren Partnern im Gesundheitswesen. Zusätzlich zu ihrer Arbeit im Vorstand des BPS führen beide vom Anfang an eine Selbsthilfegruppe in ihrer heimatlichen Umgebung. Vielen an Prostatakrebs erkrankten Männern und ihren Nächsten haben sie so zur



v. l. Franz Stadlbauer, Christian Ligensa

Seite gestanden und ihnen durch die Weitergabe ihrer eigenen Erfahrungen wichtige Informationen gegeben.

Dafür haben die BPS Selbsthilfegruppen, vertreten durch den Vorstand, Christian Ligensa und Franz Stadlbauer mit der silbernen Ehrennadel geehrt. Mit dem Dank an Christian und Franz verbindet der BPS die allerbesten Wünsche und Hoffnungen für seine beiden geehrten Männer.

Neu im BPS

SHG Prostatakrebs Berlin Mitte

Hanns-Jörg Fiebrandt
Wedellstr. 51
12249 Berlin

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Gehrden

Walter Peschke
Eduard-Baring-Str. 7
37170 Uslar

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Gronau

Detlef Henkelmann
Breslauer Str. 6
48599 Gronau
Tel.: 02562 24201
E-Mail: pkshg-gronau@gmx.de

SHG Prostatakrebs Renchen

Ludwig Zehnle
Im Grün 4
77972 Mahlberg
Tel.: 07822 9202
E-Mail: ludwig.zehnle@t-online.de

Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Teltow

Peter Michalke
Spreestr. 2 B
14513 Teltow
Tel: 03328 473957
E-Mail: petermichalke@t-online.de

Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wittenberg

Rainer Meißner
Schümannstr. 8
06886 Wittenberg
Tel.: 03491 441630
E-Mail: karam@online.de

DAK unterstützt Selbsthilfearbeit

Mit einem Scheck von € 10.000,00 unterstützt die DAK die Arbeit des BPS. Dieser Beitrag wird zur Finanzierung der Magdeburger Prostatakrebs Gespräche 2008 eingesetzt.

Die Scheckübergabe erfolgte bei der Eröffnung der Magdeburger Prostatakrebs Gespräche. Frau Angelika Gethe und der Bezirksgeschäftsführer der DAK Magdeburg, Björn Schönberg, ließen es sich nicht nehmen, diesen Scheck persönlich zu überbringen.

Herr Schönberg wies noch einmal auf die Bedeutung der Selbsthilfe hin „In Zeiten von immer knapper werdenden Mitteln, hat ehrenamtliches Engagement einen hohen Stellenwert“. Selbsthilfe leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von kranken Menschen. Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung und umfassende Information verhelfen Betroffenen zur besseren Krankheitsbewältigung.



v.l. A. Gethe, B. Schönberg, P. Enders (stellv. Vorsitzender des BPS)

Aufbau eines nationalen Studienregisters „Prostatakrebs“

Red. (as): Um Prostatakrebspatienten über laufende Studien zu informieren, hat der BPS im Januar dieses Jahres mit dem Aufbau eines nationalen Studienregisters zum Prostatakrebs begonnen. Hansjörg Burger (SHG Rhein-Neckar) und Andrea Spakowski (Büro Bonn) sind mit der Durchführung dieses Projektes betraut.

Im ersten Schritt wurden alle Urologen der Universitätskliniken um Informationen zu laufenden Studien gebeten. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und Prof. Alken von der Universitätsklinik Mannheim unterstützten das Projekt mit schriftlichen Stellungnahmen.

Von den 35 angeschriebenen Universitätskliniken gaben alle ihr Einverständnis und haben begonnen, Studiendaten zu übermitteln.

Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) unterstützt ebenfalls den BPS und ermöglicht damit eine Erfassung der Studien in ihrer homepage unter www.studien.de. Die ersten Studien können bereits auf der Internetseite der DKG eingesehen werden.

Anfang Juni bat der BPS die Radiologischen Abteilungen der Universitätskliniken um Teilnahme an der Sammlung der Studiendaten. Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO) unterstützt die Initiative des BPS. In den kommenden Wochen werden nun auch an die Onkologischen Abteilungen und die Pathologien der Universitätskliniken gebeten, sich an der Erfassung von Studien zu beteiligen.

BPS Magazin – Inhaltsverzeichnis der Jahrgänge 2006-2007

2006

Ausgabe 1

Der BPS zeigt Flagge: Mit dem Rad quer durch Deutschland	1
Prostatakrebsfrüherkennung: Interview mit Prof. Dr. P. Hammerer	3
Was Sie vor dem PSA-Test wissen sollten	6
5 Jahre Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe.....	7
Broschüre zur Früherkennung auf türkisch erschienen	8
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar: eine ganz normale Selbsthilfegruppe?	8
Unterwegs im Dezember 2005.....	10
Bericht aus dem Untergrund über einen ideologischen Schauprozess	11
Deutsche Krebshilfe Preis verliehen	14
Was ist PIN?.....	15
Ursache für aggressiven Prostatakrebs entdeckt	19
Nebenwirkungen sind meist nur gering bis mäßig – Komplikationsmanagement bei der Chemotherapie des hormonrefraktären Prostatakarzinoms	21
"Dr. Bobs Therapie-Ansatz: Does anyone know the most effective way to administer Hormone Blockade; continuous, intermittent, or? (Deutsche Übersetzung)"	23
Mit Protonen gegen das lokale Prostatakarzinom	28
Protonentherapie in Loma Linda/Californien, USA	30
TEAMWORK	33
Neue Kraft durch bessere Fitness	34
Deutsche Krebshilfe fordert gute Palliativmedizin	37
Bella Block: Das Glück der Anderen.....	37
Selbstbestimmt Vorsorgen. Teil 1	38
Personalien	43
Begehbare Prostata Stationen 2006	43
Termine	44

Ausgabe 2

BPS Deutschlandtour: Der Startschuss rückt näher	1
Botschaft des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe an die Deutsche Gesellschaft für Urologie.....	3
Soll Man(n) oder soll Man(n) nicht? Informationen zum PSA-Test	4
Aus Frankreich: Moral, Ethik, Gesetzgebung, Medizin, Politik und ökonomische Ergebnisse sprechen für die Durchführung der PSA-Tests	5
Was erwartet der Urologe von der Selbsthilfe-Gruppe	10
Erfolgreiche BPS-Patiententage	12
Ganzheitsmedizin Prostatakarzinom	17
Ultraschall – Elastographie	19
Studie zur Therapie von Patienten mit PSA Anstieg nach radikaler Prostataentfernung mittels Impfftherapie unter Berücksichtigung Prostata-spezifischer Proteinexpressionsmuster	21
Bericht zur 47. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie e. V.....	23
Arzneimittel ohne Zuzahlung	27
Prostatazentrum Nordwest	28
Magdeburger Prostatakrebs Gespräche 2006.....	34
Jubiläen	35
Termine	37
Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn eröffnet	40

Selbstbestimmt Vorsorgen. Teil 2	41
Mehr Dialog bei Krebs: Patientenumfrage	47

Ausgabe 3

BPS-Deutschlandtour 2006 - Ein Rückblick	1
Barmbeker Klinik bietet dem Urolisten ein Zuhause	7
Wie ein Krimi: die Anti-PSA-Kampagne	8
Prostatakrebs im Visier	17
USPIO: was dann?	25
Schmerztherapie ist bei fortgeschrittener Krebserkrankung bis zum Tod nötig	26
Bericht über den UICC Welt Krebs Kongress 2006	28
Neuigkeiten von der AUA 2006 zum Prostatakarzinom.....	31
Kostenerstattung für ambulante Brachytherapie: der juristische und politische Stand der Dinge	32
Fragebogenerhebung zur besseren Beurteilung der Dreifachen Hormonblockade als Therapie des Prostatakrebses	35
Jahresausflug der SHG München nach Landshut	36
24 Stunden Laufen gegen den Krebs!	37
BPS zeichnet langjährige Mitglieder aus.....	38
Keine Zustimmung zur Gesundheitsreform	40
Gegründet: Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e. V.	42
Aus gegebenem Anlass: Der Fall Rath.....	43
EAU - Kongress 2007: Vorbericht.....	44
Termine 2007:	45
Patiententage Prostatakrebs.....	46
Förderpreis für Selbsthilfegruppen 2006	46
in vivo - Das Magazin der Deutschen Krebshilfe	47
Medizinrechts-Beratungsnetz	47
Menschen im BPS.....	48

2007

Ausgabe 1

Trauer um Wolfgang Petter	1
Trauer um Dietrich Mergner	3
Brauchen wir Prostata(krebs)zentren?	4
Die Zweitmeinung in der Onkologie	6
Therapie des lokoregionären Prostatakarzinoms mit Hochfokussiertem Ultraschall (HIFU)	9
Meine Entscheidung für und meine Erfahrung mit der Dreifachen Hormonblockade	11
Einsatz artifizieller Sphinktersysteme zur Therapie der männlichen Inkontinenz - Bulking agents in der Therapie der männlichen Inkontinenz	14
Deutsche Krebshilfe Preis 2005 verliehen	16
Was tue ich bei Leistungsablehnung durch die Krankenkasse?	17
Palliativmedizin eine Standortbestimmung.....	21
Psychologische Hilfe für Krebskranke	23
PATIENTEN KONGRESS Köln	24
Terminvorschau	25

Jubiläum: 15 Jahre Selbsthilfegruppe für Männer nach Urologischen Krebserkrankungen	27
Wind statt Jammer das Projekt MEERWIND	28
Krebs Mit 20 PS zurück ins Leben	30
Neu im BPS	32

Ausgabe 2

Harninkontinenz nach Prostatektomie – Was hilft?	1
Postprostatektomieinkontinenz – Optionen sind vielfältig	3
Harninkontinenz: Tabuthema mit Ausgrenzungscharakter	6
Inkontinenz und Elektrostimulationsverfahren	10
Übungsauswahl für Patienten nach Prostata-OP	11
Muskel-Vibrationstraining – Studienteilnehmer gesucht	13
Transplantation körpereigener Muskelzellen zur Behandlung der Harninkontinenz nach Krebsoperation	14
Medikamentöse Interventionsstudie gegen tumorbedingte Fatigue	16
Ein Ratgeber zum Prostatakrebs	17
102. AUA-Jahreskongress in Anaheim: Neue Leitlinien für das Prostatakarzinom vorgestellt	18
Neues Verfahren zur Prostatakrebs-Behandlung?	19
Schwellkörpertraining nach nerverhaltender radikaler Prostataentfernung (Prostatektomie)	21
Expertenrat – Die Online Sprechstunde	24
Neues von der Europäischen Zulassungsbehörde EMEA: Empfehlung für Casodex 150 mg	25
Substanzen aus chinesischen Heilkräutern lösen Zelltod aus	26
Neuer Vorstand gewählt	27
Vorbereitungen für den Start der BPS-Beratungshotline	29
Neu im BPS	29

Gesundheitspolitischer Bericht 2006/2007	30
Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss	31
Übersicht Aktivitäten	32

Ausgabe 3

Was gibt es Neues in der Diagnostik des Prostatakarzinoms	1
Was gibt es Neues zur systemischen Therapie	4
Intermittierende Androgenblockade beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom	7
Casodex® 150 mg in Deutschland wieder erhältlich	7
Chemotherapie beim Prostatakarzinom	8
Europa Uomo Patiententag	9
Abwartende und kontrollierte Haltung (Active Surveillance)	10
Immunotoxin zerstört Prostatakrebszellen	21
Gefälschte Medikamente – ein Risiko für Patienten	22
Rezension: „Essen fast wie gewohnt“	23
Trauer um Werner Frohne	24
Günter Feick zum Vorsitzenden gewählt	25
Mitgliederehrungen	26
Aus den Schulungen 2007	27
Jahresausflug der SHG München	28
BARMER unterstützt Selbsthilfearbeit	28
Rückblick	29
Aufgabenteilung im Vorstand	30
Patiententag zum Europäischen Prostata-Aktionstag	31
Tag der Krebs-Selbsthilfe	32
Termine	32

Das Register der Jahrgänge 2002-2005 finden Sie in der Ausgabe 1/2008

Vereinsinterne Ankündigung

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Mitgliederversammlung

Hannover

21. - 23. November 2008

Öffentliches Patientenforum

Neues rund um Harnblase, Prostata und Männergesundheit

25.09.2008

19.15 - 20.45 Uhr

Stuttgart

Rathaus, Großer Sitzungssaal

Eintritt frei!

Was macht die Blase krank? Was gibt es Neues zum Prostatakarzinom? Wie steht es um die Gesundheit des deutschen Mannes? Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) gibt Antworten und lädt Patienten und Interessierte zu einem öffentlichen Forum im Rahmen des 60. Urologen-Kongresses in Stuttgart ein. Namhafte Experten referieren und stellen sich im Anschluss den Fragen der Besucher.

Termine 2008

13. - 14. September	„Treffpunkt Gesundheit“	Höxter
15. September	Vortragsabend „Prostata“	Neuss
20. September	Patientenkongress des Patientenbeirats der DKH	Erfurt
24. - 27. September	60. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie	Stuttgart
25. September	Öffentliches Patientenforum	Stuttgart
<p>* FÜR MEHR PROSTATAKREBS FORSCHUNG JETZT *</p> <p>Gemeinsame Veranstaltung des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe und der Deutschen Gesellschaft für Urologie</p> <p>Freitag, 26. September 15.30 - 17.00 Uhr</p> <p>Saal C2.1/C2.2</p> <p>Internationales Congresscenter Stuttgart</p>		
25. - 27. September	7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	Wiesbaden
25. - 26. September	Krebsinformationstage	Bremen
27. September	Patientensymposium: „Ihr Recht auf bestmögliche Versorgung am Lebensende“	Wiesbaden
27. September	Deutscher Krebstag	Kiel
27. September	Krebsinformationstag	München
28. September - 4. Oktober	Ostfrieslandschau	Leer
09. Oktober	Infoabend	Rellingen
18. Oktober	Männergesundheitstag	Neuss
25. Oktober	Deutscher Krebstag	Schwerin
25. Oktober	Symposium „Gemeinsam gegen den Krebs“	Wiesbaden
25. - 26. Oktober	Gesundheitstage	Allmendingen
26. Oktober	Aktionstag	Gelsenkirchen-Buer
1. November	Krebsinformationstag	Braunschweig
8. November	Patientenforum der Deutschen Kontinenz Gesellschaft	Leipzig
15. November	Krebsinformationstag	Heide
29. November	Prostatakrebs-Symposium	Siegen
6. Dezember	Patientenkongress des Patientenbeirats der DKH	Ulm

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

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte der örtlichen Presse!



Informationsmaterial **Heft 2/2008**

- Für Früherkennung – gegen Prostatakrebs
- Prostat kanserine karşı – erken teşhis için
- Soll Man(n) oder soll Man(n) nicht?
Informationen zum PSA-Test
- Prostatakrebs Patienteninformation –
Das Therapiespektrum
- Ich habe Prostatakrebs – Was nun?
- Prostata-Pass
- Kleines Wörterbuch für
Prostatakrebspatienten
- Prostatakrebs – Beratungs-Hotline
- Prostatakrebs – Auf den Punkt gebracht.
Informationen für Patienten
- Prostatastanzbiopsie
- Prostatakrebs – viel häufiger als man denkt
- Prostatakrebs, Nr. 17
- Radikaloperation der Prostata beim
Prostatakarzinom
- Strahlentherapie
- Brachytherapie
- Patienteninformation: Prostatakrebs –
HIFU-Behandlung
- Prostatakrebs – was kommt nach der
Hormontherapie?
- Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik
und Behandlung von Knochenmetastasen
- Krebs Schmerzen wirksam bekämpfen
- Krebs Schmerz – Was tun?
- Palliativmedizin
- Fatigue
- Ernährung bei Krebs
- Gesunden Appetit
- Bewegung und Sport bei Krebs
- Hilfen für Angehörige
- Wegweiser zu Sozialleistungen

Prostatakrebs Beratungshotline



Patienten beraten Patienten.

Dienstag, Mittwoch, Donnerstag
15.00 – 18.00 Uhr

0180 - 528 75 74

Ein Anruf aus dem Festnetz der Deutschen Telekom kostet 14 Ct. pro Minute. Bei Anrufen aus anderen Fest- oder Mobilfunknetzen können die Kosten abweichen.

[Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.](#)

Diese Ausgabe erscheint mit freundlicher Unterstützung durch:

AstraZeneca
ONKOLOGIE



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

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