

Wer entscheidet die Therapie?



Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 2, September 2011

Editorial

Aktuell

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

Diagnose und Therapie

Lebensqualität von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern überraschend gut	6
Diagnose Prostatakarzinom: Wer trifft welche Therapieentscheidung?	8
Behandlung therapierefraktärer Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms durch sequentielle Radiosotopen-Therapie	12
Der G-BA trifft Entscheidung zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms	14

Sport und Prostatakrebs

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

Jahrestagung und Mitgliederversammlung

Vorstand bestätigt	24
Ehrungen	25
Frauensymposium – Eine Nachlese	27

Aus den Selbsthilfegruppen und Landesverbänden

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

Glosse

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

Sonstiges

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

Titelseite: Foto Bayer Healthcare AG

Fotos: Dr. Klaus-Uwe Gerhardt (pixelio.de) S. 22, M. Großmann (pixelio.de) S. 36, sonstige privat

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

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

Impressum:

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

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

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

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

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

Druck:

C.V. Engelhard
 Weidendam 10
 30167 Hannover

Bankverbindung:

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

Spendenkonto:

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

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:
 VR-Nr. 7824

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

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

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

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e.V.



Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband



Mitglied in der BAG Selbsthilfe



Liebe Leserinnen und liebe Leser,

nach Diagnose einer Erkrankung richten Menschen verstärkte Aufmerksamkeit auf ihre Lebensführung – Art und Umfang der Ernährung, körperlichen Aktivitäten als auch psychosoziale Bedingungen. Sie werden bewusster wahrgenommen in der Vermutung, dass Veränderungen die Erklärungen und Lösungen des medizinischen Problems möglich machen könnten. Je geringer Erfolge und je stärker Nebenwirkungen von Operation, Chemo- oder Strahlentherapie sind, umso mehr interessieren sich Patienten auch für Mittel und Methoden der Naturheilkunde. In dieser Situation wünschen sich Patienten eine ärztliche Betreuung, welche die Kenntnisse der komplementären Onkologie einschließt.

Hierbei wäre es für Patienten zunächst hilfreich zu unterscheiden zwischen der komplementären Onkologie und Bezeichnungen wie alternativer, biologischer, homöopathischer oder integrativer Onkologie. Folgende Definition kann hierfür dienlich sein: Komplementäre Onkologie ist eine die körpereigene Kräfte stärkende, Nebenwirkungen abschwächende Therapie, mit der evtl. auch eine gegen den Tumor direkt wirkende Operation, Chemo- oder Strahlentherapie unterstützt werden kann.

So ähnlich könnten Patienten ihre eigenen Erwartungen an die komplementäre Onkologie beschreiben. Aber in der Realität verbinden sie mit der komplementären Onkologie weitaus größere Hoffnungen. Hierbei suchen sie auch Zugang zu Mitteln schwacher oder keiner Wirkungsevidenz, in der Hoffnung Therapieunterstützung oder gar Heilung zu erfahren. Das geschieht sowohl im Selbstversuch als auch mit der Unterstützung von Ärzten. Die Motivation der Patienten ist zum einen begründet in dem verständlichen Bedürfnis, zusätzlich zum Arzt, selber etwas tun zu wollen. In anderen Fällen lassen die Ergebnisse schulmedizinischer Behandlungen vielen Patienten wenige andere Möglichkeiten.

Eine Abwägung richtigen Handelns an diesem Punkt verlangt die Zusammenarbeit der ärztlichen Fachdisziplinen mit den Patienten, umso mehr es sich bei Krebs um eine potenziell lebensgefährliche Erkrankung handelt.

Selbst wenn Wirkstoffe aus der Naturheilkunde keine Wirkung und vernachlässigbare Neben- oder Wechselwirkungen haben, könnte noch immer eine Unterstützung des Patienten durch einen Placeboeffekt eintreten. Es gibt diese Patienten, die ihr Lebensgefühl der Wirkung eines Mittels ohne wissenschaftliche Wirkungsevidenz zuschreiben. Wäre es dann sinnvoll, diesen Patienten von diesen Mitteln abzuraten? Eine objektive Antwort hierauf kann wahrscheinlich nur in einer Kooperation der Schulmedizin mit der komplementären Onkologie unter psychologischer Begleitung des Patienten versucht werden. Fehlende Orientierung andererseits kann zur Fehlbewertung einzelner Therapieergebnisse führen, sie werden häufig überbewertet.

Was jedoch nicht nur versucht sondern selbstverständlich sein sollte, ist die standardisierte Dokumentation komplementärer onkologischer Behandlungen und darauf aufbauende Versorgungsforschung. Prospektive, randomisierte Studien scheinen einen Nutznachweis bisher nicht erbracht zu haben, wenn man die Kommentare des Krebs Informationsdienstes (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums und Bewertungen des Deutschen Cochrane Zentrums zu Rate zieht. Eine Konsequenz der unbefriedigenden Datenlage ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Ausnahmen vom Verordnungsausschluss bei anthroposophischen und homöopathischen Arzneimitteln nicht weiter zu fassen als bei allopathischen Arzneimitteln geregelt wurde. So ist der G-BA z. B. nicht verpflichtet, anthroposophische und homöopathische Mistel-Präparate von der Beschränkung auf den Einsatz in der palliativen Therapie auszunehmen.

Die vorgenannte Beschränkung kassenfinanzierter Verordnungen für Naturheilmittel ist für ihren Umsatz nicht förderlich. Dennoch wurden mit und ohne Empfehlung von Ärzten im Jahr 2009 4,23 Milliarden Euro für Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation in Deutschland ausgegeben (11,2% des Gesamtumsatzes). Für weitere 1,29 Milliarden Euro wurden verordnete, rezeptfreie Präparate gekauft. Zusammen waren es 14.6% aller Ausgaben für

Arzneimittel im Jahr 2009. In welcher Höhe Krebspatienten am Umsatz dieser Präparate beteiligt waren, ist nicht bekannt.

Auch wenn Vitaminpräparate, Mineralien oder pflanzliche Arzneimittel in der Öffentlichkeit als gut verträglich gelten, können sie aber auch unerwünschte Wirkungen haben, die den Patienten oftmals nicht bewusst sind. Gerade im Zusammenwirken mit onkologischen Therapien der Schulmedizin können sie ungünstige Wechselwirkungen entfalten und somit die originäre Therapie beeinträchtigen. Deshalb ist es wichtig bei Verwendung von Wirkstoffen aus der Naturheilkunde mit Medizinern zusammenzuarbeiten, die Erfahrungen in der komplementären Onkologie besitzen und sich für wissenschaftliche Nachweise der Wirksamkeit dieser Mittel engagieren. Verlässliche Informationen zur Komplementären Onkologie sind erhältlich vom Krebs Informationsdienst (KID) <http://www.krebsinformationsdienst.de/> als auch vom Arbeitskreis Prävention und integrative Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft <http://www.prio-dkg.de/> Unter www.kbv.de/arztuche/178.html bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen seit einiger Zeit eine Datenbank im Internet an, welche eine Suche nach spezialisierten Ärzten z. B. mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ oder „Homöopathie“ möglich macht.

Am Beginn eigener Überlegungen zur Anwendung komplementärer onkologischer Mittel und Verfahren könnten die Antworten auf die nachfolgenden Fragen hilfreich sein, die in der KID homepage einsehbar sind zusammen mit erläuternden Texten.

<http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/unkonv-methoden-kriterien.php>

Die Fragen:

- Was sind meine eigenen Motive, nach einer zusätzlichen oder erweiterten Behandlung zu suchen?
- Habe ich ausreichende Informationen erhalten?
- Sind die Informationen über die geplante Behandlung klar und eindeutig?
- Sind Kosten und Kostenübernahme durch die Krankenversicherung geklärt?
- Was ist die Qualifikation und Umfeld des Anbieters?
- Ist mir die Dokumentation über zu erwartende Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Therapien bekannt?

Zusammenfassend lässt sich die Sicht der Patienten auf die Komplementäre Onkologie wie folgt darstellen:

Schulmedizin, sich aus der Erfahrungsheilkunde entwickelnd und bemüht durch wissenschaftliche Forschung eine Medizin auf hohem Evidenzniveau zu werden, verwendet noch immer Therapienormierungen, die sich nicht auf Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung berufen können. Alleine die schiere Menge verfügbarer Ressourcen in Deutschland, einschließlich der Fehlallokationen eignen sich nicht Wissenslücken in der Medizin zu erklären. Koordinierte nationale und internationale Forschung ist dringend erforderlich damit wir aus dem Dilemma der Vermutung in die Wahrheit des Wissens kommen.

Patienten wollen dass die komplementäre Onkologie durch stringente, wissenschaftliche Arbeit der Mediziner und Forscher weiterentwickelt, und sie Patienten in den Grenzsituationen helfend zur Seite stehen wird.

Ihr



-Vorsitzender-

Aktuell

Patienten fragen – Mediziner antworten

Neue Rubrik im BPS-Magazin

Red. (mk): Gerne haben wir den Wunsch vieler Leser zu unserem eigenen gemacht: ab Heft 3/2011 beantworten kompetente Ärzte Fragen zur Diagnose und Therapie des Prostatakrebses im BPS-Magazin. Die Fragen und Antworten werden anonymisiert.

Für folgende Themenbereiche konnten wir Unterstützung gewinnen: Prostatektomie, Prävention, Diagnostik, Hor-

mon- und Chemotherapie, Komplementäre Medizin, Strategie der abwartenden Beobachtung und Strahlentherapie.

Bitte richten Sie Ihre Fragen per Brief oder Fax an die Geschäftsstelle in Gehrden, oder per E-Mail an Frau Kühlechner: marlene.kuehlechner@prostatakrebs-bps.de

Spendenauf Ruf

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

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

mit einer Spende auf das Spendenkonto des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
70 20 621 Sparkasse Hannover, BLZ 250 501 80.

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

Hintergrund: Die Entscheidung zu einer Aktiven Überwachungsstrategie bei Vorliegen eines so genannten klinisch unbedeutenden Mikrokarzinoms der Prostata beruht auf der Ausbreitung des Tumors, dem PSA-Wert im Blut und entscheidend auf der subjektiven, histopathologischen Malignitätsgradierung durch Bestimmung des Gleason-Werts.

Ziel der Studie: Geprüft werden soll, ob mit Hilfe der DNA-Bildzytometrie, zusätzlich zum Gleason-Wert eine objektivere und prognostisch bedeutende Aussage gemacht werden kann zur besseren Identifizierung der Patienten, die von einer Aktiven Überwachung mehr profitieren als von einer sofortigen Operation, Bestrahlung oder Hormontherapie.

Studienmethode: Prospektive, validierende Kohorten-Studie mit gutem Referenz-Standard

Leiter der Studie: Professor Dr. Stefan Biesterfeld, Leiter des Schwerpunktes Cytopathologie, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, für das Fach Pathologie
Professor Dr. Lothar Weißbach, Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit, Berlin, für das Fach Urologie

Details der Studie sind einsehbar in der BPS homepage unter <http://www.prostatakrebs-bps.de/DNA-Zytometrie> oder können von den BPS Geschäftsstellen Gehrden und Bonn mitgeteilt werden.

Das Patientenrechtegesetz stärkt Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

Von Wolfgang Zöllner, MdB
Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Versicherte und Patienten bekommen und übernehmen im deutschen Gesundheitssystem immer mehr Eigenverantwortung in Fragen der Therapie ebenso wie bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Sie erwarten von einem guten Gesundheitssystem, dass Leistungen in ausgezeichneter Qualität bereit gestellt werden. Um sich im Gesundheitssystem effizient bewegen und die geforderte Eigenverantwortung übernehmen zu können, benötigen sie darüber hinaus Transparenz über die Leistungen, ihre Qualität, ihre Preise und nicht zuletzt auch über die Rechte und Pflichten der Beteiligten.

Das Patientenrechtegesetz wird deshalb Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herstellen und die

tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte verbessern. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.



Unser Ziel ist es, damit das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient auf Augenhöhe wiederherzustellen. Ich selbst habe als Patientenbeauftragter mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen rund 300 Gespräche zu den Inhalten des Patientenrechtegesetzes geführt. Deshalb weiß ich, dass es einen breiten Konsens für das Patientenrechtegesetz gibt. Denn mit dem Papier, das jetzt vorliegt, stellen wir keine Gruppen gegenüber und lassen keinen außen vor.

Im Patientenrechtegesetz sind folgende wesentliche Regelungen vorgesehen:

Behandlungsvertrag

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Das soll sich ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden. Gegenstand der Regelungen werden auch das Recht auf Aufklärung und Dokumentation sein.

Förderung der Fehlervermeidungskultur

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Deshalb sollen Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt werden. Mir ist dabei wichtig, dass unerwünschte Ereignisse und Fehler nicht nur auf die Meldung von Beschäftigten hin erfasst werden, sondern dass in Krankenhäusern und darüber hinaus im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement auch ein verbindliches Beschwerdemanagement vorgeschrieben wird. So erhalten auch Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, auf kritische Verfahrensabläufe und Fehlerquellen aufmerksam zu machen.

Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

In der Praxis werden sich trotz aller Bemühungen zu ihrer Vermeidung, Behandlungsfehler nicht vollständig verhindern lassen. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, z. B. im Wege der Mediation, den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu finden. Ist eine Streitbeilegung auf diesem Wege nicht möglich, muss das Recht einen sachgerechten Ausgleich herbeiführen. Das Patientenrechtegesetz soll hier für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung, z. B. die Beweislastverteilung im Zusammenhang mit einem groben Behandlungsfehler, in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Für Patientinnen und Patienten ist es weiterhin von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine aus-

reichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Die Ärztekammern werden daher aufgefordert, durch geeignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht soll es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben. So werden die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung aufgefordert, im Rahmen der außergerichtlichen Streitbeilegung auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthaftungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthaftungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialekammer konzentriert, und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können.

Bereits auf den Weg gebracht werden konnte eine Änderung des § 522 ZPO: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthaftungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwerde von über 20.000 € Nichtzulassungsbeschwerde einzulegen.

Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

Auch die Rechte der Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungsträgern werden gestärkt. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z. B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die bereits bestehende Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

Der bereits bestehende aber nur unzureichend umgesetzte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche ist so auszugestalten, dass er von Patientinnen und Patienten eingelöst werden kann.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, innerhalb gesetzlicher Fristen über Anträge auf Genehmigung von Leistungen zu entscheiden. Entscheidet eine Krankenkasse unbegründet nicht fristgerecht, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können und die hierfür notwendigen Aufwendungen erstattet bekommen.

Nicht zuletzt sollen auch die Rechte Pflegebedürftiger gestärkt werden. Zu prüfen ist hier die gesetzliche Verankerung des Rechts auf Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen.

Stärkung der Patientenbeteiligung

Zu den für mich sehr wichtigen Punkten gehört auch die Stärkung der Patientenbeteiligung. Bereits jetzt sind Patientinnen und Patienten an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung – teilweise auch auf Landesebene – zu beteiligen. Die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände haben einvernehmlich sachkundige Personen zu benennen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung dieser Gremien einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte möchte ich stärken.

Information der Patientinnen und Patienten über ihre Rechte

In meiner Arbeit als Patientenbeauftragter stelle ich immer wieder fest, dass der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Information und Beratung groß ist. Ich bin der Ansicht, dass das bereits bestehende System an Informations- und Beratungsmöglichkeiten weiter ausgebaut und vernetzt werden muss.

Ich freue mich deshalb sehr darüber, dass seit dem 1. Januar 2011 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern hat. Die bislang als Modellvorhaben erprobte „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“

erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. In 21 regionalen Beratungsstellen, unter der Internetadresse www.upd-online.de und der kostenlosen bundesweiten Telefonnummer 0800 0117722 werden verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt.

Darüber hinaus werde ich in meinem Amt als Patientenbeauftragter der Bundesregierung die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Die Transparenz über das geltende Recht wird Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen.

Hervorheben möchte ich aber auch die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen, die ebenfalls hervorragende Arbeit leisten, wenn es darum geht, die Patienten zu unterstützen. Durch Beratungs- und Betreuungsangebote für Patientinnen und Patienten tragen sie dazu bei, Lücken zwischen den Angeboten von Leistungserbringern und den Bedürfnissen der unmittelbar Betroffenen zu schließen. Denn nicht selten fühlen sich Patientinnen und Patienten auch bei noch so guter Beratung durch Ärzte oder Krankenkassen in diesem System allein gelassen.

Selbsthilfeorganisationen verstehen sich hier als regionale Lotsen, die Erkrankten, Angehörigen und Interessierten Hilfe und Unterstützung anbieten, sich einen Weg durch unser komplexes Gesundheitssystem zu bahnen.

Als Beauftragter für alle Patientinnen und Patienten freue ich mich über dieses Engagement und möchte die Erfahrungen der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen nutzen. Ich biete insoweit allen Beteiligten einen offenen Dialog an. Nur so können wir lernen, wie wir unser gutes Gesundheitssystem besser machen und die Patientenrechte auf eine neue Basis stellen können.



**Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und Patienten**

Auf der Internetseite www.patientenbeauftragter.de erhalten Sie stets aktuelle Informationen zur gesundheitlichen Versorgung. Haben Sie Anregungen oder Fragen? Sie erreichen den Patientenbeauftragten und

seine Geschäftsstelle wie folgt:

Wolfgang Zöllner, MdB

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Friedrichstraße 108

10117 Berlin

Tel.: 030 18 441-3420

Fax: 030 18 441-3422

E-Mail: patientenbeauftragter@bmg.bund.de



Lebensqualität von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern überraschend gut

Ergebnisse eines rückblickenden Teilprojekts der HAROW-Studie

Von Professor Dr. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

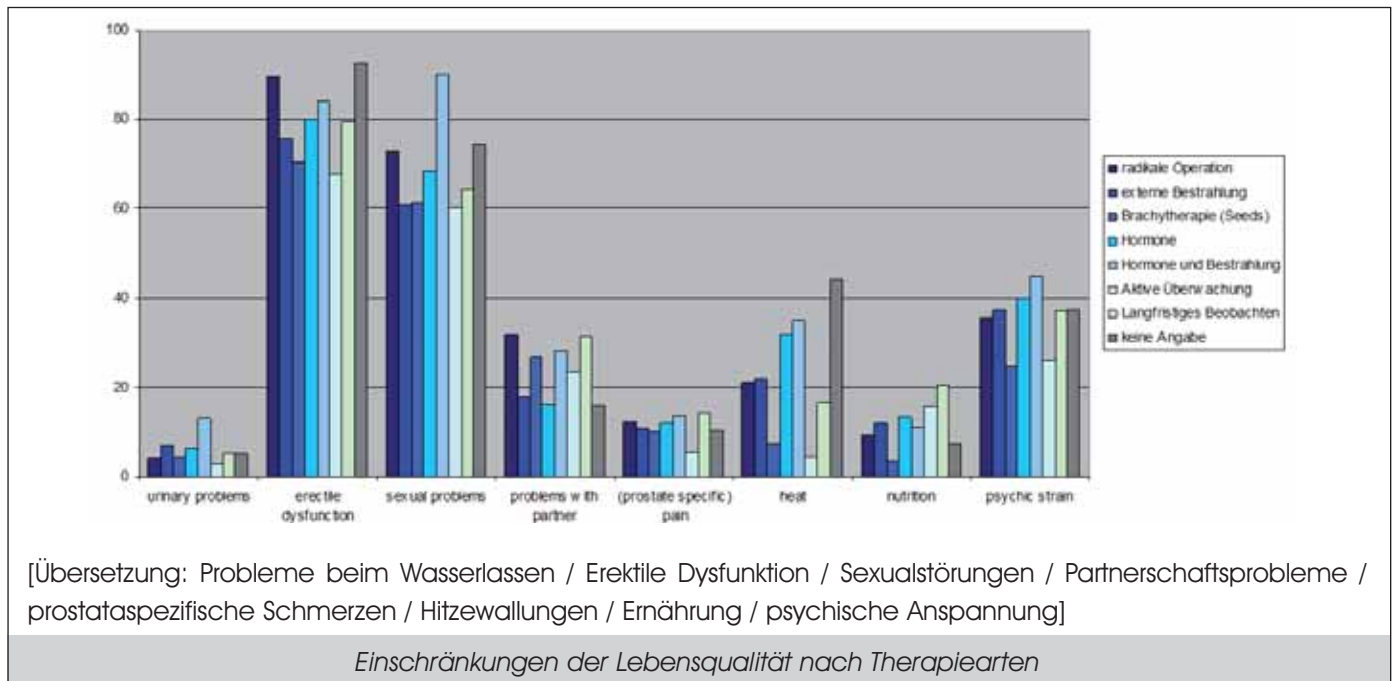
Die Lebensqualität der Mitglieder in Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen ist unerwartet gut. Zu diesem Ergebnis kommt eine Befragung der gemeinnützigen Stiftung Männergesundheit im Rahmen der HAROW-Studie. Die Studie ermittelt bis ins Jahr 2013 die Versorgung von Patienten mit einem neu diagnostizierten, lokal

begrenzten Prostatakarzinom. Die finanzielle Unterstützung des Energieversorgers GAZPROM Germania gewährleistet die Unabhängigkeit von der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie. Ebenso wenig werden berufspolitische Interessen berücksichtigt. Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe ist ein Partner der Studie.

Alter bei Befragung	69,2 Jahre (54,3 - 87,7 Jahre)	
Familienstand	Anteil der Befragten	Anzahl der Befragten
ledig	1,6 %	8
verheiratet	86,3 %	435
geschieden	5,4 %	27
verwitwet	5,0 %	25
keine Angabe	1,8 %	9
Berufliche Situation	Anteil der Befragten	Anzahl der Befragten
Vollzeit berufstätig	5,0 %	25
Teilzeit berufstätig	2,4 %	12
Hausmann	0,2 %	1
arbeitslos	1,6 %	8
Frührentner	5,6 %	28
Rentner	83,9 %	423
keine Angabe	1,4 %	7
Primärtherapie	Anteil der Befragten	Anzahl der Befragten
Radikale Prostatektomie	65,7 %	331
Externe Bestrahlung	6,2 %	31
Brachytherapie	3,6 %	18
Hormonentzugstherapie	9,9 %	50
Hormonentzug mit Bestrahlung	4,2 %	21
Active Surveillance (Aktive Überwachung)	3,0 %	15
Watchful Waiting (Beobachtendes Abwarten)	3,4 %	17
keine Angabe	4,2 %	21
Zeit seit Primärtherapie	Anteil der Befragten	Anzahl der Befragten
1-2 Jahre	18,8 %	95
2-5 Jahre	57,7 %	291
>5 Jahre	20,6 %	104
keine Angabe	2,8 %	14
Soziodemographische Merkmale der Befragten		

In Kooperation mit dem BPS wurden in einem rückblickenden Studienteil 504 Männer rekrutiert, deren Diagnose und Therapie mehr als ein Jahr zurücklag, um ihre Lebensqualität zu bewerten. Die Umfrage wurde anhand krankheitsübergreifender Fragebögen (z. B. EORTC QLQ-C30) und des prostatakrebspezifischen Moduls EORTC PSR-25 mit 95 Fragen zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden sowie zur sozialen Lebenssituation durchgeführt.

dokumentierten die (häufig älteren) Patienten mit kombiniertem Hormonentzug und Bestrahlung. Auffällig sind die Häufungen von Übelkeit/Erbrechen bestrahlter Patienten, die vermehrte Atemnot unter Hormontherapie sowie der häufigere Durchfall bei Patienten unter kombinierter Hormontherapie und Bestrahlung. Die kombiniert behandelten Patienten dokumentierten mit Abstand die meisten Sexualstörungen, die bestrahlten hingegen die wenigsten.



Bisher weisen Studien zum lokal begrenzten Prostatakrebs unter verschiedenen Therapieverfahren vergleichbare Überlebenszeiten auf, sie unterscheiden sich jedoch in ihren Nebenwirkungen. Die lange Überlebenszeit von Patienten mit einem lokal begrenzten Tumor verlangt nach Daten, die darüber informieren, wie sich die Betroffenen in der langen Zeit nach der Therapie fühlen. Die Ergebnisse dieser HAROW-Erhebung werden dazu beitragen, zukünftig bei einer Therapieentscheidung auch die zu erwartende Lebensqualität stärker als bisher zu berücksichtigen.

Unterschiede zwischen den Therapiearten

Aus statistischen Erwägungen wurden nur Behandlungsverfahren ausgewertet, denen mindestens 20 Patienten unterzogen worden waren. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Lebensqualität: Bestrahlte Patienten stufen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität tendenziell besser ein, verhältnismäßig schlechte Werte

Generell ist die Lebensqualität während oder direkt nach der Behandlung deutlich schlechter als vor Therapiebeginn. Bereits nach ein bis zwei Jahren nähern sich die Werte wieder dem Ausgangsniveau.

Erwartungsgemäß schätzten Patienten mit geheiltem Tumor ihre Lebensqualität durchgehend besser ein als die nicht geheilten oder weiterhin in Behandlung befindlichen. Dieser Trend lässt sich in allen Lebensbereichen beobachten und scheint der wichtigste Faktor für das Befinden der Patienten zu sein: Die geheilten Patienten gaben (mit Ausnahme der Appetitlosigkeit) deutlich geringere Symptomausprägungen an; insbesondere bei erektiler Dysfunktion, Hitzewallungen, psychischer Anspannung und sozialer Teilhabe weisen erfolgreich Behandelte bessere Werte auf.

Fazit für die Praxis

Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen bewerten ihre eigene Lebensqualität überraschend gut. Die Initiatoren

der HAROW-Studie hatten ursprünglich schlechtere Werte erwartet, weil sich bekanntlich Betroffene, die mit dem Behandlungsergebnis unzufrieden sind und den behandelnden Ärzten kritisch gegenüber stehen, an die Selbsthilfe wenden und Rat suchen. Grund für das Ergebnis könnte sein, dass die Lebensqualität nicht allein durch die erwartete Tumorheilung, sondern vielmehr durch eine zunehmende Akzeptanz der Einschränkungen und eine gute Krankheitsbewältigung beeinflusst wird.

In leichter Tendenz berichten Mitglieder der Selbsthilfegruppen über erhöhte Symptomausprägungen vorwie-

gend in den Bereichen Sexualität, Partnerschaft sowie psychische Belastung. Da diese Bereiche auch die Partnerinnen der Betroffenen unmittelbar berühren (86,3 % der Befragten waren verheiratet), sollten auch die Partnerinnen in die Therapieentscheidung einbezogen werden.

Der vollständige Auswertungsbeitrag ist in der Ausgabe 3/2011 der Fachzeitschrift „Der Urologe“ erschienen und kann über die Internet-Seite www.harow.de kostenfrei abgerufen werden.

Diagnose Prostatakarzinom: Wer trifft welche Therapieentscheidung?

Befragung in einigen Selbsthilfegruppen des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) bei neu diagnostiziertem Prostatakarzinom

Von Dr. Dietrich Schnell¹, Hanns-Jörg Fiebrandt², Professor Dr. Lothar Weißbach¹
¹Stiftung Männergesundheit, ²Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe

Hintergrund und Fragestellung

In 2009 wurde die aktuelle S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms (PCa) herausgegeben. Sie genießt besonderen Respekt, weil sie fachübergreifend erarbeitet und regelhaft aktualisiert wird („living guideline“). Alle für das PCa relevanten medizinischen Fachgesellschaften und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) waren in die Entwicklung eingebunden.

Beim lokal begrenzten PCa können sehr unterschiedliche Therapien bzw. Strategien für ein Vorgehen geeignet sein. Die Leitlinie beschränkt sich nicht auf die radikale Prostatektomie. Nichtoperative Optionen für ein Vorgehen werden ebenso betrachtet. Die Therapieentscheidung ist dabei nicht beliebig zu fällen. Sie soll an der Prognose der Erkrankung ausgerichtet werden. Die Lebenserwartung soll berücksichtigt werden und die persönliche Präferenz des Patienten ist zu beachten. Der behandelnde Arzt soll ihn in die Therapieentscheidung einbinden, ihn befähigen aktiv mitzuentcheiden.

In den meisten Fällen wird die radikale Prostatektomie empfohlen und auch gewählt. Der Eingriff erfolgt bei

niedrigem und mittlerem Progressionsrisiko in kurativer Intention. Bei Patienten mit hohem Progressionsrisiko ist eine eventuell notwendige Kombination mit einer Bestrahlung und/oder einer Hormontherapie möglich. Die postoperative Lebensqualität ist allerdings durch eine mögliche Inkontinenz und eine wahrscheinliche Impotenz belastet. Es ist deshalb zweifelhaft, ob der Eingriff in der bisherigen Häufigkeit notwendig ist. Eine Mehrheit der im Rahmen einer Früherkennung neu diagnostizierten PCa hat ein niedriges Progressionsrisiko. Eine abwartende Strategie – zumindest bei den nicht ganz jungen Männern – kann die vernünftigste Entscheidung sein.

Die Therapieentscheidung beim lokal begrenzten PCa ist höchst anspruchsvoll und erfordert Zeit. Die aktuelle Leitlinie wird als gut geeignete fachliche Grundlage für die Entscheidungsfindung angesehen. In den befragten Selbsthilfegruppen des BPS bestehen Zweifel, ob die Leitlinie auch ausreichend umgesetzt wird. Es wird kritisiert, dass ein Teil der Patienten übertrieben frühzeitig zu einer Behandlung gedrängt und die Beratung in nicht vertretbarer Weise vereinfacht werde. Allzu oft verstanden

Patienten erst im Nachhinein, wofür sie sich entschieden hätten. Sie seien nicht auf Augenhöhe in den Entscheidungsprozess eingebunden gewesen. Die Prognose werde nicht immer berücksichtigt. In den Selbsthilfegruppen wird über unverantwortliche Äußerungen wie z. B.: „Wenn Sie sich nicht operieren lassen, sind Sie in 6 bis 9 Monaten tot“ berichtet.

Ziel der Arbeit ist es zu erfragen, wie oft Patienten in die Therapieentscheidung eingebunden werden, ob die Lebenserwartung berücksichtigt wird und welche Therapie bei welchem Karzinom gewählt wird.

Studiendesign und Methodik

Ein Mitglied des BPS Vorstandes hat einen Fragebogen zum PCa entworfen. Er ist erläutert und allen per Internet erreichbaren Selbsthilfegruppen des BPS zur Verfügung gestellt worden. Alle neu Erkrankten wurden gebeten an der Erhebung teilzunehmen. Bei wenigen lag die Erstbehandlung einige Monate zurück. In jedem Fall erfolgte die Befragung nach der tatsächlichen Therapieentscheidung. Die Fragebögen wurden in anonymisierter Form ausgewertet. Aufgenommen wurden PSA bei Diagnosestellung, Gleason-Summe in der Biopsie, Therapie und Alter des Betroffenen. Es wurde gefragt, ob der Patient an der Therapieentscheidung beteiligt ist und ob eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung in Aussicht gestellt wurde, wenn zunächst keine Therapie gewünscht worden ist. Über einen Freitext konnten ergänzende Aussagen

gemacht werden. Einige Befragte haben Äußerungen zur Prognose bzw. zur Therapie wiedergegeben oder die Atmosphäre bei der Therapieentscheidung geschildert.

Ergebnisse

347 Patienten hatten an der Befragung teilgenommen. Alle Patienten kannten ihren PSA-Wert bei Diagnose und ihr Tumorstadium aber 107 von 347 Patienten (30,8%) ihre Gleason-Summe nicht. Die Patienten waren zwischen 50 und 86 Jahre alt, im Durchschnitt 67,2 Jahre. Patienten schätzen die Schwere ihrer Erkrankung bzw. die Gefährlichkeit ihres Karzinoms vor allem nach dem PSA-Wert ein. Deshalb werden auch in dieser Auswertung Patienten nach dem PSA-Wert gruppiert:

Gruppe 1 PSA 2,2 – 10 ng/ml,

Gruppe 2 PSA 10,1 – 20 ng/ml und

Gruppe 3 PSA 20,1 – 4800 ng/ml

Die Tabelle zeigt den Anteil der Patienten in der jeweiligen Gruppe und die Zuordnung zur gewählten Behandlung. Insgesamt 67 Patienten erhielten eine kombinierte Behandlung, z. B. eine Operation plus eine Hormontherapie. Sie werden in dieser Übersicht jeweils in beiden Behandlungsarten gezählt. Abbildung 1 zeigt die Zuordnung zu den einzelnen Therapiearten. Abbildung 2 gibt eine Übersicht, inwieweit Patienten in die Therapieentscheidung eingebunden waren.

Therapieentscheidung,

Aussagen zur Lebenserwartung und zum Alter der Patienten (n = 347)

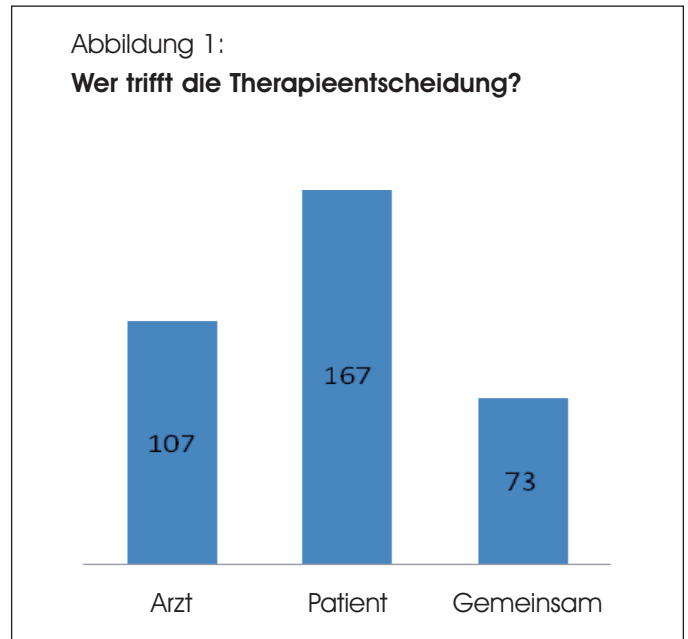
(67 Patienten mit kombinierter Therapie sind in allen Einzeltherapien gezählt)

Gruppe	PSA (ng/ml)	Anzahl	Operation	Radiatio	Hormontherapie	Active Surveillance	Aussage zur Lebenserwartung	Altersspanne	über 70 Jahre
1	2,2 - 10	234	150	42	38	33	63	51 - 84	54
2	10,1 - 20	63	44	15	16	5	15	50 - 79	29
3	20,1 – 4.800	50	26	13	32	0	8	53 - 79	9
Summe		347	220	70	86	38	86		92

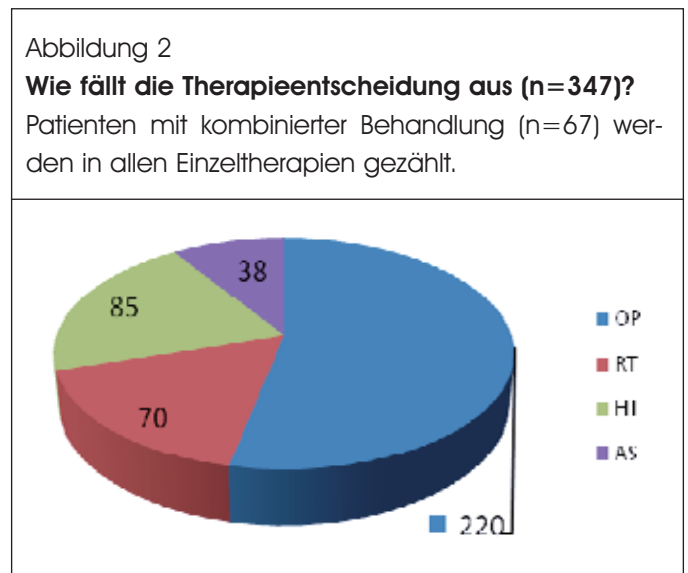
Gruppe 1 umfasst 234 Patienten von denen sich 150 für eine Operation, 42 für eine Bestrahlung, 38 für eine Hormontherapie und 33 für Active Surveillance entschieden hatten. 29 Patienten hatten eine kombinierte Therapie (Operation + Hormontherapie oder Operation + Bestrahlung) erhalten. Das Durchschnittsalter der Operierten lag bei 68,2 Jahre mit einer Spanne vom 51. bis zum 79. Lebensjahr. Die Patienten für Active Surveillance sind im Durchschnitt 66,2 Jahre (55 – 75 Jahre) alt. Die Therapieentscheidung hat in 125 von 234 Fällen (53,4%) der Patient und in 62 von 234 Fällen (26,5%) allein sein Arzt getroffen. In 47 Fällen (20,1%) ist die Entscheidung gemeinsam gefällt worden. Der älteste operierte Patient war 79 Jahre alt, der jüngste in der Strategie Active Surveillance 55 Jahre.

Gruppe 2 umfasst 63 Patienten von denen sich 44 für eine Operation, 15 für eine Bestrahlung, 16 für eine Hormontherapie und 5 für Active Surveillance entschieden hatten. 17 Patienten hatten eine kombinierte Therapie (Operation + Hormontherapie oder Operation + Bestrahlung oder Bestrahlung + Hormontherapie) erhalten. Das Durchschnittsalter der operierten mit einer Gleason-Summe ≤ 7 lag bei 65,4 Jahre, die Spanne reichte vom 50. bis zum 79. Lebensjahr. Operierte Patienten mit einer Gleason-Summe von 8 - 10 hatten ein Durchschnittsalter von 63,6 Jahren (55 - 74 Jahre). Die 5 Patienten in der Active Surveillance Strategie waren zwischen 55 und 67 Jahre alt. Die Therapieentscheidung hat in 29 von 63 Fällen (46%) der Patient und in 25 von 63 Fällen (39,7%) allein sein Arzt getroffen. In 9 Fällen (14,3%) ist die Entscheidung gemeinsam gefällt worden. Der älteste operierte Patient war 79 Jahre alt, der jüngste in der Strategie Active Surveillance 56 Jahre.

Gruppe 3 umfasst 50 Patienten von denen sich 26 für eine Operation, 13 für eine Bestrahlung, 31 für eine Hormontherapie und keiner für Active Surveillance entschieden haben. 20 Patienten hatten eine kombinierte Therapie (Operation + Hormontherapie oder Operation + Bestrahlung + Hormontherapie oder Bestrahlung + Hormontherapie) erhalten. Die Therapieentscheidung hat in 13 von 50 Fällen (26%) der Patient und in 20 von 50 Fällen (40%) allein sein Arzt getroffen. In 17 Fällen (34%) ist die Entscheidung gemeinsam gefällt worden. Der älteste operierte Patient war 69 Jahre alt. Patienten der Gruppe 3 wurden nach der Höhe des PSA-Werts nochmals unterteilt, in 42 Patienten mit einem PSA von 20,1 –



100 ng/ml und 8 Patienten mit einem PSA von 100,1 – 4800 ng/ml. Kein Patient mit einem PSA > 100,1 ng/ml ist operiert worden. Alle Patienten dieser Untergruppe sind mit einer Hormontherapie behandelt worden. Von den Patienten mit einem PSA von 20,1 – 100 ng/ml sind 31 von 42 (73,8%) operiert worden, 5 haben früh eine Hormontherapie bekommen.



Informationen zur Lebenserwartung durch den Arzt für Patienten aller Gruppen

86 von 347 Patienten (24,8%) ist eine erheblich eingeschränkte Lebenserwartung – Monate bis wenige Jahre – in Aussicht gestellt worden, wenn sie bei der Therapieentscheidung unentschieden gewesen sind. In Gruppe 1

sind 63 von 234 Patienten (26,9%), in Gruppe 2 sind 22 von 63 Patienten (34,9%) und in Gruppe 3 sind 15 von 50 Patienten (30%) in dieser Weise bedrängt worden.

Diskussion

Die von einer Selbsthilfegruppe des BPS initiierte retrospektive Befragung sollte unbedingt zur Kenntnis genommen und nicht wegen eventueller wissenschaftlicher Unzulänglichkeiten zurückgewiesen werden. Die Ergebnisse der Befragung geben einen wertvollen Einblick in die Beratung im Alltag. Die Diskussion betrachtet die Patienten in der Aktiven Überwachungs- oder auch Active Surveillance (AS) genannten Strategie, und bewertet das Fehlen von Aussagen zur Lebenserwartung.

Positiv ist zu verzeichnen, dass bei Patienten mit niedrigem PSA die Active Surveillance Strategie in 33 von 234 (14,1%) der Fälle gewählt wurde. Befürworter der AS-Strategie würden ein höheres Potential für dieses Vorgehen sehen. Eine Mehrheit der Patienten mit einem niedrigem Risiko PCa wird als geeignet für Active Surveillance angesehen, d. h. sie könnten in der Gruppe mit niedrigem PSA stärker vertreten sein. Operativ ausgerichtete Urologen haben dagegen den Stellenwert (Eignung und Auswahl) für abwartende Strategien ursprünglich mit lediglich 4,5% angenommen. In dieser Befragung sind abwartende Strategien mit kurativer Intention bei einer Gleason Summe von 8 - 10 nicht empfohlen oder angewendet worden. Bei AS wurden die Vorgaben der aktuellen Leitlinie eingehalten.

Die Prostatektomie ist die am häufigsten gewählte Therapie beim PCa auch bei Männern über 70. Operiert wird in dieser Befragung bis zum 79. Lebensjahr. In Gruppe 3 mit einem PSA von 20,1 – 100 ng/ml wurden 9 Patienten mit einem Lebensalter > 70 operiert. Es handelt sich um lokal begrenzte high risk Karzinome (Definition von d'Amico) oder lokal fortgeschrittene Erkrankungen. In Gruppe 1 mit einem PSA von 2,2 – 10 ng/ml sind 33 von 150 Operierten (22%) älter als 70 Jahre gewesen. 6 von ihnen erhielten zusätzlich eine Strahlentherapie. Die Mehrheit dieser Patienten aus Gruppe 1 hat ein low risk Karzinom mit niedrigem Progressionsrisiko. Ältere Patienten profitieren kaum von der kurativen Intention der Operation. Bill-Axelsson sieht ab dem 65. Lebensjahr keinen wahrnehmbaren Unterschied der Operation gegenüber einem Abwarten im Überleben. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung waren unabhängig vom PSA-Wert, von der Gleason-Summe und vom Tumorstadium.

Ältere Patienten haben eine höhere Rate an einer bleibenden Inkontinenz. Borrosch et al. sehen eine enge Korrelation zwischen der Wahrscheinlichkeit für eine Inkontinenz und dem Alter. Patienten über dem 75. Lebensjahr verhalten sich auch in einer Beratung anders. Sie können sich eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität weniger gut vorstellen, fühlen sich durch die Diagnose Karzinom aber genauso geängstigt wie Jüngere. Sie hinterfragen den Rat ihres Arztes seltener und haben eine höhere Toleranz für Nebenwirkungen. Der ungünstige Ausgang einer Operation wird geduldet. Aus ganzheitlicher Sicht muss der geringe Nutzen der Operation und der mögliche Schaden berücksichtigt werden. Der Einzelne mag mit seiner Entscheidung bei wenig vorteilhaftem Ergebnis einverstanden sein. Das Gesundheitssystem aber wird belastet durch unnötige Gesundheitsleistungen und Überkapazitäten bei Behandlungseinrichtungen. Im seltenen Einzelfall kann die Sinnhaftigkeit des Eingriffs gegeben sein. Die häufige Operationsentscheidung in dieser Altersgruppe schürt Zweifel, ob hier die am besten geeignete Behandlung ausgewählt worden ist. Die Internationale Gesellschaft für Geriatrische Onkologie fordert und entwickelt daher Anpassungen der Leitlinie an die Erfordernisse der Älteren.

Die Befragung hat Mängel bei der Beratung vor der Therapieentscheidung durch die niedergelassenen Urologen aufgezeigt. Eine Mehrheit erfährt nicht, ob sie ein aggressives oder ein nicht-aggressives Karzinom haben und ob ihre Lebenserwartung durch das Karzinom beeinträchtigt ist. Aussagen zur Lebenserwartung wurden so formuliert, dass eine Einschränkung vor allem dann zu erwarten sei, wenn der Patient einer Behandlung nicht zustimme. Diese Art der Aufklärung ist falsch und führt zu einer übertriebenen Heilserwartung. In 30,8% der Fälle fällt allein der Arzt die Entscheidung über die weitere Behandlung. Aus den Freitext-Angaben ist ersichtlich, dass Patienten erst im Nachhinein die Therapieentscheidung verstehen, und dass sie in Einzelfällen mit nicht gerechtfertigten, drastischen Äußerungen zu einer Behandlung gedrängt werden. Die Leitlinie fordert, dass der behandelnde Urologe die Prognose der Erkrankung und die Eignung des Patienten einschätzt, so exakt ihm das möglich ist. Der Patient muss eingebunden werden und Prognosekriterien seiner Erkrankung kennen. Viele Patienten bewerten ihre Erkrankung derzeit

ausschließlich nach der Höhe ihres PSA. Hieraus leiten sie die Gefährlichkeit ab. Es ist zu wünschen, dass sie auch die Gleason-Summe und das Tumorstadium in Grundzügen bewerten können.

Fazit für die Praxis

Patienten müssen über ihre Erkrankung, über ihre Prognose (Lebenserwartung) und über geeignete Behandlungsarten ausreichend informiert werden. Sie sollen in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Die Therapieentscheidung soll gemeinsam gefällt werden. Ältere Patienten in der Befragung wurden zu häufig operiert. Es ist unaufrichtig, übertriebene Heilungserwartungen und zumutbare Begleiterscheinungen zu kommunizieren. Es ist unredlich, den Patienten zu ängstigen.

Der BPS ist für Mitglieder und Patienten ein wichtiger Begleiter im Umgang mit der Erkrankung. Urologen sollten Initiativen des BPS zur Kenntnis nehmen. Sie können ein geeignetes Korrektiv sein, Fehlentwicklungen würden rechtzeitig erkannt und zurückgedrängt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. Lothar Weißbach

Stiftung Männergesundheit

Reinhardtstraße 2

10117 Berlin

E-Mail: weißbach@stiftung-maennergesundheit.de

Behandlung therapierefraktärer Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms durch sequentielle Radioisotopen-Therapie

Von Professor Dr. Hans-Jürgen Biersack

Professor Dr. Holger Palmedo

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Bonn



Bereits seit Jahrzehnten werden radioaktive Isotope wie Phosphor-32, Strontium-89 und Rhenium-186 HEDP sowie Samarium-153 Ethylendiamintetra(methylenphosphonsäure) (EDTMP) für die palliative Schmerztherapie von therapierefraktären Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms eingesetzt. Allerdings steht bislang bei diesem Verfahren in erster Linie die palliative Schmerzbehandlung im Vordergrund. Hierbei ist festzustellen, dass Knochenmetastasen beim Prostatakarzinom in etwa 50% der Fälle auftreten. Viele Metastasen sind in der Regel durch einen vermehrten Knochenstoffwechsel gekennzeichnet. Dieser kommt dadurch zustande, dass sich der gesunde Knochen gegen die Zerstörung der Metastase wehrt. Obwohl Knochenmetastasen selten für den Tumorbedingten Tod verantwortlich sind, führen sie dennoch in etwa 30 – 60% zu schweren Komplikationen

mit Schmerzen unterschiedlicher Ausprägung. Zudem kann durch den Knochenfraß der Metastasen ein Kalziumschwund aus dem Knochen – verbundenen mit erhöhten Kalziumwerten im Blut – auftreten, so dass neben der Frakturgefahr auch stoffwechselbedingte Störungen entstehen können. Auch kann das Knochenmark durch Metastasen soweit zerstört werden, dass Verminderungen des roten und weißen Blutbilds entstehen. Ein chronisches Schmerzsyndrom ist die häufigste Komplikation von Knochenmetastasen, wodurch die Lebensqualität deutlich gesenkt wird. Viele dieser Patienten sind prinzipiell Kandidaten für eine Radionuklid-Therapie, da bis zu 50% der Patienten keine adäquate Schmerztherapie erhalten.

Die Wirkung der Radionuklid-Therapie beruht darauf, dass die Isotope im Randbereich der Metastase, also im

Bezirk vermehrten Knochenstoffwechsels, metabolisch aufgenommen werden. Hier bestrahlt dann sozusagen von außen das Isotop die Metastase. Frühere Studien haben gezeigt, dass beispielsweise Strontium-89 im Bereich der Metastasen 5 – 20-mal höher angereichert wird als im normalen Knochengewebe. Obwohl auch diese Art der Therapie weltweit in gewissem Umfang eingesetzt wird, haben sich Rhenium-markierte Bisphosphonate sowie Samarium-markiertes EDTMP durchgesetzt, wobei die letztgenannten Präparate Halbwertszeiten zwischen 2 und 3 Tagen aufweisen. Als weiteres, kommerziell nicht erhältliches Therapie-Präparat steht Rhenium-188 1-Hydroxyethan-(1,1-diphosphonsäure) (HEDP) zur Verfügung. Die Halbwertszeit beträgt ca. 19 Stunden, das Präparat wird aus einem Wolfram-188-Generator jeweils frisch „abgemolken“. Diese Generatoren haben eine Halbwertszeit von etwa 4 Monaten, so dass problemlos wöchentlich mehrere Patienten behandelt werden können.

Ergebnisse der Radionuklid-Therapie von Knochenmetastasen

Ein Literatur-Überblick von Paes und Serafini (1) hat die Ergebnisse der Isotopen-Therapie beim Prostatakarzinom zusammengefasst: Ein komplettes Ansprechen der Knochenmetastasen auf die Therapie mit Strontium-89 wird in 8 – 77% beobachtet. Generell zeigen etwa 44% der Patienten ein Ansprechen auf die Schmerztherapie. Als kommerziell verfügbares Radiopharmakon wird weltweit Samarium-153 EDTMP (Quadramet) eingesetzt. Bei rd. 84% der Patienten mit schmerzhaften, therapie-refraktären Knochenmetastasen wurde ein Ansprechen in Bezug auf die Schmerzreduktion beobachtet. Rhenium-186 HEDP wurde leider inzwischen vom Markt genommen, obwohl es recht gute Ergebnisse gezeigt hat. Verschiedene Arbeitsgruppen haben eine deutliche Schmerzlinderung bei 77% der Patienten beobachtet. Die Zeitspanne für die Schmerzlinderung lag zwischen 3 Wochen und 12 Monaten. Verschiedene Arbeitsgruppen haben auch die Kombination mit Zoladex oder Capcitabine geprüft.

Ergebnisse einer sequentiellen Therapie mit Rhenium-188 HEDP

Unsere Arbeitsgruppe hat zunächst vor etwa 10 Jahren die obere Dosisgrenze für dieses Radioisotop untersucht, hier konnte eine Obergrenze von etwa 90 mCi (3,3 GBq) ermittelt werden. Anschließend erfolgte der Einsatz im

Rahmen einer Mehrfachtherapie bei Patienten mit entsprechenden Knochenmetastasen. In dieser von Palmedo und Mitarbeitern (2) publizierte Studie wurde die einfache Therapie mit der Mehrfachtherapie verglichen. Die Untersuchungen erfolgten an insgesamt 64 Patienten, das Intervall zwischen zwei Injektionen betrug 8 Wochen, anschließend wurden die Patienten mittels Visual Analog Score (VAS) in Bezug auf Schmerzlinderung und den klinischen Verlauf bis zum Tod evaluiert. Leichte, passagere Verminderungen der Thrombozyten und der Leukozyten waren zu beobachten, jedoch ohne ein bedrohliches Ausmaß anzunehmen. In Bezug auf die Schmerzlinderung zeigten Patienten mit mehrfacher Rhenium-Therapie ein besseres Ansprechen (92%) und einen länger anhaltenden Effekt (5,7 Monate). Zudem zeigte sich, dass bei Patienten nach Mehrfachtherapie das PSA in knapp 40% abfiel, wobei dieser Effekt bis zu 8 Wochen anhielt. Bei Patienten nach singulärer Injektion war dieser Effekt nur in 7% zu beobachten. Das mittlere Überleben ließ sich durch die Mehrfachtherapie von 7 auf 12,7 Monate steigern. Hieraus wurde gefolgert, dass eine sequentielle Therapie zu einem verbesserten Effekt in Bezug auf die Schmerzlinderung führt und zudem das Überleben zu verlängern ist.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit einer Studie, in der Samarium-153 EDTMP bei einer Gruppe von 55 Patienten eingesetzt wurde. Diese erhielten 2 oder mehrere Dosen des Präparates. Eine objektivierbare Abnahme der Knochenschmerzen wurde in 70 – 80% der Fälle beobachtet. Allerdings erfolgte hier keine Korrelation mit dem PSA-Wert und dem Überleben der Patienten.

In einer neueren Studie haben wir bei 60 Patienten mit Therapie-resistentem Prostatakarzinom und diffuser Knochenmetastasierung untersucht, ob durch mehr als zweimalige Injektion eine Verbesserung der Ergebnisse zu beobachten ist. Die drei Gruppen unterschieden sich in Bezug auf den Gleason-Score bei Diagnose des Prostatakarzinoms nicht. In allen Fällen waren teilweise Chemotherapie und Hormontherapie bzw. Kombinationen erfolgt. Es zeigte sich, dass die Überlebenszeit nach der ersten Injektion durch sequenzielle Therapie verbessert werden konnte, und zwar von 4,5 Monaten (1 Therapie) auf 9,98 Monate (2 Therapien) und 15,6 Monate (3 und mehr Therapien). Allerdings fand sich im Hinblick auf das mittlere Überleben in Jahren nach der Diagnose des Kar-

zinoms kein signifikanter Unterschied. Die Zahl verlorener Lebensjahre war jedoch nach 3 und mehr Therapien signifikant geringer als in den anderen Gruppen. Als wichtiges Ergebnis jedoch verbleibt, dass eine Schmerzlinderung durch Mehrfachtherapien in größerem Ausmaß gelingt. Eine sichere Beschreibung des Therapieeffekts wird wahrscheinlich erst dann gelingen, wenn größere, randomisierte und prospektive Studien durchgeführt werden. Dies ist allerdings schwierig, da es kaum gelingen wird, vergleichbare Patientengruppen zu bilden, zumal der Radioisotopen-Therapie eine Reihe anderer Therapieformen vorausgehen. Obwohl Rhenium-188 HEDP nicht als kommerzielles Präparat zur Verfügung steht, kann an vielen Orten mittels „In-House-Produktion“ ein preiswertes Therapiepräparat angeboten werden. Das Mutternuklid (Wolfram-188) wird in Form eines entsprechenden Generators vertrieben, wobei die Lebenszeit eines solchen Generators etwa 4 Monate beträgt.

Schlussfolgerungen

Verglichen mit einer Einzel-Injektion verbessert die sequenzielle Therapie mit Re-188 HEDP bei Patienten mit progressivem, hormonrefraktärem Prostatakarzinom und

Knochenmetastasen die Schmerzsituation. Hier konnte eine Erhöhung der Überlebenszeit von 4,5 auf 15,6 Monate nach Mehrfachtherapie beobachtet werden. Im Hinblick auf die Strahlenschutzverordnung erfordert die Therapie jedoch jeweils einen 48-stündigen Aufenthalt auf einer Therapiestation zur Sammlung der nicht im Knochen akkumulierten ausgeschiedenen Radioaktivität. Dies ist jedoch im Hinblick auf die zu erwartenden positiven Effekte zu vertreten.

Literatur

- o Paes FM, Serafini AN. Systemic metabolic radiopharmaceutical therapy in the treatment of metastatic bone pain. *Semin Nucl Med.* 2010 Mar;40(2):89-104
- o Palmedo H, Manka-Waluch A, Albers P, Schmidt-Wolf IG, Reinhardt M, Ezziddin S, Joe A, Roedel R, Fimmers R, Knapp FF Jr, Guhlke S, Biersack HJ. Repeated bone-targeted therapy for hormone-refractory prostate carcinoma: randomized phase II trial with the new, high-energy radiopharmaceutical rhenium-188 hydroxyethylidenediphosphonate. *J Clin Oncol.* 2003 Aug 1;21(15):2869-75

Der G-BA trifft Entscheidungen zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms

Von Dr. Ing. Manfred Fischer

Patientenvertreter des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe in der Arbeitsgruppe „Benignes Prostatasyndrom“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)



Die so genannte gutartige Prostatavergrößerung ist als ein für ältere Männer typisches Leiden allgemein bekannt. In der medizinischen Fachwelt wurde dafür lange Zeit der Begriff benigne Prostatadhyperplasie verwendet, der auch noch oft in der Literatur zu finden ist. Bei genauerer Betrachtung wurde aber erkannt, dass dieser Begriff das Leiden nur einseitig charakterisiert. Vielmehr können sehr verschiedenartige Veränderungen als Ursache für die Problematik der Erkrankung wesentlich sein. Sowohl die Größe der Prostata, als auch obstruktive

Veränderungen im Bereich der Harnröhre sowie irritative Veränderungen beim Wasserlassen können in einem komplexen Zusammenhang stehen. Deshalb wurde mittlerweile allgemein anerkannt, dass dafür der Begriff benignes Prostatasyndrom geeigneter erscheint.

Das benigne Prostatasyndrom stellt für die betroffenen Männer eine erhebliche Belastung dar, wenn mit zunehmender Tendenz die Beschwerden beim Wasserlassen oder durch häufigen Harndrang deutlich werden. Anfangs kann oft eine medikamentöse Behandlung

erfolgsversprechend sein. Dadurch können insbesondere Symptome reduziert, allerdings Obstruktionen nicht dauerhaft therapiert werden. Leider führen falsche Scham und auch Horrormeldungen über Prostataerkrankungen dazu, dass der Weg zum Urologen und damit zu einer geeigneten Untersuchung und Beratung oft lange Zeit vermieden wird. Es muss deshalb herausgestellt werden, dass bisher kein gesicherter Zusammenhang zwischen einem benignen Prostatasyndrom und einem Prostatakarzinom nachgewiesen werden konnte. Beide Erkrankungen entwickeln sich unabhängig voneinander. Das benigne Prostatasyndrom stellt also keine Vorstufe für ein Karzinom dar.

Je nach Ausprägung des benignen Prostatasyndrom können damit erhebliche psychologische Belastungen verbunden sein, ohne dass es im Umfeld des Betroffenen deutlich wird. Im fortgeschrittenen Stadium planen die Betroffenen dann mitunter ihren Tagesablauf unter Berücksichtigung der Distanz zu den naheliegenden Toiletten. Restharn und Harnverhalt sind nicht nur unangenehm und schmerzhaft, sondern sie können zum Ausgangspunkt für Folgeerkrankungen an den Nieren werden.

In diesem Zusammenhang muss auch auf die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hingewiesen werden. Wer im Vorfeld bereits ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinem Arzt entwickelt und Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat, dem wird es auch leichter fallen, seine Problematik mit dem Arzt zu beraten. Die Prostata-Tastuntersuchung ist zwar die einfachste Methode, aber auch nur mit sehr begrenzter Aussagekraft. Die Scheu ist meist vor der ersten Tastuntersuchung recht groß. Danach können aber die meisten Patienten bestätigen, dass dies überhaupt kein Problem darstellt.

Für die Untersuchung des benignen Prostatasyndrom spielt auch die Kenntnis über den Wert des PSA sowie dessen Entwicklungsverlauf eine große Rolle. Hinter einfachen Symptomen können sich sowohl eine harmlose gutartige Vergrößerung als auch eine bösartige Erkrankung der Prostata verbergen. Der Gang zum Arzt und die Klärung der Ursachen sollten daher vor allen Selbsttherapien den Vorrang erhalten. Der wachsende Leidensdruck stellt hier meist den ausschlaggebenden Faktor dar.

Für die nichtmedikamentöse Behandlung des benignen Prostatasyndrom sind ca. 15 verschiedene Verfah-

ren bekannt geworden. Dabei stellt die sog. TURP (transurethrale Resektion der Prostata) das bekannteste und am meisten bewertete Verfahren dar, das auch in allen entsprechenden Kliniken angewendet werden kann. Da das Behandlungsergebnis sehr überzeugend ist, wird dieses Verfahren fast immer als Vergleichsmaßstab für die Bewertung anderer alternativer Verfahren herangezogen. Normalerweise wird bei allen Verfahren die Behandlung der Prostata minimal invasiv mit dem Zugang durch die Harnröhre ausgeführt. Während bei der TURP eine erhitzte Schlinge zum Abtragen des Prostatagewebes verwendet wird, nutzt man bei den alternativen Verfahren die abtrennende Wirkung anderer Hilfsmittel aus. Die Verfahren basieren deshalb unterschiedlich auf Energiezuführung u. a. durch Hochfrequenz, Mikrowellen, Ultraschall und besonders umfangreich durch Laservarianten. Diese Verfahren sind bereits weit verbreitet und werden durch die produzierende Geräteindustrie nicht unerheblich in der Anwendung vorangetrieben. Es liegt daher die Frage nahe, ob die Anwendung solcher Verfahren tatsächlich in jedem Fall im Interesse der Patienten sein kann. Dabei können durchaus unterschiedliche Beurteilungen hinsichtlich der Anwendung im ambulanten und im Krankenhausbereich gelten.

Die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) hatte daher 2001 einen Antrag auf Überprüfung der nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms gemäß § 135 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) V (zur vertragsärztlichen Behandlung) gestellt. Im Jahr 2004 wurde das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) mit der Bewertung der nichtmedikamentösen lokalen Verfahren beauftragt. Im Jahr 2009 wurde von der GKV-SV (Gesetzlichen Krankenkassen-Spitzenverband) der Antrag zur Überprüfung der nichtmedikamentösen lokalen Verfahren gemäß § 137c des SGB V (zur Krankenhausbehandlung) gestellt. Seit 2009 besteht beim G-BA eine Arbeitsgruppe, die vorbereitende Beratungen für eine Beschlussfassung durch den G-BA durchführt. In dieser AG sind die den G-BA stützenden Institutionen: GKV-SV, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Patientenvertreter einbezogen.

Im Bericht des IQWiG wurden alle weltweit zugänglichen Studien, Berichte und sonstigen Veröffentlichun-

gen über die Behandlungsverfahren des benignen Prostatasyndroms erfasst, gesichtet und einer strengen Bewertung unterzogen. Dabei zeigte sich, dass nur recht wenige Studien den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin gerecht werden und die meisten Quellen erhebliche Qualitätsmängel aufwiesen, sodass sie keine Berücksichtigung erhielten. Erhebliche Diskussionen traten bei der Aufstellung der Nutzenkriterien für die Verfahren auf. Als Patientenvertreter haben wir den Standpunkt vertreten, dass ein alternatives Verfahren gegenüber dem Standardverfahren TURP auch durch andere Nutzenmerkmale gekennzeichnet sein kann. Es ist davon auszugehen, dass im Vergleich zur Standardtherapie TURP alle Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms neben Vorteilen auch Nachteile aufweisen. Für den Patienten kann der Nutzen für ein alternatives Verfahren bereits dann gegeben sein, wenn entsprechend seiner Situation für ihn im Vergleich zur Standardbehandlung eine besonders wichtige Bedingung besser erfüllt und bezüglich der Veränderung der Symptomatik evtl. sogar ein geringfügig schlechteres Ergebnis erzielt wird. So kann z. B. eine ambulante Behandlung erstrebenswert sein, obwohl von vorn herein klar ist, dass das Behandlungsergebnis nicht mit dem einer TURP-Behandlung voll vergleichbar sein wird. Für einen Hochrisiko-Patienten ergibt sich ein Nutzen, wenn durch ein alternatives Verfahren sein Behandlungsrisiko dadurch drastisch reduziert wird, indem evtl. auf eine Vollnarkose verzichtet werden kann, das sog. TUR-Syndrom sicher vermieden wird oder eine Umstellung bei den gerinnungshemmenden Medikamenten nicht erforderlich ist. In der Bewertung des Nutzens der Verfahren und ihrer medizinischen Notwendigkeit konnten im Rahmen der Arbeitsgruppe unterschiedliche Standpunkte nicht vollständig beseitigt werden.

Aus der Sicht der Patienten ergibt sich ein Kritikansatz gegenüber den Kriterien, insofern als die Bewertung der Behandlungsverfahren zu wenig auf die Symptomlinderung, bzw. Verbesserung der Lebensqualität eingegangen wird. Dadurch finden die Vorteile der anderen Verfahren gegenüber der Standardtherapie TURP keine angemessene Würdigung. Andererseits musste aber akzeptiert werden, dass nur belastbare Argumente die Grundlage für Entscheidungen sein können. Vorzeitige Entscheidungen zugunsten von Verfahren ohne ausreichende Begründung können sich auch zum Nachteil für

Patienten entwickeln. So liegen für die in den letzten Jahren bekannt gewordenen Verfahren kaum Aussagen über die Nachhaltigkeit der Behandlung vor.

Im Ergebnis der vom IQWiG durchgeführten Analyse und den nachfolgenden umfassenden Beratungen wurde vom G-BA beschlossen, dass alternativ zum Standardverfahren TURP im vertragsärztlichen Bereich des GKV-Systems vorerst nur die Resektion und Enukleation der Prostata mittels Holmiumlaser zulässig ist. Da eine abschließende Bewertung zur Zeit noch nicht möglich ist, teilweise bereits Studien laufen oder neue Studien anlaufen werden, müssen die später vorliegenden Erkenntnisse abgewartet werden. Deshalb wird die Entscheidung über die folgenden Verfahren bis zum 31.12.2016 ausgesetzt:

- Kontakt-Laserablation (CLAP)
- Visuelle-Laserablation (VLAP)
- Photoselektive Vaporisation (PVP)
- Resektion der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLRP)
- Transurethrale Mikrowellen-Therapie (TUMT)

Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Anwendung dieser Verfahren im Rahmen von Studien neben den Krankenhäusern auch im vertragsärztlichen Bereich möglich unter Berücksichtigung umfassender Qualitätskriterien hinsichtlich der Voraussetzungen, der Durchführung sowie der langfristigen Auswertung.

Für die Verfahren, bei denen eine medizinische Notwendigkeit nicht ausreichend begründet und kein für die Patienten wesentlicher Nutzen belegt werden konnte, ist künftig eine Anwendung im vertragsärztlichen Bereich des GKV-Systems nicht mehr möglich.

Das betrifft insbesondere folgende Verfahren:

- Holmium-Laserablation (HoLAP)
- interstitielle Laserkoagulation (ILK)
- Holmium-Laser-Blasenhalsinzision (HoBNI)
- Transurethrale radiofrequente Nadelablation (TUNA)
- Hybridlaser-Verfahren (KTP/NdYAG, CLAP/VLAP)
- Fokussierter Ultraschall hoher Intensität (HIFU)
- wasserinduzierte Thermoablation (WIT)
- Transurethrale Ethanolablation (TEAP)

Die Beschlüsse wurden inzwischen vom G-BA veröffentlicht.

Da bisher die neuerdings bekannt gewordenen Verfahren

- Thuliumlaser-Enukleation (TmLEP) und
- Thuliumlaser-Ablation (TmLAP)

noch nicht in das bisherige Bewertungsverfahren einbezogen waren, sind entsprechende Untersuchungen und Beratungen angelaufen und werden ebenfalls zu Beschlüssen führen.

Zum bisherigen Bearbeitungsablauf muss angemerkt werden, dass mit hohem Aufwand und bei strengen Maßstäben über relativ lange Zeit wichtige Beschlüsse erarbeitet wurden. In Anbetracht der schnellen wissenschaftlich-technischen und medizinischen Entwicklung bei der Prostatabehandlung kann man aber den Mangel der langen Bearbeitungsdauer sowie der geringen Aktualität hinsichtlich der neuesten Verfahren nicht vernachlässigen. Bei derartigen Bedingungen wird die derzeitige Verfahrensweise zur Bewertung von Therapien den Erfordernissen nicht gerecht werden können. Obendrein wird die Nutzung tatsächlich vorteilhafter Verfahren hin-

sichtlich der patientenrelevanten Ziele und der Wirtschaftlichkeit gehemmt.

Die Verfahrensordnung des G-BA ist sicherlich sehr gut geeignet für die Bewertung von Verfahren und Therapien, bei denen eine gewisse Konstanz und Stabilität der Merkmale erreicht ist. Es erscheint uns aber erforderlich, ein optionales Bewertungsverfahren zu entwickeln, mit dem wesentlich kurzfristiger solche Verfahren beurteilt werden, die auf Grund des schnellen wissenschaftlich-technischen und medizinischen Fortschritts durch erhebliche Veränderungen gekennzeichnet sind oder solche erwartet werden. Auch hierbei wäre das Ziel weiter zu verfolgen, eine höhere Sicherheit für die Entscheidungsprozesse sowohl bei den Patienten als auch im ärztlichen Bereich zu gewährleisten.

Sport und Prostatakrebs

Acht Männer nach Prostatakrebs auf dem Rad von Köln zum Mittelmeer

Von Freerk Baumann, Philipp Zimmer, Tanja Westhof, Stefanie Krohe, Alexandra Stempin, Matthias Müsgens, Anne Krause, Eva Zopf, Wilhelm Bloch



Am Start vor dem Kölner Dom

Das Institut für Sportmedizin und Kreislaufforschung der Deutschen Sporthochschule Köln führte in Kooperation mit dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) im Jahre 2010 ein besonderes Projekt mit Prostatakrebspatienten in der Nachsorge durch. Nach den Jakobswegwanderungen mit Brustkrebspatientinnen (2008,

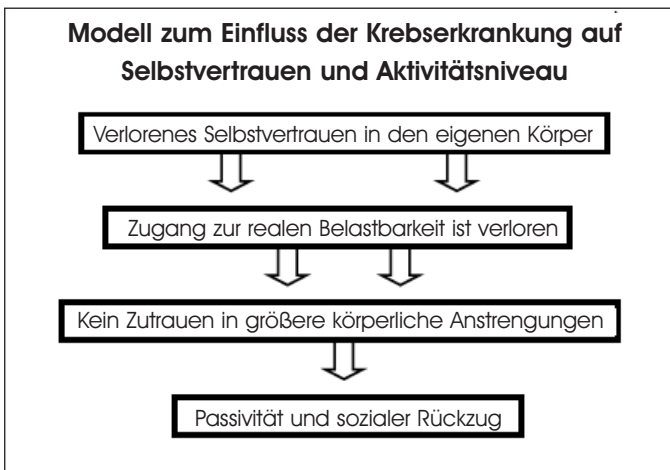
2010) und der Alpenüberquerung (2008) mit Prostatakrebspatienten sollte es nun mit dem Fahrrad über 1.400 km von Köln ans Mittelmeer gehen! In den vergangenen Projekten wurde eine deutliche Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und verschiedener Blutparameter festgestellt! Die Tour wurde im Mai

2010 in Köln gestartet und führte durch Deutschland, Luxemburg und Frankreich bis nach Marseille.

Hintergründe

Nach der Diagnose Krebs wird das Leben für die Betroffenen in ihren Grundfesten erschüttert. Die Patienten fallen oft in ein tiefes Loch aus Angst, Hilflosigkeit, Trauer und Unverständnis. Auch wenn die medizinische Therapie erfolgreich abgeschlossen ist und damit die Krebserkrankung „besiegt“ wurde, bedeutet dies noch nicht, dass diese auch bewältigt wurde. Geprägt von der Angst erneut zu erkranken, fällt es den Betroffenen nicht selten schwer, den Alltag zu bewältigen. Das Vertrauen in

Abbildung 1



den eigenen Körper ist verloren gegangen, der die Patienten schließlich schon einmal „im Stich gelassen“ hat [Stephien und Lerch 2006]. Es besteht die Gefahr, durch Unsicherheit die eigene Leistungsfähigkeit zu unterschätzen und körperlich inaktiv zu bleiben oder zu werden (Abbildung 1). Nicht selten wird in der Praxis beobachtet, dass der früher so gern erlebte Aktivurlaub aus eben diesen Gründen nicht mehr durchgeführt wird. Die abnehmende Aktivität führt wiederum zu einer Verschlechterung des körperlichen Leistungszustands, einer Einschränkung biologisch-zellulärer Aktivitäten (Muskel, Knochen, Immunsystem etc.) und damit einhergehend zu einer Minderung der Lebensqualität. Für die Betroffenen ist es schwer, diesen Teufelskreis zu durchbrechen [Baumann et al. 2008]. Studien zeigen, dass Krebspatienten in der Nachsorge wenig in sich, ihren Körper und ihre Zukunft vertrauen. Im Laufe der Erkrankung wird daher das Verhältnis zum Körper oft als gestört bezeichnet [Stephien und Lerch 2006].

Wissenschaftliche Notwendigkeit dieses Projekts

Viele Studien belegen die positiven psychischen und physiologischen Auswirkungen von körperlicher Aktivität bei Krebserkrankten (Dimeo (1996), Courneya (2000) und Mock (2005)). Die Effekte von Bewegung spiegeln sich in vielen Bereichen der Lebensqualität positiv wider, wie z. B. in der Reduzierung der Nebenwirkungen und Folgen der Behandlung sowie die Steigerung der Leistungsfähigkeit (McNeely et al (2006) und Culos-Reed et al (2006)). Auch die positiven psychischen Veränderungen spielen eine wichtige Rolle. Als eine besonders geeignete Intervention scheint sich das Ausdauertraining anzubieten, welches bereits durch viele Studien wissenschaftlich überprüft wurde. Die verschiedenen Studien von Dimeo et al. (z. B. Dimeo et al. 1996, 1997 und 1998) konnten durch ein tägliches Trainingsprogramm auf dem Laufband bereits nach wenigen Tagen eine Besserung des Allgemeinzustandes nachweisen. Auch das Fatigue-Syndrom kann bei vielen Patienten bereits während der medizinischen Therapie reduziert werden (Windsor et al 2004, Truong et al 2006).

Es existieren viele Hypothesen über die Effekte von körperlicher Belastung in Bezug zum Tumorwachstum, jedoch ergeben sich daraus ebenso widersprüchliche Aussagen. In einer Studie von Kenfield et al. 2011 wurden 2.705 Männer zwischen 1990 und 2008 beobachtet. Es zeigte sich, dass das Risiko an Prostatakrebs zu sterben bei mindestens drei Stunden anstrengender körperlicher Aktivität pro Woche um bis zu 61% gesenkt werden kann (Kenfield et al. 2011). Welche Wechselwirkungen hier vorliegen, ist noch unklar. Des Weiteren kann durch vermehrte körperliche Belastung eine erhöhte Freisetzung von Interleukin-6 angeregt werden, das u. a. für die Regulation der Funktion des Immunsystems verantwortlich ist. Die Tumorzellen könnten durch diese Prozesse in ihrer Entstehung und ihrem Wachstum beeinflusst werden, jedoch ist eine direkte Auswirkung dieser Zytokine auf Tumorzellen noch nicht eindeutig geklärt (Dimeo 2004). Ebenso sind die Auswirkungen von körperlicher Aktivität bezogen auf Veränderungen der Immunfunktion und der Entwicklung bzw. Vermehrung von Tumorzellen nicht ausreichend nachgewiesen. Des Weiteren ist die Beeinflussung der prostataspezifischen Antigen- und Testosteronkonzentration durch eine lange Belastungsdauer mittels Fahrradfahren unklar. Die Studienlage ist widersprüchlich. Der Zusammenhang von Testosteron

und der Krebsentstehung ist ebenfalls noch nicht eindeutig erforscht. Dass Androgene eine Schlüsselrolle spielen ist ersichtlich, der Einfluss von Testosteron aber noch nicht hinreichend belegt (Haese et al. 2007). Auch freie Radikale, wenn oxidativer Stress vorherrscht, stehen im Verdacht Krebs auszulösen. Gerät die Balance aus freien Radikalen und Radikalblockern (antioxidative Kapazität) aus dem Gleichgewicht, dann werden lebenswichtige Abläufe in der Zelle gestört. Durch ihr hohes Aggressionspotential schädigen sie viele Biomoleküle und machen diese sogar funktionsuntüchtig: Proteine, Zucker, Fettsäuren und auch unsere Erbsubstanzen, die DNA. Werden Gene direkt betroffen, verändert sich der Informationsgehalt des Erbgutes. Es entsteht eine Mutation, die vererbt werden kann und durch dessen Folge Krebs ausgelöst werden könnte [Beyersdorff 2002, von Gunter et al.



2008]. Dauerhafte körperliche Aktivität kann möglicherweise den oxidativen Stress reduzieren, und zu einer Balance zwischen freien Radikalen und Radikalblockern führen.

So verfolgten wir mit diesem Pilotprojekt folgendes Zielkonglomerat: Durch die enorme Herausforderung soll das Selbstvertrauen in den eigenen Körper verbessert werden, um damit (auch nachhaltig) das Aktivitätsniveau zu steigern. Dieses kann schließlich zu positiven Veränderungen immunologischer, hormoneller Faktoren (Interleukin 6, freie Radikale etc.) und einer psychischen Stabilisierung führen.

Das Projekt

Für die Pilotstudie wurde eine Fahrradtour über 4 Wochen in 21 Etappen von Köln nach Marseille durchgeführt. Der Start der gemeinsamen Tour erfolgte am 17. Mai 2010 von der Domplatte des Kölner Doms. Die Ankunft in Marseille war für den 9. Juni 2010 geplant und die Rückreise nach Köln sollte nach dreitägiger Erholungsphase am 12. Juni 2010 stattfinden. Die Tour wurde von drei Studentinnen begleitet, wobei jeweils zwei mit

dem Fahrrad in der Gruppe mitfahren und die Dritte das Begleitfahrzeug mit Gepäck, Verpflegung und Service-material steuerte. Die Entfernungen der einzelnen Tagesetappen betragen zwischen 34 und 120 km pro Tag (Ø 67 km) und wurden von den Teilnehmern im Durchschnitt in 4,35 Stunden bei Sonnenschein, Wind und Regen bewältigt.


























An der Studie nahmen acht Prostatakrebspatienten im Alter von 66 bis 70 Jahren, mit einer durchschnittlichen Körpergröße von 180 cm und einem mittleren Körpergewicht von 88 kg, teil. Alle Patienten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie. Die Rekrutierung der Probanden für die Studie erfolgte über den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe. Als Teilnahmevoraussetzung mussten alle Probanden die Diagnose Prostatakrebs aufweisen. Ein sport-

medizinisches Check-up sollte eine Unbedenklichkeit bestätigen. Die Probanden wurden aus diesem Grund einer Eingangsuntersuchung und einer schriftlichen Befragung mittels Fragebögen unterzogen. Die Eingangsuntersuchung beinhaltete eine ausführliche Anamnese (Prostataerkrankung, Begleiterkrankungen, sportlichen Vorerfahrungen etc.) und eine klinische Untersuchung, bestehend aus einem Ruhe- und Belastungs-EKG, sowie einer Spiroergometrie. Zum Abschluss der Untersuchung wurde von jedem Probanden eine Blutprobe entnommen, um den aktuellen PSA-, Testosteron- und Interleukin-6-Wert als grundlegende Studienparameter bestimmen zu können. Ergänzt wurden diese Parameter durch Fragebögen, um die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 und PR25) und die Krankheitsverarbeitung (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) zu messen. Der 1. Messzeitpunkt fand ca. 3 Monate vor der Studie statt, die 2. Messung in der Woche vor der Tour, die 3. Messung in der Woche nach der Tour und die 4. Messung sechs Monate später.

Ergebnisse

In erster Linie konnte eine deutliche Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei allen Probanden festgestellt werden. Den größten „Entwicklungssprung“ gab es in der Vorbereitungsphase zwischen der 1. und 2. Messung. Hier zeigten sich in sämtlichen Ausdauerparametern (Laktat, Atemäquivalent, respiratorischer Quotient, max. Sauerstoffaufnahme) der Ausdauerdiagnostik im Rahmen einer Spiroergometrie auf dem Fahrrad signifikante Verbesserungen. Einen leichten Abfall gab es dann wieder nach sechs Monaten, jedoch konnte die Leistungsfähigkeit nahezu stabil gehalten werden. Im Kontext der Blutanalysen zeigte sich, dass die PSA-Konzentration bei keinem Probanden beeinflusst wurde. Diese Werte zeigten sich demnach durchgehend stabil. Der Immunbotenstoff Interleukin 6 blieb über alle drei Messungen ebenfalls auf einem gleichbleibenden Kon-

zentrationeniveau. Bezüglich der Testosteronkonzentration konnte jedoch eine deutliche Reduktion festgestellt werden, indem es nach 6 Monaten zu einer signifikanten Abnahme kam. Dieser Wert blieb im Normbereich. Im Rahmen der Messung der freien Radikalen, zeigte sich der oxidative Stress nahezu unverändert, während es bei der antioxidativen Kapazität zu einer deutlichen fast signifikanten Steigung kam. Die subjektiven Parameter zeigten in dieser Pilotstudie insgesamt positive Veränderungen, jedoch waren diese nur selten signifikant. So blieb die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität und der Krankheitsbewältigung insgesamt nahezu unverändert. Deutlichere Veränderungen gab es jedoch in der prostatakrebspezifischen Lebensqualität. Hier konnten leichte Verbesserungen beobachtet, und in der behandlungsbezogenen Lebensqualität sogar signifikante positive Entwicklungen festgestellt werden (Tabelle 1).

Tabelle 1:		Zusammenfassende Ergebnisdarstellung im Rahmen der Parameterentwicklung der Radtour von Köln nach Marseille im Jahr 2010			
		 gleich bleibende Entwicklung	 leicht positive Entwicklung	 deutlich positive Entwicklung	 leicht negative Entwicklung
Parameter:	3 Monate vor der Tour bis 1 Woche vor der Tour	Entwicklung während der 5-wöchigen Tour	1 Monat nach der Tour bis 6 Monate nach der Tour		
Körperliche Leistungsfähigkeit					
Freie Radikale (oxidativer Stress)	keine Messung				
Radikalenblocker (antioxidative Kapazität)	keine Messung				
Interleukin 6	keine Messung				
PSA	keine Messung				
Testosteron	keine Messung				
Krankheitsverarbeitung					
Lebensqualität		 	 		

Diskussion

Die hier vorliegende Pilotstudie zeigte in erster Linie die Machbarkeit von langen Fahrradtouren für Prostatakrebspatienten in der Nachsorge auf. Jedem Teilnehmer war es möglich gewesen, mit der entsprechenden Vorbereitung und medizinischen Untersuchung die 1.400-km-Tour zu bewältigen. Größere Probleme in der Umsetzung blieben aus.

Es zeigte sich einmal mehr, wie wichtig die sportmedizinischen Voruntersuchungen waren, denn zwei Teilnehmer wiesen akute Herzerkrankungen auf, die eine sofortige kardiologische Behandlung erforderlich machten. Der Start erfolgte dann mit acht Teilnehmern, denen eine medizinische Unbedenklichkeit ausgestellt werden konnte. Die Ergebnisse zeigten, dass vor allem der Parameter „körperliche Leistungsfähigkeit“ am meisten durch diese Radtour beeinflusst werden konnte, und das bereits vor der Tour. Demnach brachte die Vorbereitung bereits die größten Effekte. Bei den biologischen Parametern zeigte sich wie erwartet, dass es nicht zu einem langfristigen PSA-Anstieg kommt, wie in manchen Untersuchungen befürchtet. Anderen Studien zufolge scheint ein PSA-Anstieg nach lang andauernder Fahrradbelastung bei einem schon im Vorfeld erhöhten PSA-Ausgangswert wahrscheinlich. Vielmehr steht jedoch der kurzfristige Einfluss durch den mechanischen Reiz, der beim Fahrradfahren ausgelöst wird, im Fokus (Kindermann 2011). Diese Aussagen wiederum decken sich mit unseren Ergebnissen. Der Testosteronspiegel blieb im Verlauf der Tour zunächst stabil, und sank danach signifikant ab. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass regelmäßiger, über einen langen Zeitraum, durchgeführter Ausdauersport bei gesunden Sportlern zu einer Senkung des Testosterons führen kann (Diederich 2007). Akute höhere Belastungen führen dagegen zu einem kurzzeitigen Anstieg der Testosteronkonzentration. Diese Fragestellungen sind jedoch mit Krebspatienten so gut wie unerforscht. So konnten wir mit unseren Beobachtungen wahrscheinlich erstmalig eine Senkung des Testosterons bei Prostatakrebspatienten über



einen längerfristigen Zeitraum dokumentieren. Die Effekte körperlicher Beanspruchung sind unter anderem abhängig von der Dauer und der Intensität der Belastung, welche beispielsweise einen erhöhten Zytokinspiegel und eine gesteigerte Aktivität zellulärer Funktionen als Resultat aufweisen (Nieman 1997). Möglicherweise müssen zukünftig andere Belastungen gewählt werden, um Einflüsse auf das Interleukin 6 beobachten zu können. Von zentraler Bedeutung ist auch die Interpretation der oxidativen Parameter. Es ist auffällig, dass die Werte sowohl für den oxidativen Stress, als auch für die antioxidative Kapazität im Durchschnitt in einem sehr guten Bereich liegen. Es ist nachgewiesen, dass hohe körperliche Beanspruchung zunächst zu einem Anstieg an freien Radikalen führt, diese dann bei Fortsetzung der Trainingsinterventionen jedoch absinken. Die Werte der antioxidativen Kapazität in unserer Studie liegen zu jedem Messzeitpunkt im Normbereich und werden in den Messungen nach der Intervention noch gesteigert, sodass diese sogar in einen „guten“ Bereich aufgewertet werden können. Es ist möglich, dass durch die hohe antioxidative Kapazität eine Reduktion der freien Radikalen stattfinden konnte (Niess et al. 2002).

In der Entwicklung der subjektiven Parameter wie Krankheitsbewältigung und Lebensqualität konnten kaum Veränderungen nachgewiesen werden, da die Patienten bereits mit einer guten Befindlichkeit und psycho-physischen Stabilität in das Projekt gestartet sind. Die Eingangswerte entsprachen denen von gesunden, nicht betroffenen Menschen. Es führen demnach Probanden mit, die im Schnitt vor dem Projektstart bereits ein erhöhtes alltägliches Aktivitätsniveau hatten. Studien zeigen deutlich einen positiven Einfluss körperlicher Aktivität auf die Lebensqualität (Thorsen et al. 2008).

Durch die fehlende Randomisierung und Kontrollgruppe sind die Aussagen dieser Pilotstudie eingeschränkt. Darüber hinaus führen Probanden mit, die vor dem Projektstart bereits ein hohes alltägliches Aktivitätsniveau nachwiesen. Insgesamt können die Ergebnisse daher so

zentraler Bedeutung ist auch die Interpretation der oxidativen Parameter. Es ist auffällig, dass die Werte sowohl für den oxidativen Stress, als auch für die antioxidative Kapazität im Durchschnitt in einem sehr guten Bereich liegen. Es ist nachgewiesen, dass hohe körperliche Beanspruchung zunächst zu einem Anstieg an freien Radikalen führt, diese dann bei Fortsetzung der Trainingsinterventionen jedoch absinken. Die Werte der antioxidativen Kapazität in unserer Studie liegen zu jedem Messzeitpunkt im Normbereich und werden in den Messungen nach der Intervention noch gesteigert, sodass diese sogar in einen „guten“ Bereich aufgewertet werden können. Es ist möglich, dass durch die hohe antioxidative Kapazität eine Reduktion der freien Radikalen stattfinden konnte (Niess et al. 2002).

interpretiert werden, dass dieser bereits hohe vorhandene Aktivitätsstatus im Alltag, auch Einfluss auf Lebensqualität und physiologische Effekte hatte. Daher sind deutlichere Effekte kaum zu erwarten gewesen. Dennoch wurden interessante Beobachtungen gemacht, die für Praxis, Therapie und Versorgung von hohem Interesse sein müssen. In der rehabilitativ-therapeutischen Praxis mit Krebspatienten könnten lange Radtouren für einen ausgewählten Personenkreis einen hohen Stellenwert einnehmen. Zusammenfassend konnten durch dieses Pilotprojekt wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse in vielen verschiedenen Bereichen (Leistungsfähigkeit, biologische Parameter, Psyche, etc.) gesammelt werden, auch wenn die Aussagen limitiert sind. Aufbauend auf diesem Wissen müssen zeitnah weitere Studien folgen,

um letztendlich die onkologische Rehabilitation und Nachsorge für Prostatakrebspatienten weiter zu optimieren.

Wir bedanken uns bei dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. für die finanzielle und tatkräftige Unterstützung dieses Pilotprojektes.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Deutsche Sporthochschule Köln
 Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
 Am Sportpark Müngersdorf 6
 50933 Köln
 E-Mail: f.baumann@dshs-koeln.de

Spazierengehen gegen Prostatakrebs



Red. (rrd): Männer, die tägliche Spaziergänge unternehmen, haben eine größere Chance, die Ausbreitung von Prostatakrebs zu verzögern oder zum Stillstand zu bringen – aber langsames Schlendern bringt nichts.

Nach einer amerikanischen Studie kann die Ausbreitung von Prostatakrebs durch stramme Spaziergänge gebremst werden.

„Es sieht so aus, als ob Männer, die nach der Diagnose stramme Touren unternehmen, die weitere Entwicklung des Krebses verzögern oder sogar ganz verhindern können“, sagt Erin Richman, Leiterin der an der University of California, San Francisco, durchgeführten Untersuchung in einer Pressemeldung der American Association for Cancer Research.

Richmans Team beobachtete 1.455 Männer bei denen ein auf die Prostata begrenzter Krebs festgestellt worden war. Die Versuchspersonen berichteten 27 Monate nach der Diagnose über ihre physischen Aktivitäten – bevor ein Rezidiv aufgetreten oder eine Folgebehandlung eingeleitet worden war.

Die Forscher registrierten 117 krebsbezogene Ereignisse, einschließlich gestiegener PSA-Werte, die eine Krebsaktivität anzeigen, eine Nachbehandlung oder Tod infolge von Prostatakrebs.

Die Ergebnisse zeigten, dass Patienten, die mindestens drei Stunden in der Woche stramme Spaziergänge unternahmen, eine um 57% verzögerte Krankheitsentwicklung aufwiesen als Männer, die weniger als drei Stunden in der Woche und langsam gingen. „Der durch Laufen erzielte Gesundheitsgewinn hing davon ab, wie schnell die Männer gingen. Ein Laufen in langsamem Tempo scheint keinen Gewinn zu bringen“, erläuterte Richman.

Vermindertes Sterberisiko

Dasselbe Forscherteam veröffentlichte im Januar die Ergebnisse einer ähnlichen Untersuchung, in der festgestellt worden war, dass energische physische Aktivität im Anschluss an eine Prostatakrebsdiagnose mit einem verminderten Sterberisiko verbunden ist.

In dieser Studie wurden 2.705 Männer über einen Zeitraum von 18 Jahren beobachtet. Die Teilnehmer notierten, wie viel Zeit sie wöchentlich für physische Aktivitäten wie Laufen, Jogging, Schwimmen und andere Bewegungsarten aufwendeten.

Männer, die wöchentlich stramm eineinhalb Stunden oder mehr liefen, hatten ein um 46% niedrigeres Risiko, an Krebs zu sterben, als diejenigen, die in gemächlicherem Tempo eine kürzere Zeit gingen.

Und am besten war energische Aktivität – die Aktivsten hatten ein um 61% niedrigeres Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, als die, die weniger als eine Stunde pro Woche energische Bewegung betrieben.

Regelmäßige Bewegung stärkt die Immunantwort, die dadurch besser in der Lage ist, die Ausbreitung von Krebszellen zum Stillstand zu bringen. Krebspatienten, die sonst in guter körperlicher Verfassung sind, sind auch besser gerüstet, die Belastung einer Operation oder die Nebenwirkungen einer Therapie zu verkraften.

Referenz:

- o S. A. Kenfield et.al., Physical Activity and Survival After Prostate Cancer Diagnosis in the Health Professionals Follow-Up Study, Journal of Clinical Oncology, Januar 2011 (Zusammenfassung).
- o Nach: Gåtur mot prostatakreft, forskning.no

Kann Sport bei rezidivierendem Prostatakarzinom nützlich sein?

Ein Erfahrungsbericht von Dr. Ing. Wolfgang Thiele

Mit diesem Erfahrungsbericht möchte ich alle Leidensgefährten, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, ermutigen, sich mehr dem Ausdauersport zu widmen, um auf diesem Weg den Anstieg des PSA nach einem Rezidiv zu verzögern.

Nach einer radikalen Prostatektomie im Januar 2003 (Gleason 3+3, T 2c und L1), kündigte sich bei mir im Oktober 2005 ein Rezidiv an – der PSA-Wert wurde messbar. Meine durch die Operation erlittene, sehr starke Inkontinenz konnte durch eine sehr lange Fahrradtour mit der Internationalen Touristischen Friedensfahrt (ITF) von Berlin nach Athen (3.200 km innerhalb von 18 Tagen) beseitigt werden. Da ich im Winterhalbjahr kaum Fahrrad fahre, steigt in jedem Frühjahr die Inkontinenz wieder leicht an. Mit jährlich mindestens zwei längeren Fahrradtouren (insgesamt ca. 6.000 km) kann ich dieses Problem jedoch immer wieder beheben.

Ich habe meinen seit 2005 ständig ansteigenden PSA-Wert vor und nach jeder großen Ausdauersportleistung ermitteln lassen. Neben den jährlichen Fahrradtouren nehme ich seit 10 Jahren stets Anfang März an dem internationalen Skimarathon Rajalla Rajalle Hiihto (700 km in 11 Tagen) in Finnland teil. Die jährlich im Zeitraum von März bis August durchgeführten Fahrradtouren führten mich jeweils von Berlin nach Rom (7 Mal), nach Moskau, Sankt Petersburg, Istanbul, Kiew, Charkow, Jalta, Barcelona, Stockholm, Nizza, England und Norwegen. Nach all diesen Aktivitäten

hat sich mein PSA-Wert stets verbessert bzw. hat im ungünstigsten Fall stagniert. Alle Werte wurden im gleichen Labor (Labor 28, Berlin) mit dem gleichen Laborkit gemessen.

Seit ca. zwei Jahren lasse ich auch das Dihydrotestosteron (DHT) ermitteln. Der DHT-Wert ist nach jeder der oben aufgeführten Aktivitäten stark gesunken.

Äußerst aufwändig und akribisch habe ich diese vielen Messdaten im Zusammenhang mit den Ausdauersportereignissen erfasst und sowohl in tabellarischer Form als auch in Messkurven dargestellt, die jedoch aus Platzgründen hier nicht mit veröffentlicht werden können.

Leider lässt die relative sportliche Inaktivität im Zeitraum zwischen September bis Februar meinen PSA-Wert immer weiter ansteigen – in diesem Jahr stand ich im Februar mit einem Wert von 0,43 ng/ml vor der Bestrahlung. Mit Erlaubnis der behandelnden Ärzte konnte ich noch an dem Anfang März in Finnland stattfindenden Skimarathon teilnehmen, was zu einer Senkung des Wertes auf 0,31 ng/ml führte! Dieser Wert wurde in einer nach vier Wochen durchgeführten Kontrollmessung bestätigt.

In wenigen Tagen starte ich zu einer Fahrradtour nach Barcelona, und ich hoffe, dass dadurch der Wert weiterhin wenigstens stabil gehalten wird.

Ich kann allen Betroffenen nur raten, die Bedeutung des Sports als Faktor für eine mögliche Beeinflussung der Entwicklung eines Rezidivs zu erkennen und sich diese Tatsache zunutze zu machen.



stehend v. l.: Roland Teichert, Manfred Olbrich, Walter Kämpfer, Paul Enders, Günter Feick, Hanns-Jörg Flebrandt
sitzend v. l.: Ernst-Günther Carl, Bernd Knye-Neczias, Jens-Peter Zacharias, Jens Bretz, Norbert Kehl

Red. (mk): Die 11. Ordentliche Mitgliederversammlung hat am 15. Juni 2011 gewählt und die Mitglieder des Vorstandes aus der abgelaufenen Amtsperiode mehrheitlich im Amt bestätigt. Neu besetzt werden musste das Amt des Schriftführers sowie ein weiterer Vorstandssitz. Ralf-Rainer Damm und Gerhard Zieseniss haben nicht mehr kandidiert. Der BPS dankt ihnen für ihre Unterstützung der Patienten und für ihre Arbeit im Verband.

Neu in den Vorstand gewählt wurden:

Walter Kämpfer (Stellvertretender Vorsitzender)

Jahrgang 1944. Bis zum Eintritt in den Ruhestand als AOK

Betriebswirt an verantwortlicher Stelle im Bereich EDV und zuletzt Marketing bei der AOK Regionaldirektion Hochsauerland und Lippstadt-Soest. Nebenberuflich als Dozent am Bildungszentrum der AOK Westfalen-Lippe in Dortmund. Walter Kämpfer ist Leiter der Selbsthilfegruppe Hochsauerland.

Manfred Olbrich (Vorstandsmitglied)

Jahrgang 1949. Vertriebsleiter im Ruhestand. 2008 Einstieg in die Selbsthilfe als Leiter der SHG Südpfalz Herxheim. Mitglied der BPS-Beratungshotline „Patienten beraten Patienten“. Leiter des Arbeitskreises „Prostatakrebs und Psyche“.

Die Umsetzung der folgenden 10 Ziele des BPS sind vorrangige Aufgaben der Vorstandsmitglieder

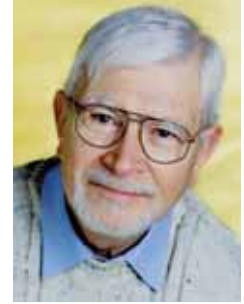
1. Ein medizinisches Kompetenznetz für Schwerstbetroffene
2. Eine Behandlungsleitlinie auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnis
3. Ein BPS mit Selbsthilfegruppen in allen Regionen Deutschlands
4. Ein koordiniertes, nationales Forschungsprogramm im europäischen Kontext
5. Eine größere Beteiligung an der Prostatakrebs Früherkennung
6. Einen jährlichen Männergesundheitsbericht der Bundesregierung
7. Qualitätsindikatoren für die Behandlung des Prostatakrebses
8. Eine flächendeckende Versorgung mit zertifizierten Prostata(karzinom)zentren
9. Ein jährliches Prostatamanagementgespräch mit Medizinern, Krankenkassen, dem Ministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Bildung und Forschung
10. Bessere Versorgung durch Mitwirkung in den Gremien des Gesundheitswesens

Ehrungen für langjährige Leitung einer Selbsthilfegruppe und Verdienste für den BPS

Red. (mk): Bei der diesjährigen Mitgliederversammlung konnten zahlreiche Selbsthilfegruppenleiter mit den Verbandsnadeln in Bronze und Silber geehrt werden und die Auszeichnung persönlich in Empfang nehmen.



Erwin Riebe leitet seit 12 Jahren die SHG Diepholz und wurde dafür mit der **Verbandsnadel in Gold** ausgezeichnet.



Für seine langjährige Vorstandsarbeit wurde Ralf-Rainer Damm mit der **Ehrennadel in Silber** ausgezeichnet



Die Verbandsnadel in Silber (acht Jahre) erhielten

Gisela Jung, SHG krebskranker Männer Finsterwalde
Peter Robertz, SHG Prostatakrebs Bottwartal
Joachim Schütt, SHG Prostatakrebs Augsburg der Bayerischen Krebsgesellschaft
Dr. Klaus Hillekamp, SHG Passau Prostatakrebs
Ludwig Pabst, Treffpunkt Prostatakrebs Bremen
Udo Ehrmann, Bremer Prostatakrebs Selbsthilfe für Lebensqualität
Joachim Eichinger, Prostatakrebs SHG Überwald
Günter Feick, Prostatakrebs SHG Gießen
Dieter Ringe, Prostatakrebs SHG Salzgitter
Karl Schoolmann, Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Aurich e.V.
Reinhard Schalla, SHG Prostatakrebs Braunschweig
Peter Otto, SHG- Prostatakrebs Rotenburg e.V.
Reinhold Linneweber, Prostatakrebs SHG Hameln
Ottomar Wilde, Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Hamm
Karl Dahm, Prostata Selbsthilfe Gelsenkirchen-Buer e.V.
Helmut Hönig, Prostatakrebs Selbsthilfe Mönchengladbach
Günter Pelkmann, Prostatakrebs SHG Gütersloh
Norbert Kehl, Prostatakrebs SHG Sulzbach Saar
Tankred Schmidt, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Hoyerswerda
Horst Pauly, Prostatakrebs SHG Nordharz/Halberstadt
Roland Teichert, Prostatakrebs SHG Schönebeck



Die Verbandsnadel in Bronze (vier Jahre) erhielten
Peter Jost, SHG Prostatakrebs Senftenberg
Wolfgang Huber, Prostatakrebs SHG Nürtingen
Gerd Studer, SHG PK Stuttgart e.V.
Josef Dietz, SHG Prostatakrebs Bretten e.V.
Volkmar Dondorf, SHG Prostatakrebs Ellwangen/Jagst
Bernhard Reitberger, SHG-Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg
Ulrich Schwenkbier, Prostatakrebs SHG Bamberg
Josef Blaim, SHG für fortgeschrittenen Prostatakrebs München
Gerhard Hackbarth, PSR Prostatakrebs SHG Rüsselsheim u. Umgebung
Georg Rother, Prostatakrebs SHG Weyhe
Dieter Herzberg, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Soltau-Fallingbostel
Wolfgang Fink, SHG Prostatakrebs Hannoversch-Münden
Holger Schmidt, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Dortmund
Hans Rethfeld, Prostatakrebs-Selbsthilfe Münster e.V.
Walter Kämpfer, SHG Prostatakrebs Hochsauerland
Ingo Jobst, SHG Prostatakrebs Elmshorn
Bodo Stübbe, SHG Prostatakrebs Neumünster und Umgebung
Bernhard Engelhaupt, SHG Prostatakrebs Schmalkalden-Meinigen



Foto: Wolfgang Fink, Dieter Ringe, Werner Deppe

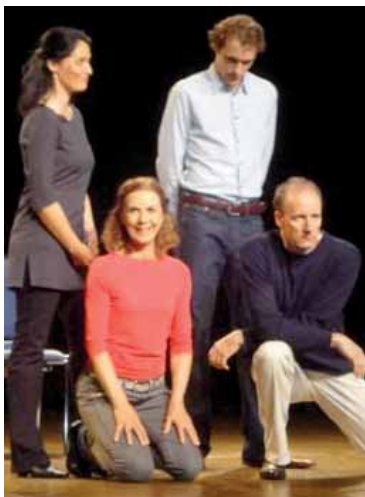
Selbsthilfegruppenleiter, die aus Krankheitsgründen ihre Auszeichnung nicht selbst in Empfang nehmen konnten, erhalten Urkunde und Verbandsnadel mit der Post oder durch die Landesverbands-Vorsitzenden. Auch Dieter Ringe konnte bereits Urkunde und Verbandsnadel in Silber durch Wolfgang Fink, Vorsitzender der Koordinierungsgruppe Süd-Niedersachsen, entgegen nehmen.



Symposium der Frauen – BPS Jahrestagung 2011

Eine Nachlese, die Appetit machen soll auf mehr

Von Ursula Reitberger
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg



Theater „Knotenpunkt“

„Eine rundum gelungene Veranstaltung“, so das Fazit der über 100 Frauen, die am Symposium in Würzburg teilnahmen. Zum zweiten Mal in Folge hatten die Frauen der Selbsthilfegruppenleiter ein eigenes Programm, diesmal mit dem Titel „Kommunizieren – Mut machen“.

Auftakt der Tagung war die Aufführung des Stückes „Alles Liebe“ durch das in Zürich beheimatete Forumtheater *Knotenpunkt*. Für Konzept und Aufführung dieses Stückes wurde *Knotenpunkt* von der Krebsliga Schweiz ausgezeichnet. „Alles Liebe“ befasst sich mit dem vollständig veränderten Leben nach der Diagnose Krebs, mit Hoffnung und Resignation, mit Schmerzen und Erschöpfung, mit Attraktivität und körperlichem Verfall, mit dem Lebenswillen und – wenn die Krankheit nicht mehr heilbar ist – mit der Endlichkeit des Lebens. Die Darstellung der Angst, der

immensen Sprachlosigkeit und schließlich auch der Ratlosigkeit und des Rückzugs nahestehender Personen gehören ebenfalls zur Aufführung. Das Publikum war eingeladen, sich seiner eigenen Einstellungen, Sorgen, Wünsche und Hoffnungen bewusst zu werden und im zweiten Teil interaktiv mitzuwirken. Die Diskussionen zeigten deutlich, dass es der Theatergruppe gelungen war, Denkprozesse in Gang zu setzen, zu provozieren und neue Perspektiven zu zeigen. Am folgenden Tag war das Thema noch aktuell und es wurde im Symposium der Frauen diskutiert. Danach galt die Aufmerksamkeit Frau Marianne Schmitt, Dipl. Sozialpädagogin und Psychoonkologin der Psychosozialen Krebsberatungsstelle in Würzburg.¹⁾ Sie berichtete aus ihrer Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen und zeigte Strategien, die eigenen Ressourcen zu finden und zu nutzen. Mit ihrem Vortrag „Krebs – Eine Herausforderung für Liebe und Partnerschaft“ ging sie auf die Herausforderungen ein, denen sich die Angehörigen zu stellen haben. Als Ziel der Beratung und Unterstützung durch die Krebsberatungsstellen nannte sie die Erhaltung und Förderung der psychisch-physiologisch-sozialen Lebensqualität. Angehörige von Krebspatienten sind oft gravierend betroffen in folgenden Bereichen:

- Beeinträchtigungen durch Schlafmangel, Mehrfachbelastung, Pflege
- Psyche: Störungen durch emotionale Belastung wie Befürchtungen und Ängste
- Veränderungen beim Kontakt und in der Kommunikation mit Partnern und Freunden
- Neugewichtung der Rollen in Beruf und Freizeit, ggf. finanzielle Schwierigkeiten



vl.: Ursula Reitberger, Marianne Schmitt

Frau Schmidt ermutigte dazu, Herausforderungen gemeinsam und offen anzunehmen und sich ggf. Unterstützung zu holen durch professionelle Hilfe oder z.B. durch Freunde/Verwandte. Für die Verbesserung der Kommunikation in Liebe und Partnerschaft gab sie praktische Tipps wie z. B.:

- von den eigenen Bedürfnissen und Wünschen sprechen („Ich-Botschaften“)
- Fragen offen stellen wie z. B.: Wie kann ich dir helfen? Was brauchst du?
Welche Freunde können uns unterstützen?
- Fragen vermeiden, die mit warum, wieso, weshalb beginnen

- unterschiedliche Interessen akzeptieren und Wünsche verhandeln
- Zärtlichkeiten und Berührungen pflegen
- wohltuende Rituale erfinden

Frau Schmitt beendete ihr Anstoßreferat mit der Anleitung zur Ausgestaltung eines inneren, imaginären Rückzugsorts, an den man sich in schwierigen Situationen zurückversetzen kann.

In der anschließenden Gruppenarbeit wurden konkret persönliche und praktische Erfahrungen ausgetauscht. Dass dieser Austausch für viele Teilnehmerinnen „überraschend angeregt“ verlief, bestätigte, dass die Frauen selbst Expertinnen in eigener Sache sind. Nach dem Zufallsprinzip gebildete Gruppen arbeiteten engagiert und effektiv anhand eines Fragenkatalogs. Die offene und sehr freundliche Atmosphäre war der Diskussion und den in der Abschlussrunde im Plenum präsentierten Ergebnissen förderlich. Letztere wurden anschließend im Foyer auf Plakattflächen vorgestellt. Die vielen Betrachter und klickenden Kameras können verstanden werden als Ausdruck eines großen Interesses an den vermittelten Impulsen, die über den Tag hinaus im Alltag der Paare und auch in den Selbsthilfegruppen weiter wirken werden. Etliche Frauen äußerten ihre Absicht, die Erfahrungen des Symposiums in die Gruppen zu tragen.²⁾

Die Teilnehmerinnen lobten Vieles, kritisierten Weniges und wünschten auch für kommende BPS Veranstaltungen „die Teilnahme der Frauen und wie in diesem Jahr wieder in Gruppen zu arbeiten, aber dann zusammen mit Männern in gemischten Gruppen“.

1) Träger ist die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. Die Beratungen sind vertraulich und kostenlos.

2) Rückmeldungen gerne an den BPS oder an Ursula Reitberger, E-Mail: u.reitberger@gmx.de



Frühjahrstreffen des Landesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg

Von Karl Heinz Bauer
Vorsitzender des Landesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg

An der Fortbildungsveranstaltung vom 1. - 3. April 2011 nahmen SHG-Leiter und deren Stellvertreter der Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg teil. Als Gast durften wir auch den BPS-Vorsitzenden Günter Feick begrüßen.

Die Mitglieder erwartete ein breit gefächertes Programm. Herr Jürgen Matzat, Leiter der KISS Gießen, referierte über das Thema „Selbsthilfe im Wandel“. Professor Dr. Dettlef Frohneberg vom Klinikum Karlsruhe gab eine Übersicht über die aktuellen und in naher Zukunft möglichen Therapien beim metastasierten hormonrefraktären Prostatakrebs. Die Direktorin der Klinik für Strahlentherapie Karlsruhe, Professor Dr. Marie-Luise Sautter-Bihl informierte über die aktuellen Möglichkeiten der Strahlentherapie zur Behandlung von Prostatakrebs. Dr. med. Thomas Kreuzig aus Freiburg bewertete mit seinem Referat



„Was sagt uns der PSA-Wert“ die vielschichtige Aussagekraft des PSA bei der Prostatakrebs Diagnose. Besonderes Interesse fand der Vortrag von Professor Dr. Lothar Weißbach mit dem Thema „Von der Früherkennung zur Aktiven Überwachung“. Der Vorstand hat im Rahmen der Veranstaltung Professor Weißbach für seinen unermüdlichen Einsatz gegen Übertherapie und der Unterstützung der Arbeit von Selbsthilfegruppen einen Ehren-BAMBI verliehen.

Da die wenigsten wussten, die BAMBI-Verleihung wurde in Karlsruhe geboren und hat von 1949 bis 1968 auch hier stattgefunden, war uns dies ein besonderes Vergnügen und sehr zur Freude von Professor Weißbach. Das Original BAMBI stammt aus der Majolika Manufaktur in Karlsruhe.

VdK Gesundheits- und Reha-Ausstellung

Von Peter Robertz
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bottwartal

Alljährlich führt der VdK Baden-Württemberg in Heilbronn eine Landesschulung für Behindertenvertreter und Betriebsräte von Firmen und Behörden und Ämtern durch. Dazu kommen aus ganz Baden-Württemberg ca. 400 Personen zu Vorträgen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement zusammen. Diese Personen haben Zeit, sich auf der begleitenden Gesundheits- und Reha-Ausstellung ausführlich zu Informieren u. a. auch über das Krankheitsbild Prostatakrebs und die Arbeit der Prostatakrebs-Selbsthilfe.

In diesem Jahr haben wir erstmals den BPS-Landesverband vertreten. Die Betreuung des Standes haben die SHG Prostatakrebs Bottwartal und die SHG Prostatakrebs Heilbronn übernommen.

Wir konnten viele interessante Gespräche führen und an die Betriebsräte und Behindertenvertreter nützliche Informationen zum Krankheitsbild und zur Selbsthilfe weitergeben.

Für die Allgemeinheit war die Gesundheits- und Reha-Ausstellung ebenfalls geöffnet.

Bayerische Selbsthilfegruppenleiter treffen sich in Bad Elster

Von Wolfgang Schüppler
Prostatakarzinom Selbsthilfegruppe Coburg

Auf Einladung der Vogtlandklinik in Bad Elster trafen sich die bayerischen Selbsthilfegruppenleiter vom 1. - 3. April 2011 in Bad Elster (Sachsen). In Verbindung mit dem jährlich stattfindenden Männergesundheitstag der Klinik wurde in Zusammenarbeit mit Frau Evelin Penteker vom Sozialdienst des Hauses ein Rahmenprogramm aufgestellt.

Zu Beginn gab Professor Dr. Dirk-Henrik Zermann einen Überblick über die Leistungen der Vogtlandklinik, die sich auf die urologische Rehabilitation spezialisiert hat und sehr viel Wert auf die ganzheitliche Behandlung der Patienten legt. Im anschließenden Klinikrundgang wurde unter fachkundiger Führung von Frau Penteker ein umfassender Einblick in die vielfältigen Einrichtungen der Klinik gegeben.

Am nächsten Tag fanden sich die SHG-Leiter Bayerns und viele Teilnehmer aus anderen Bundesländern zum offiziellen Programm des Männergesundheitstages ein. Die Themen „Vorsorge in der Medizin heute in Verbindung mit Früherkennung“, Physikalische Therapiemöglichkei-



ten, die ganzheitlichen Behandlungsmethoden in der Klinik, Ernährungsmedizin und die Psychoonkologie wurden durch ein Mitarbeiterteam und von Professor Zermann selbst vorgetragen und erörtert.

Nach der Einladung zum Vitalbuffet wurde mit Frau Dr. Johne eine Quellenwanderung zu den fünf Heilquellen des Ortes abgewickelt.

Am Nachmittag konnte in den Räumen der Klinik unsere interne Arbeitstagung stattfinden. Hierzu hat unser Kollege Bernd Reitberger freundlicherweise ein Protokoll geschrieben, das allen bayerischen SHG-Leitern zur Verfügung gestellt wurde.

Es war nun bereits das vierte Treffen der Bayern vom „Frankenland bis Oberbayern“ und alle Beteiligten waren sich einig, für die Selbsthilfegruppe und letztlich auch für sich wichtige Informationen bekommen zu haben. Auch im nächsten Jahr soll wieder ein derartiges Treffen an einem anderen Ort durchgeführt werden.

REHA-Sport in der Selbsthilfegruppe

Die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Soltau-Fallingb. hat 2009 die Sparte REHA-Sport gegründet und führt ganzjährig Beckenbodengymnastik durch. Diese Sparte wurde vom Deutschen Behindertensport zertifiziert. Für die Aktivitäten im gesamten Landkreis wurde die Selbsthilfegruppe vom Olympischen Sportbund und den Volks- und Raiffeisenbanken für das beispielhafte gesellschaftliche Engagement in 2010 mit dem Silbernen Stern des Sports geehrt. Durch diese Maßnahme wurde eine Vielzahl von Mitgliedern gewonnen.

Wer Interesse hat, kann den Zertifizierungsablauf und die Voraussetzungen auf der Homepage der SHG Landkreis Soltau-Fallingb. oder der Homepage des Reg-Verb NordWest e.V. herunterladen:

www.prostatakrebs-sfa.de,

Menüpunkt: Rehabilitation oder

www.shg-rv-nordwest.de,

Menüpunkt: SHG LK SFA-Download-

Kontakt: Helmut A. Kurtz, Tel.: 05191 12076

E-Mail-Adresse: vorstand@prostatakrebs-sfa.de

TIPP

Fragen Sie Ihren SHG-Leiter, welche Angebote vor Ort bestehen. Oder nehmen Sie Kontakt zum örtlichen Sportverein auf. Ihre Krankenkasse hilft Ihnen ebenfalls gerne weiter und vermittelt Ihnen die Teilnahme an einem Kurs.



Von Oskar Hutzler, SHG Prostatakrebs-Betroffene Erlangen
Hans-Ulrich Schwenkbier, SHG Prostatakrebs Bamberg

Weit über 200 Besucher aus der gesamten Metropolregion Nürnberg kamen zum 1. Erlanger Prostataforum am 9. April in das Hörsaal-Zentrum der Universität.

Professor Dr. Bernd Wullich hatte mit dem Team der Urologischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen den Patiententag thematisch vorbereitet. In die Gestaltung der Tagung waren auch die Leiter der Selbsthilfegruppen



Erlangen, Fürth und Bamberg einbezogen worden. Der Erlanger Gruppenleiter, Oskar Hutzler, stellte die Arbeit der SHG Erlangen vor. Josef Blaim (SHG Rezidiv, München) beantwortete im Dialog mit Hannelore Sinzinger (Psychosomatische Abteilung des Uniklinikums) die Frage „Wie geht Man(n) mit der Diagnose Prostatakrebs um?“, indem er seine eigenen Erfahrungen überzeugend einbrachte. Professor Wullich, der zur Früherkennung des Prostatakarzinoms sprach, moderierte die halbtägige Veranstaltung. Zahlreiche Patienten und Angehörige nahmen die Gelegenheit wahr, an die Experten (u. a. Professor Mackensen, Hämatologie/internistische Onkologie) Fragen zu ihrer Erkrankung zu stellen.

Im Foyer gab es so genannte „BeFUNDBÜROS“, besetzt mit niedergelassenen Urologen, wo mitgebrachte Befunde erörtert werden konnten. Am „Demonstrationsmikroskop“ saß der Chef des Pathologischen Institutes, Professor Hartmann. Interessierte warfen mit ihm einen Blick auf die Gewebeveränderungen beim Prostatakrebs .

Darüber hinaus konnten sich die Besucher an Infoständen, u. a. des Tumorzentrums Erlangen-Nürnberg und des UCC (University Cancer Center Erlangen) ausführlich beraten lassen.



Selbsthilfe macht selbstbewusst

Grußworte zum 10-jährigen Bestehen der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar

Von Birgit Wohland-Braun
Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

Lange hat es gebraucht, bis auch die Männer erkannt haben, wie sinnvoll und wichtig es ist, aus dem Schneckenhaus der eigenen Erkrankung herauszukommen, sich der Familie und Angehörigen mit Ihren Ängsten, Sorgen und Nöten zu öffnen, Gleichbetroffene und Gleichgesinnte zu suchen, sich besser zu informieren und in die Selbsthilfegruppenarbeit einzusteigen. Lange hat es gedauert, aber dann!

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar war eine der ersten dieser neuen Männergruppen, die sich in den letzten 10 Jahren gegründet haben, und in Baden-Württemberg die erste im BPS. Es waren 10 Jahre geprägt durch eine ungeheuerere Dynamik.

„Selbsthilfe macht selbstbewusst“ war der Titel der Bewerbung Ihrer Selbsthilfegruppe für den Förderpreis Selbsthilfe nach Krebs 2002 des Krebsverbandes. Ein Titel, der zu Ihrem Motto geworden ist. Was die Jury damals überzeugt hat, Ihnen den Preis zu verleihen, und nach wie vor Gültigkeit hat, war, in welcher Geschwindigkeit und welchem Umfang es Ihrer Gruppe gelungen ist, bestehende Selbsthilfeforen aufzugreifen und mit einem zielgruppenorientierten neuen und erweiterten Angebot innovative Ansätze zu entwickeln.

Wesentliche Triebfedern dieses Erfolgs waren und sind zum Teil nach wie vor Hansjörg Burger, Paul Enders, Julius Gabriel und Gerd Unterstenhöfer. Wichtigstes Merkmal dieses Erfolges und der Konstanz Ihrer Arbeit war und ist die Kollegialität im Leitungsteam dieser Gruppe. Ihnen gilt unsere besondere Anerkennung und Dank.

Wichtige und innovative Schritte, die Sie in den letzten Jahren als erste gegangen sind oder die Sie wesentlich

mitgeprägt haben, waren der Aufbau der bundesweiten Beratungshotline, die Initiierung des bundesweiten Studienregisters zum Prostatakrebs und Ihre Beteiligung als Patienten- und Interessenvertreter in zahlreichen gesundheitspolitisch relevanten Gremien.

Dabei kam die Gruppenarbeit und Hinwendung zum Einzelnen nie zu kurz. Die aktuelle Zahl von annähernd 400 Mitgliedern spricht für sich. Immer noch stehen der Erfahrungsaustausch und die seriöse Informationsvermittlung im Vordergrund Ihrer Arbeit. Und das ist auch gut so, denn das ist es, was die Menschen vor allem bei Ihnen suchen, dass sie „durch lernen von anderen sich selbst helfen können“, wie Sie es in Ihrer allerersten Zielformulierung an uns so treffend beschrieben haben.

Albert Schweitzer hat es einmal so ausgedrückt: „Wer sich vornimmt, Gutes zu wirken, darf nicht erwarten, dass die Menschen ihm deswegen Steine aus dem Weg räumen.“ 10 Jahre selbstloser Einsatz für krebserkrankte Menschen und deren Angehörige bedeuten mehr, als Außenstehende auch nur erahnen können. Schwer geprüften Betroffenen Mut und Hoffnung zu machen, Angehörige zu trösten erfordert unendlich viel Kraft und Durchhaltevermögen. Ich glaube, dass diese Kraft nur Menschen aufbringen können, die als Betroffene gelernt haben Rückschläge hinzunehmen, Niederlagen wegzustecken und in der Lage sind, Mut und Hoffnung aus noch so kleinen positiven und schönen Anlässen zu schöpfen.

Sie zu unterstützen, sie nicht allein zu lassen, mit Ihnen zusammen „Steine aus dem Weg zu räumen“, darum wird sich der Krebsverband Baden-Württemberg e.V. auch weiterhin nach Kräften bemühen.



Foto: Manfred Heinisch (Kreisverwaltung Mainz-Bingen), Staatssekretär a.D. Dr. Richard Auernheimer, Ingetraud und Georg Schott, Staatssekretär im Finanzministerium Dr. Salvatore Barbaro (von links nach rechts)

Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz an Ingetraud und Georg Schott

Ingetraud und Georg Schott aus Sprendlingen sind in Mainz mit der Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz geehrt worden. Die Auszeichnung überreichte der Staatssekretär der Finanzen, Salvatore Barbaro. Die Medaille wird vom Ministerpräsidenten für besondere ehrenamtliche Verdienste um die Gesellschaft und die Mitmenschen verliehen.

Beide haben, so Barbaro, über lange Jahre in verschiedenen Bereichen weit über den Rahmen des Üblichen hinaus Gehendes, für die Gemeinschaft im Ehrenamt geleistet. Heute engagieren sie sich im Rahmen der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Sprendlingen und Umgebung, er als Vorsitzender des Vereins, sie als Schriftführerin. „Ehrenamtliches Engagement ist im Land weit verbreitet. Wir in Rheinland-Pfalz fördern dies nach Kräften“, sagte Barbaro. Es müssten aber besondere Taten zur Würdigung anstehen. Mit Blick auf das Ehepaar

Schott sagte Barbaro: „Sie haben gezeigt, wie enorm wichtig es ist, die Menschen aus ihrer Isolation zu holen, ihnen zu zeigen, dass sie nicht alleine sind mit Ihrem Schicksal, dass es Hilfe gibt und auch immer eine Hoffnung.“

Die Selbsthilfegruppen seien inzwischen eine wichtige Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem und würden von den Kostenträgern anerkannt. Zur Ehrung des Sprendlinger Paares waren Vertreter des Landkreises Mainz-Bingen, der Verbandsgemeinde und der Ortsgemeinde Sprendlingen gekommen. Als besonderer Fürsprecher für die Auszeichnung war Staatssekretär a. D. Dr. Richard Auernheimer dabei.

Pressemitteilung des Ministeriums der Finanzen Rheinland-Pfalz, Juli 2011

DEHOGA: Unterstützung zugesagt

Projekt „Hygienebehälter für die Herrentoilette“ findet Anerkennung

Red. (mk): Die Koordinatoren des Projekts können weitere Erfolge vorweisen. Hatte im vergangenen Jahr Oskar Blum, Leiter der SHG Landshut, bei den Niederbayerischen Behörden für die Umsetzung Unterstützung gewinnen können, so hat Ludger Schnorrenberg, SHG Rheine, beim Deutschen Hotel- und Gaststättenverband ein offenes Ohr gefunden.

Beide engagieren sich weiter mit Nachdruck für die Umsetzung des berechtigten Anliegens der Betroffenen.

„Wir möchten alle Verantwortlichen und Beteiligten bitten, eine ganz einfache und zudem auch noch preiswerte Lösung des allzu menschlichen Problems zu schaffen:

Setzen Sie sich bitte dafür ein, dass in allen öffentlich zugänglichen Männertoiletten Hygienebehälter aufgestellt werden!“

(Zitat: Lothar Stock, SHG Siegen)

Neu im BPS

Die nachstehenden Gruppen wurden im Zeitraum März bis August 2011 in den BPS aufgenommen:

SHG Prostatakrebs Leipzig u. U.

Dr. Lothar Eberhardt
Langer Weg 28
04435 Schkeuditz
Tel: 034205 85 826
E-Mail: lothar.eberhardt@web.de

SHG Prostatakrebs Trier

Hans Jürgen Thater
27 Rue du Parc
6684 Merter / Luxemburg
Tel: 06501 91 79 539
E-Mail: thater.hj@web.de

SHG Prostatakrebs Kreis Rendsburg-Eckernförde

Rolf-Dieter Mueller
Lilienstr. 20-28
24768 Rendsburg
Tel: 04331 200-9017
E-Mail: rolf-dieter.mueller@imland.de

Berichtigung: BPS-Magazin 1/2011

Der Druckfehlerteufel hat zugeschlagen:

Bei der Zusammenfassung des Vortrages von Dr. Steuber auf Seite 17, 2. Spalte muss es heißen:

„Die Ergebnisse der Zulassungsstudie „TROPIC“ für eine 2nd-line-Therapie mit Cabazitaxel (Handelsname Jevtana[®]) im Vergleich zu Mitoxantron zeigen eine Risikoverminderung auf den Todesfall um rd. 19%, d. h. eine Verlängerung des Überlebens von 12,7 auf 15,1 Monate im Durchschnitt.“

Wir bitten um Entschuldigung.

Alltagsversehrte Radwanderer

Über die Nebenwirkungen der Leichtigkeit des Radlerseins

Von Bernhard Schlage
Heilpraktiker für Psychotherapie/HP psych.

Alljährlich im Sommer ziehen sie wieder los: die Zwei- oder Mehrrad-unterstützten Reisenden durch – neuerdings auch wieder öfter – deutsche Lande.

Wenn dann im Freundeskreis oder in entsprechenden Internetplattformen (wie z.B. www.donau-info.org) die Erzählung auf Erfahrenes kommt, werden dem aufmerksamen Zuhörer seltsame Dinge berichtet: von Hellas durchgestandenen Schmerzen des Sitzfleisches, von Peters andauerndem Kopfschmerz bei der Durchfahrt entlang des Elberadweges in Hamburg oder Gerd's sagenhaften Niesanfällen entlang der Obstplantagen am Main.

Und natürlich werden dann auch gleich die Analysen der Schwierigkeiten dazu geliefert: Gerd hatte eben seine Antihistaminika am Morgen vergessen einzunehmen, Peters Großstadtschwierigkeiten hängen eben mit der zunehmenden Feinstaubbelastung in bundesdeutschen Großstädten zusammen und Hellas Sitzfleisch wird natürlich mit dem falsch gewählten Tourensattel erklärt.

Die Fahrradhändler nutzen diese Formen des Versehrtsseins denn auch reichlich für Konsumangebote aus: kein Jahr vergeht, ohne dass neue, ergonomisch garantiert verbesserte Lenkergriffe oder gel-gestützte Radhandschuhe auf den Markt gebracht werden; wir werden mit detaillierten Graphiken auf die Unterschiedlichkeit der weiblich/männlichen Beckenanatomie hingewiesen, die uns erklären sollen, warum wir den teuersten aller Sattel kaufen sollen (der nämlich würde sich unserer Beckenform beim Fahren anpassen. Nur leider tendiert sein Leder bei Nässe dazu, sich durch Weichheit jeder Formbarkeit zu entziehen). Es wird über das ideale Verhältnis von Rahmenrohr zu Beinlänge philosophiert, das uns vor Knieschmerzen bewahren soll und im Drogeriemarkt wird uns unter Anti-Aging-Medizin 'Grünlippiges Muschelextrakt' verkauft, falls unsere Knie trotzdem schmerzen sollten.

Belächelt werden jene Alltagsradler, mit offensichtlich falsch eingestelltem Lenker-Sattel-Verhältnis, mit zuwenig

Luft auf ihren Reifen und möglicherweise auch noch schlecht geölter Kette, die sich auf dem Gefährt ihres Unglücks bewegen.

Vorbei sind auch die Jahre, in denen ein Tross von Fahrrad-Journalisten tageintagaus zur Sommerzeit über den immergleichen Erfolgsfahrer der Tour de France berichten konnte, um – kaum dass er gewonnen hatte – zu verstummen, wenn Lance Armstrong tags darauf über seine Hodenkrebskrankung berichtete. Man fragt sich doch unvermittelt, ob darin eine Absicht läge und schließlich, ob wir Alltagsstouren-Radler von einer schlimmen Krankheit bedroht wären!?

Obwohl wir über wenig Datenmaterial verfügen, weil durch die Dopingkontrollen offensichtlich alle möglichen intimen Blutwerte unserer radelnden Berufssportler veröffentlicht werden dürfen, aber nicht jene, die über Krebsverdacht Auskunft geben, können wir sagen, dass die Wahrscheinlichkeit an Hodenkrebs zu erkranken nicht mit unserer Fortbewegungsgewohnheit in Verbindung steht, und mit zunehmendem Alter sogar abnimmt.

Aber es gibt da noch ein Geheimnis unter Radlern! darüber wird in den abendlichen Erzählrunden nur ganz selten gesprochen. Häufig sogar nur mit dem behandelnden Urologen, der aber wenig Zeit hat und meistens nicht Fahrrad fährt: Radfahrer haben einen erhöhten Prostata-Tumor-Marker Wert!

Die Kurzform lautet PSA und böse Zungen sprechen von 'Panik-Stimulierendem Antigen'. Darüber soll an dieser Stelle gesprochen und einiges zur Klärung beigebracht werden. Beginnen wir mit den schlechten Nachrichten: nahezu jeder dritte Mann über 60 hat erhöhte PSA-Werte. Bei den über Achtzigjährigen finden wir bei nahezu 80% sogar Prostatakarzinome. Selbst dann, wenn sie völlig ohne Beschwerden sind und unabhängig von ihren Radfahrgewohnheiten. Dreiviertel aller urologischen Besuche wegen Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder Druckgefühlen im Beckenboden stellen sich nach Befunderhebung als untypische, nicht bakteriell bedingte

Prostatavergrößerung heraus (sog. Benigne Hyperplasie). Sie werden aber mit schwerwiegenden Medikamenten behandelt. Oft aus Angst der Betroffenen oder aus Ratlosigkeit ihrer Behandler.



Warum sprechen Radfahrer nicht darüber? Gilt immer noch die psychosomatische Grundregel: Frauen werden älter und gehen bei Beschwerden früher zum Arzt, während Männer seltener Hilfe beanspruchen, häufiger körperlich ernsthaft erkranken und früher sterben? Was würde wohl geschehen, wenn die 'Radwelt' in ihrer regel-

mäßigen Leserumfrage nach der Prostata-Gesundheit ihrer Leser fragen würde!?

Kommen wir zu den guten Nachrichten: es ist egal, wie viel Geld Sie für einen Sattel ausgeben: bislang gibt es keine (mir bekannte) Studie, die einen Zusammenhang zwischen Sattelqualität und der Vorbeugung gegen (Hoden- oder Prostata-) Krebs herstellt. Solange wir bewegend die Natur erfahren, tun wir etwas für unsere Lebensqualität, damit etwas Gutes für unser Immunsystem und also auch etwas zum Schutz vor einer Erkrankung. PSA-Werte, die auch drei Tage nach unserer letzten Radtour noch bestehen und niedriger als 10ng/ml liegen, sollten in ihrem Verlauf über zwei Jahre beobachtet werden und nur bei dem für Karzinome typischen langsamen Anstieg einer weiteren diagnostischen Abklärung unterzogen werden. Dann gibt es eine Reihe von Ernährungshinweisen aus der traditionellen Chinesischen Medizin, die uns unterstützen, die Stauphänomene im Becken aufzulösen, die zu jener, unter Radlern verbreiteten (zeitweisen) und gutartigen Vergrößerung der Prostata führen können, zu lindern.

Kontakt:
Bernhard Schlage
E-Mail: post@bernhardschlage.de

Hotline berät international

Der wohl entfernteste Anruf für die BPS-Hotline kam aus Südkorea!

Bisher war die Hotline nur aus dem deutschen Festnetz unter der kostenlosen Rufnummer 0800 70 80 123 erreichbar.

Für Anrufe aus dem **Ausland** und aus **Mobilfunknetzen** wurde die Rufnummer **+49(0)228-28645645** eingerichtet. Hierbei fallen dieselben Gesprächsgebühren an wie für einen Anruf an eine Festnetznummer in Deutschland.

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

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

Termine 2011

16. - 17. September	13. Bremer Selbsthilfetag	Bremen
16. - 25. September	Woche des bürgerschaftlichen Engagements. Informationen unter www.engagement-macht-stark.de	
14. - 17. September	63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie	Hamburg
16. - 17. September	„Bad Soodener Gespräche 2011“	Bad Sooden-Allendorf
17. September	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Dresden
24. September	Männergesundheitstag	Bad Reichenhall
24. September	Patiententag „Leben mit Krebs“	Karlsruhe
1. Oktober	Patiententag zum Jahreskongress DGHO	Basel
1. - 2. Oktober	Gesundheits- und Vitalmesse	Villingen-Schwenningen
1. - 2. Oktober	Gesundheitsmesse	Griesheim
15. Oktober	4. Offene Krebskonferenz	München
15. Oktober	Patienteninformationstag	München
22. Oktober	Gesundheitstag	Straelen
22. - 23. Oktober	Allmendinger Gesundheitstage	Allmendingen
23. Oktober	6. Gesundheits- und Selbsthilfetag	Nierstein-Oppenheim
3. November	5. Infoabend Prostatakrebs	Rellingen
5. November	6. Krebs-Informationstag	Kiel
12. November	Patientenkongress des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe	Magdeburg
26. November	Patiententag	Villingen-Schwenningen

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 2/2011

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Erkennen und Früherkennung <input type="checkbox"/> Gesunde Prostata: Eine echte Männersache <input type="checkbox"/> Die Prostata, das unbekannte Wesen? Informationen und Anregungen <input type="checkbox"/> Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum <input type="checkbox"/> Ich habe Prostatakrebs – Was nun? <input type="checkbox"/> Active Surveillance und Watchful Waiting <input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs I <input type="checkbox"/> Patientenratgeber zur S3 Leitlinie Prostatakrebs II <input type="checkbox"/> Prostata-Pass <input type="checkbox"/> Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Beratungs-Hotline <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – Auf den Punkt gebracht. Informationen für Patienten <input type="checkbox"/> Prostatastanzbiopsie <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – viel häufiger als man denkt <input type="checkbox"/> Prostatakrebs, Nr. 17 <input type="checkbox"/> Leben mit Prostatakarzinom | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Brachytherapie <input type="checkbox"/> Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung <input type="checkbox"/> Informationen zur Hormontherapie mittels LHRH-Agonisten <input type="checkbox"/> Prostatakrebs – was kommt nach der Hormontherapie? <input type="checkbox"/> Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen <input type="checkbox"/> Krebsschmerzen wirksam bekämpfen <input type="checkbox"/> Krebsschmerz – Was tun? <input type="checkbox"/> Krebswörterbuch <input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Ernährung bei Krebs <input type="checkbox"/> Bewegung und Sport bei Krebs <input type="checkbox"/> Hilfen für Angehörige <input type="checkbox"/> Wegweiser zu Sozialleistungen <input type="checkbox"/> Patientenbroschüre – Kompetent als Patient |
|---|--|



Diese Broschüren erhalten Sie kostenfrei über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.



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