

Die Harnblase



Zeitschrift des
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Ausgabe 2 | 2012



Website

über Blasenkrebs informieren

Hotline

Mitglieder werben

Selbsthilfe-Bund

Beratungsqualität
verbessern

Online-Selbst-
hilfegruppe

Blasenkrebs e.V.

die
Forschung
anregen,
intensiv an Harnblasen-
krebs
zu forschen

Selbsthilfegruppen

Zeitschrift
und Broschüren

Zusammenschluss

unterstützen

und neu gründen

von
Einzelpersonen
und Selbsthilfegruppen

zu Früherkennungs-
untersuchungen auffordern

Selbst-
hilfe-
gruppen

Medizinischer Beirat



Das Original ist
blau.



NMP22® BladderChek® Test

Seit 10 Jahren Qualitätsmaßstab der Blasenkrebsfrüherkennung

Alere NMP22® BladderChek® Test ist ein schneller und schmerzfreier Urintest, der gemeinsam mit herkömmlichen Diagnoseverfahren die Erkennung und Überwachung von Blasenkrebskrankungen unterstützt.

Vorsorge – Jährliche Testung von Risikopatienten

Nachsorge – Frühzeitiges Aufspüren von Tumor-Rezidiven

Sicherheit – Optimale Ergänzung der Zystoskopie

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Eine frühzeitige Diagnose und ein engmaschiges Monitoring sichern Ihre Lebensqualität und Gesundheit.

INHALT

	Seite
Inhalt / Impressum	3
Vom Mensch zum Patient - und zurück	4
Die medikamentöse Therapie des fortgeschrittenen und metastasierten Urothelkarzinoms der Harnblase	6
Nachlese zum amerikanischen Onkologiekongress 2012.....	10
Medizinische Fachtagung mit Delegiertenversammlung des ShB 2013	11
5. ShB-Fachtagung 2012.....	12
Deutsche schätzen ihr Gesundheitssystem - auch wenn sie es zu teuer finden	13
Vereinsangaben Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.	14
Gemeinsam sind wir stark - darum: Mitglied werden im ShB und Mitglieder werben für den ShB	15
Essen – therapeutisch, gesund, Anti-Krebsdiät.....	16
Mistel, Johanniskraut & Co. - sinnvoll bei Krebs?	17
In eigener Sache	17
Selbsthilfegruppen Blasenkrebs in Deutschland	18
Adressen hilfreicher Organisationen	19

Die Harnblase ist Ihre Zeitschrift. Sie lebt davon, dass auch Sie diese mit Inhalt füllen. Haben Sie einen Hinweis für unsere Leserinnen und Leser? Was verbindet Sie besonders mit dem Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.? Oder möchten Sie Lob oder Kritik äußern? Es gibt vieles, das uns und die Leserinnen und Leser interessiert. Also teilen Sie es uns mit!

IMPRESSUM

Die Harnblase

Nr.16, November 2012

ISSN 2190-474X

Herausgeber

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Ansprechpartner in dieser Angelegenheit:

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Telefon:0231 403676

E-Mail: bockelbrink@blasenkrebs-shb.de

Redaktion, V.i.S.d.P.

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Redaktionsmitarbeit

Corinna Busch

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Franz Hagenmaier

SHG Blasenkrebs Hessen

Gisela Lemke

SHG Blasenkrebs Hamburg

Fotos Seite 12: Dr. Manfred Petrik

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Gestaltung, Layout, Anzeigenverwaltung

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Druck

druckwerk gmbh, schwanenstraße 30,

44135 dortmund, telefon: 0231 5860915

www.druckwerk.info

Erscheinungsweise

Die Harnblase erscheint im Mai und

November eines Jahres.

Bezugsbedingungen

Die Zeitschrift wird bundesweit kostenlos

verteilt und verschickt. Sie kann außer-

dem angefordert werden und steht auch

im Internet unter www.-blasenkrebs-shb.de

zum Download bereit.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge

stimmen nicht zwangsläufig mit der Mei-

nung des Herausgebers überein.

Die Autoren erklären sich mit der re-

daktionellen Bearbeitung ihrer Beiträge

einverstanden.

Diese Zeitschrift kann u. a. werbliche In-

formationen über verschreibungspflichtige

und frei verkäufliche Arzneimittel enthal-

ten. Ihre Anwendung ersetzt aber keines-

falls die Inanspruchnahme eines Arztes.

Alle in der Werbung angebotenen

Produkte stellen keine Empfehlung des

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. dar.

Eine Haftung für die Richtigkeit der

Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger

Prüfung durch die Redaktion vom Her-

ausgeber nicht übernommen werden.

Wir danken

recht herzlich allen Förderern, Spendern und Partnern, die die Herstellung unserer Zeitschrift unterstützen:

Am Wasserturm 28

50829 Köln

Deutschland



offsetdruck · digitaldruck · ausbildungsbetrieb

schwanenstraße 30 · 44135 dortmund

t: 0231/5860915 · f: 0231/5860921

www.druckwerk.info

Der ShB wird gefördert von



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Vom Mensch zum Patient – und zurück

Steve Jobs, Kylie Minogue, Lance Armstrong, Christoph Schlingensiefel, Edward Kennedy, Michael Douglas, Oscar Lafontaine, Rod Stewart – Namen, die jedem von uns ein Begriff sind.

Bauchspeicheldrüsenkrebs, Brustkrebs, Hodenkrebs, Lungenkrebs, Gehirntumor, Kehlkopfkrebs, Prostatakrebs, Schilddrüsenkrebs – Begriffe, zu denen einem manchmal ein Name einfällt.

Herr Müller mit Darmkrebs, Frau Meier mit Leukämie, Tobias Schick mit Lymphdrüsenkrebs und unzählige andere Menschen sind und waren vor allem bis zum Zeitpunkt ihrer Diagnose eines: Menschen mit einem eigenen Leben, einer eigenen Biographie mit Beruf, Familie, Freunden, Sorgen und Eigenheiten ... und ab dem Zeitpunkt ihrer Diagnose? Ab dem Zeitpunkt ihrer Diagnose und insbesondere ab dem Zeitpunkt, an dem das so genannte Gesundheitssystem in ihr Leben tritt, sind sie alle eines: Patienten.

Wie wird man Patient? Wer macht einen dazu? Und ist man ab dem Zeitpunkt nicht mehr Mensch? Wieso nicht? Und kann man wieder Mensch werden, wenn man kein Patient mehr ist? Und wie? Oder kann man Mensch UND Patient sein oder Patient sein und Mensch bleiben? Der folgende, von einer Patientin mit einer seltenen Bluterkrankung, geschriebene Brief beschreibt den Weg vom Menschen zum Patient (und zurück) sehr eindrücklich und wird – mit ausdrücklicher Einwilligung der Patientin - in Auszügen wiedergegeben (den vollständigen Brief können Sie auf der Webseite www.lebenmitkrebs-aachen.de herunterladen).

Brief von Frau B.

Wir alle sind als Kinder mal krank. Dann bringt Mutti uns zum Arzt oder der Arzt kommt sogar und dann untersucht er uns und dann verschreibt er uns eine Arznei, und dann müssen wir das einnehmen, auch wenn es uns nicht gefällt. Aber wir halten das aus, denn der Arzt hat es gesagt. Und wenn er das sagt, sind wir hoffentlich bald wieder gesund. Uns ist klar, Arzt sein, das ist nicht irgendein Beruf, das ist eine andere Kategorie von Mensch. ... Ein bisschen wie Zauberei, diese Medizin. Was würden wir bloß ohne den Arzt machen?

Ein Arzt ist auch heute noch gesellschaftlich eine Autoritätsperson ... Mir ging es lange Zeit auch so. Ich hatte unglaubliche Ehrfurcht vor jedem Arzt. Ich habe getan, was die Ärzte sagten; alles in der Hoffnung, dass ich wieder gesund werde. Widersprochen habe ich nie, das tut man ja wohl bei Ärzten nicht.

Nie, bis ich merkte, dass ich nicht gesund werde und dabei auch verloren gehe. Ich bin verschwunden, einfach weg war ich... jedenfalls als Mensch. Ich war nur Patient. Ein braver Patient. ...

Ich saß brav von morgens bis abends jeden zweiten oder dritten Tag in der Uniklinik... Mein Studium und mein Leben waren vorbei. Ich war hauptberuflich Patient und abhängig von den Beurteilungen anderer, ja von den Werten, die sie mir mit ihrer knappen Zeit von meinem Blut ablasen. ...

Meine Angst war auf jeden Fall unvorstellbar. Angst vor Schmerzen, Angst vor Tod, Angst vor irgendwas Unvorstellbarem. Ich war quasi körperlich eingefroren vor Angst und manchmal fühle ich mich heute noch so. Und so fing ich an, Ärzte ein bisschen zu vergöttern. Denn nur sie konnten mich heilen. Weshalb es keiner tat? Ich dachte, es müsse an mir liegen.

... Ich war de facto abhängig - und zwar nicht nur vom Wissen der Ärzte, sondern auch von ihren Launen, von ihrem Wohlwollen. Genauso wie von den Schwestern und Pflegern. ... Alle meine erworbenen Lebenskompetenzen brachten mich in dieser Situation nicht weiter. Wie sollte ich da Verantwortung für meine Krankheit übernehmen. Also machte ich weiter alles mit und überließ den Ärzten die Verantwortung und war sehr brav. ... Ich habe auf das Aufrufen meines Namens in Fluren und Wartezimmern gewartet, bis ich das Gefühl hatte, mein Leben gleicht einer Bushaltestelle. Ich bin zur genannten Zeit an genanntem Ort gewesen, habe mir den Oberkörper vor Studenten frei gemacht, habe auf Fluren in Krankenhäusern liegend gewartet, bis auf einmal mein Bett von Geisterhand von A nach B geschoben wurde. ... So viel Vertrauen hat ein Patient.

Mein Weg zurück vom Patienten zum Menschen begann dennoch schon recht früh, aber in winzigen Schritten. Ich fing nämlich an, die langen Wartezeiten sinnvoll zu nutzen, indem ich selber mein Blut ins Labor brachte, Blutkonserven für mich abholte und auch sonst den einen oder anderen Gang übernahm, den eigentlich andere für mich gemacht hätten. So konnte ich mich sinnvoll und als wirksam erleben. Ich fing an, mich mit Krankheitsbewältigung zu beschäftigen ... Die nächste Ärztin war super. Sie war die erste Ärztin, die sagte: „Ich bin mir nicht ganz sicher, aber ich werde mich noch mal bei Kollegen erkundigen.“ Sie überlegte gemeinsam mit mir, dass ich noch mal zu einer Zweitmeinung in eine andere Klinik gehen sollte. ... Der nächste Arzt war kompetent, aber ließ sich auch nicht gern reinreden. Ich konnte mit ihm aber anfangen, Absprachen zu treffen, und über



Dr. med. Andrea Petermann-Meyer



Dr. med. Jens Panse

Planungen bezüglich meines Lebens und der Behandlung sprechen, um mir mehr Freiraum zu geben.

Allen diesen Ärzten war relativ gemeinsam, dass sie eine berufliche Fassade zeigten, hinter die ich nicht sehen konnte.

... Warum hatte ich das Gefühl, dass es Ärzten besonders schwerfällt, zu sagen, dass auch ihr Hirn begrenzt ist? Hätte der Beruf dann an Zauber verloren? ... Für mich war jedenfalls der Zauber einfach vorbei, denn ich fing an zu begreifen, dass Ärzte nichts weiter als Menschen sind. ... Mein Wunsch nach einem Arzt, der mich ernst nimmt, wurde größer. Ich wollte als Mensch wahrgenommen werden und nicht nur als Krankheit. Eine Arzt-Patient-Beziehung, so wurde mir klar, braucht -mindestens bei längerfristigen Erkrankungen - eine richtige Begegnung von Mensch zu Mensch: eine Partnerschaft und ein Bündnis im Kampf gegen eine Krankheit, einen Menschen mit Wissen über eine Erkrankung und einen Menschen mit Wissen über seinen Körper und seine Bedürfnisse, zwei Menschen, die beide Respekt verdienen und die beide Grenzen haben dürfen, auf die Rücksicht genommen werden muss.

Damit mir dies klar wurde, musste ich aber noch Ärzte erleben, die ihre Menschlichkeit nicht versteckten, Ärzte, die selber Beschwerden, Schmerzen oder Gefühle hatten. ...

Heute traue ich mich schon eher, mich auch mal zu beschweren. Allerdings habe ich es aufgegeben, zu hoffen, dass alle Schwestern beim Blutabnehmen auf meine Wünsche bzgl. des Einstichortes eingehen. Wenn sie allerdings nicht mal „Guten Tag“ sagen können und mir nicht ins Gesicht sehen, dann sage ich was. Ich bin eben auch nur ein Mensch!

Dieser Bericht verdeutlicht aus unserer Sicht einige der wichtigsten Elemente, die man benötigt, um als Patient (und als Arzt!) Mensch zu sein und dies zu bleiben. Mensch-Patient und Mensch-Arzt sind durch die Erkrankung des Patienten und die Therapie des Arztes verbunden. Um allerdings dieses Bündnis zu einem echten Bündnis werden zu lassen, bei dem die Ziele sich nicht unterscheiden und Wege gemeinsam gegangen werden, bedarf es einer Partnerschaft, die nur erreicht werden kann, wenn sich beide auf gleicher Augenhöhe begegnen. Dabei spielen viele Faktoren und vor allen Dingen das Verständnis für den jeweiligen Gegenüber eine Rolle.

Es bedarf zur Planung von therapeutischen oder diagnostischen Schritten einer Art „Entscheidungs-Partnerschaft“, die von Dingen wie gegenseitigem Verständnis, Respekt und Vertrauen geprägt sind. Dabei muss vor allem der Arzt in der Lage sein, die Fähigkeiten des Patienten im Hinblick auf Informationsverarbeitung und Entscheidungs- bzw. Mitbestimmungswunsch einzuschätzen. Manche Patienten möchten gerne von Ihrem Arzt vertrauensvoll geleitet werden, ohne Details verstehen zu müssen, und andere möchten in jede Therapieentscheidung durch ausführliche Information über Pro und Contra mit einbezogen werden. Die Art der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird als „shared-decision-making“ bezeichnet. Diese zweite Gruppe ist – das zeigen Umfragen – heute eindeutig in der Überzahl und mit dem Resultat deutlich zufriedener. Ziel ist der mündige Patient, der selbst entscheiden kann, wie viel er an Verantwortung und Mitbestimmung übernehmen möchte. Diese Mitbestimmung bzw. die Vereinbarung zum Grad der gemeinsamen Entscheidungsfindung bedeutet auch, dass der Patient einen Teil seiner Autorität behält, damit auch seine Identität, und letztlich nicht mehr nur Patient ist, sondern Mensch bleibt.

Was bleibt einem Patienten aber vom Mensch-Sein, wenn er einmal als Patient in einem großen Krankenhaus oder in einer großen Praxis in die „Mühlen der Maschinerie“ geraten ist? Wenn er auf Station einer von vielen ist, wenn Untersuchungen, Therapien und Nebenwirkungen den Tagesablauf und das Sein bestimmen?

In unserer Veranstaltung „leben mit krebs“ berichten uns Patienten von ihren Erfahrungen, Ideen und Versuchen, auch innerhalb des Medizinbetriebs Mensch zu bleiben. Beispiele sind: „eigenes Bettzeug mitbringen“, „Krankenzimmer mit persönlichen Dingen ausstatten“, „selbst am Betrieb teilnehmen, indem man beispielsweise sein Blut selbst ins Labor bringt“, „andere Pati-

enten trösten/begleiten“, „Erfahrungen weitergeben“, „Wünsche äußern“, ... sprich, die Persönlichkeit, wo es geht, in den Vordergrund zu stellen und sich nicht aller Routine unterzuordnen (Sie finden diese Vorschläge auch in dem oben wiedergegebenen Brief von Frau B.). Sie werden überrascht sein, wie sehr auch Pfleger, Schwestern und Ärzte davon profitieren und sogar dankbar sind für eigene Initiativen, die möglicherweise eine Arbeitserleichterung mit sich bringen.

Das Motto dabei ist: „Gemeinsam gegen den Krebs“. Viele Menschen (Patienten) erleben auch die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen und den dort stattfindenden Austausch als belebend und sehen in der Möglichkeit, anderen Patienten mit ähnlichen Schicksalen zu helfen und sie zu beraten, einen Weg, ihre Persönlichkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Denn Sie haben Rechte als Patient! Diese sind z.B. Selbstbestimmungsrecht (d.h. das Recht auf freie Arztwahl, auf Durchführung/Ablehnung medizinischer Maßnahmen), Recht auf Aufklärung, Recht auf Einsicht in Ihre Krankenunterlagen, Recht auf Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit sowie auf so genannte Zweitmeinungen. Das bedeutet, dass Sie sich als Patient eine zweite Meinung von einem anderen Arzt oder anderen Krebszentrum zur Möglichkeit der Diagnostik und Therapie einholen dürfen, bevor Sie sich für eine Therapie oder einen diagnostischen Eingriff entscheiden. Auch das wird von verantwortungsvollen Ärzten generell nicht als Vertrauensbruch, sondern als Unterstützung einer gemeinsamen Therapieentscheidung angesehen werden. Scheuen Sie sich nicht davor, Sie werden ihren behandelnden Arzt dadurch nicht enttäuschen, wenn Sie offen mit ihm darüber sprechen!

Was aber, wenn ich die Diagnose Krebs und die damit verbundene Therapie hinter mir habe? Viele Patienten berichten, dass im Laufe der Erkrankung (auch nach Heilung oder Abschluss einer Therapie oder wenn die Erkrankung nur zurückerdrängt oder vorübergehend zum Stillstand gebracht wurde) Fragen wie „Wer bin ich?“, „Was will ich?“, „Wozu lebe ich?“ auftauchen.

Was tun, wenn das Krankheitsgeschehen an sich oder die körperliche Erfahrung der Tumorerkrankung zur Veränderung von Persönlichkeit und Charakter führen oder ich merke, dass ich mich durch die Erkrankung verändere? Wie also komme ich aus dem Dasein als Patient wieder zurück zum Mensch sein (auch wenn ich vielleicht ein anderer Mensch als vor der Krankheit bin)? Dieser Weg oder diese Reise von der anfänglichen, mit der nieder-

schmetternden Diagnose verbundenen Orientierungslosigkeit, Konfusion, Überforderung, Verwirrung und Unsicherheit über die Krankheitserfahrung und damit verbundene Selbsterfahrung und „Hinwendung zum Ich“ führende (Um-)Orientierung führt letztlich zum Leben nach oder mit dem Krebs, dem Motto unserer Veranstaltung, und für viele Patienten damit zurück zum Menschen.

Nur selten im Leben gibt es Situationen, die durch die empfundene Bedrohlichkeit so sehr einladen zur Selbstreflexion, zum Bilanzieren des bisherigen Lebens, zur Definition des eigentlich Wesentlichen im Leben und die einem so viel „Narrenfreiheit“ zur Veränderung – innerlich und äußerlich – geben wie eine Krebserkrankung!

Menschen, die eigentlich schon lange beschlossen hatten, etwas in ihrem Leben zu verändern, finden häufig in dieser Situation die Kraft dazu. Eine Krebserkrankung führt nicht selten dazu, sich den als wichtig und wesentlich empfundenen Lebensbereichen (meistens den persönlichen Beziehungen) zuzuwenden und sich manchmal sogar mehr als Mensch und Individuum zu spüren als vor der Erkrankung.

So könnte die Antwort auf den Titel: „Vom Mensch zum Patient – und zurück“ auch lauten: „Ja, jetzt erst recht!“

Dr. med. A. Petermann-Meyer,
Leiterin Sektion Psychoonkologie,
Universitätsklinikum Aachen
Euregionales comprehensive Cancer
Center Aachen (ECCA)
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Dr. med. J. Panse
Leitender Oberarzt, Klinik für Onkologie,
Hämatologie und Stammzelltransplantation
Medizinischer Leiter, Euregionales
comprehensive Cancer Center Aachen
(ECCA)
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Hinweis und Korrektur

In der Ausgabe Mai 2012 hatten wir über eine TV-Aufzeichnung mit dem Titel „Mutige Männer“ berichtet. Dieser Beitrag wird am 3.12.12 um 8:25 Uhr, am 4.12.12 um 13 Uhr und am 5.12.12 um 16:30 Uhr auf ARTE X:enius gesendet.

Einen Namen haben wir in diesem Beitrag falsch geschrieben. Wir bitten um Entschuldigung. Es muss heißen: ... Magdalena Ossenbrüggen.

Die medikamentöse Therapie des fortgeschrittenen und metastasierten Urothelkarzinoms der Harnblase

Das Harnblasenkarzinom ist die 5.häufigste bösartige Tumorart bei Mann und Frau, wobei zwei Drittel der Patienten männlich und ein Drittel weiblich sind. Ca. 70% der Harnblasenkarzinome sind zum Zeitpunkt der Diagnose oberflächlich organbegrenzt und können durch endoskopische Maßnahmen (Operationen mithilfe des optischen Instruments „Endoskop“) therapiert werden. Ein Drittel der Tumoren ist bereits in die Muskulatur oder darüber hinaus infiltriert und wird standardmäßig durch eine radikale Operationstechnik mit Entfernung der Harnblase und Bildung einer Darmersatzblase behandelt. Der Nachweis von Metastasen in den postoperativen (nach der Operation) Nachsorgeuntersuchungen macht die Einleitung einer Chemotherapie notwendig.

Im Folgenden soll auf die Besonderheiten der postoperativen Nachsorge, die Grundzüge der systemischen Chemotherapie, die Indikation (Grund) zur Einleitung einer systemischen Chemotherapie, die behandlingstypischen Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen sowie innovative Behandlungsmethoden eingegangen werden.

Nachsorgeuntersuchungen

Nach radikaler Zystektomie (chirurgische Entfernung der Harnblase) mit adäquater, extendierter pelviner Lymphadenektomie (angemessene, ausgedehnte Entfernung von Lymphknoten im kleinen Becken) beträgt die mittlere rezidivfreie (ohne Wiederauftreten eines Tumors) 5-Jahresüberlebenszeit zwischen 48% und 58%, so dass bei ca. 50% der Patienten nach dem operativen Eingriff mit einem erneuten Auftreten der Erkrankung zu rechnen ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Patienten entwickeln sich hier systemische Metastasen (Tochertumoren), d.h. Metastasen außerhalb des kleinen Beckens, bevorzugt in den Lymphknoten des hinteren Bauchraumes (Retroperitoneum), der Lunge, der Leber und in dem Skelettsystem. Das Risiko von Rezidiven (Wiederauftreten von Tumoren) innerhalb des kleinen Beckens wird mit 5-15% beschrieben. Die überwiegende Mehrzahl der Metastasen entwickelt sich innerhalb der ersten 24 Monate nach radikaler Zystektomie, jedoch werden auch sogenannte Spätrezidive nach einem Nachsorgeintervall von 5 Jahren in knapp 5% der Patienten beschrieben.

Basierend auf diesen Ergebnissen wird empfohlen zumindest während

der ersten beiden Jahre nach radikaler Zystektomie eine engmaschige Nachsorgeuntersuchung mittels einer Computertomografie (spezielle Röntgenuntersuchung) des Bauchraumes und des kleinen Beckens sowie einer Röntgenaufnahme des Brustkorbes durchzuführen. Eine Skelettszintigrafie (bildgebendes Verfahren zur Untersuchung von Knochen bei Verdacht auf Metastasen) zur Erfassung von Knochenmetastasen ist nur bei ausgedehnter Organmetastasierung, klinischen Symptomen wie neu aufgetretenen Knochenschmerzen oder einer Erhöhung der alkalischen Phosphatase (Enzym, das im Energiestoffwechsel der Körperzellen gebraucht wird) im Blut notwendig. Auch wenn die aktuellen Leitlinien eine intensivierete Nachsorge auch über das Zeitintervall von 2 Jahren hinaus beschreiben, werden die adäquaten Untersuchungsintervalle derzeit kontrovers diskutiert. Während manche Autoren einen deutlichen Überlebensvorteil bei engmaschiger Nachsorge mit routinemäßig durchgeführter radiologischer Kontrolle des Brustkorbes und des Bauchraumes darstellen konnten, kommen andere Autoren zu einem gegenteiligen Ergebnis. Es erscheint sinnvoll, die Nachsorgeintervalle und die Nachsorgeverfahren an das individuelle Rezidivrisiko anzupassen: Patienten mit



Professor Dr. med.
Axel Heidenreich

einem organbegrenzten, lymphknoten-negativen Harnblasenkarzinom (pT1G3, ≤ pT2bpN0) (Bezeichnung im Pathologiebericht) bedürfen aufgrund des minimalen Metastasierungsrisikos einer sehr eingeschränkten Nachsorge, während diese intensiviert über einen Zeitraum von 5 Jahren bei Hochrisikokonstellationen erfolgen sollte (≥pT3a, positive Lymphknoten).

Systemische Chemotherapie

Bei der systemischen Chemotherapie (Behandlung mittels Infusion und Tabletten, die das Zellwachstum hemmen) wird zwischen der induktiven, adjuvanten und neoadjuvanten Chemotherapie unterschieden.

Die **induktive** Chemotherapie beschreibt den Einsatz der Behandlung bei Nachweis von Organmetastasen, die primär aufgrund der Lokalisation und/oder Anzahl nicht operativ oder strahlentherapeutisch entfernt werden können. Ziel der induktiven Chemotherapie ist die komplette oder partielle (teilweise) Verkleinerung der Metastasen, um diese ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt durch eine zusätzliche lokale Therapie komplett eliminieren (entfernen / auslöschen) zu können.

Die **adjuvante** Chemotherapie beschreibt den Einsatz der medikamentösen Therapie nach erfolgter radikaler Zystektomie bei Patienten mit einem hohen Risiko der Entwicklung von Metastasen. Hier werden insbesondere Patienten mit einem organüberschreitenden Karzinom oder Lymphknotenmetastasen erfasst. Hintergrund der Indikation zur adjuvanten Chemotherapie ist das Vorhandensein von Mikrometastasen, die bei minima-

lem Tumolvolumen mit höherer Heilungsrate therapiert werden können als bei bildgebend sichtbaren, großen Metastasen.

Die **neoadjuvante** Chemotherapie hingegen beschreibt den Einsatz der medikamentösen Tumortherapie vor Durchführung operativer Maßnahmen, mit dem Ziel bereits zum Zeitpunkt der Operation vorliegende Mikrometastasen zu eliminieren und bei organüberschreitendem Blasenkarzinom die radikale Zystektomie durch Verkleinerung der Tumormasse und das Vermeiden sogenannter positiver Schnittränder am Präparat therapeutisch effektiver zu machen.

Grundzüge der Chemotherapie beim Blasenkarzinom

Die Behandlung urologischer Tumorerkrankungen unterscheidet sich prinzipiell nicht von der anderer Tumorentitäten (Tumorkommen) in der Notwendigkeit eines multidisziplinären (fachübergreifend / vielseitig) therapeutischen Konzeptes. So hat die konsequente Integration (Ineinandergreifen / Zusammenwirken) von chirurgischen und chemotherapeutischen Behandlungen zu beachtlichen Fortschritten bei der Therapie von urologischen Tumoren geführt. Im Gegensatz zur chirurgischen Intervention (Behandlung / Eingreifen), die sich vornehmlich auf die lokale Tumorkontrolle konzentriert, haben chemotherapeutische und biologische Therapieansätze im Allgemeinen die systemische Behandlung zum Ziel.

Der therapeutische Nutzen einer Chemotherapie ergibt sich aus der unterschiedlichen toxischen (giftig) Wirkung der meist kombinierten Medikamente auf normale und maligne (bösartig) Zellen. Die meisten Chemotherapeutika (chemische Wirkstoffe unterschiedlicher Art) wirken toxisch auf teilungsaktive Zellen. Schnell wachsende Tumore sind daher relativ chemosensibel (empfindlich gegenüber den chem. Mitteln) und langsam wachsende bösartige Tumore wie z.B. Prostatakarzinome und Nierenzellkarzinome sind relativ chemoresistent (widerstandsfähig gegenüber den chem. Mitteln). Das typische Nebenwirkungsprofil, bestehend aus Schleimhautentzündungen, Haarausfall und Veränderungen des Blutbildes (Abfall der weißen Blutkörperchen, der Blut-

plättchen und des Hämoglobinwertes), erklärt sich durch die Toxizität der Zytostatika (Medikamente, die das Wachstum von Krebszellen hemmen) auf sich rasch regenerierende (sich erholend / sich erneuernd) gutartige Zellen, wie z.B. Schleimhautzellen des Magen-Darm-Traktes, Haarfollikel und Stammzellen des blutbildenden Knochenmarks. Bei der Behandlung bösartiger Tumore von Niere, Harnblase und Prostata können zusätzliche Nebenwirkungen wie Nierenfunktionsschäden (Methotrexat, Cisplatin), Nervenschädigungen (Cisplatin, Taxane), Lungen- (Bleomycin) und Herzscheidigungen (Anthrazykline) auftreten. Vor allem bei älteren Patienten mit deutlichen Begleiterkrankungen können Nebenwirkungen die protokollgerechte Anwendung der Chemotherapie verhindern. Beispielsweise geht man davon aus, dass etwa die Hälfte aller Patienten mit einem Harnblasenkarzinom für Cisplatin-haltige Chemotherapieprotokolle aus Altersgründen, einem schlechten Allgemeinzustand oder der altersbedingten Beeinträchtigung der Funktionen von Herz und Niere ungeeignet sind.

Chemotherapie des Blasenkarzinoms

Bis vor wenigen Jahren galt die Chemotherapie nach dem M-VAC (Methotrexat, Vinblastin, Adriamycin, Cisplatin) Schema als Standardtherapie für das metastasierte Urothelkarzinom. Allerdings war die Therapie mit einer sehr hohen Nebenwirkungsrate am blutbildenden Knochenmark, der Nierenfunktion und den Schleimhäuten des Magen-Darm-Traktes vergesellschaftet. Die Toxizität am Knochenmark bedingte einen Abfall der weißen Blutkörperchen (Leukopenie) bis hin zur Entwicklung lebensbedrohlicher Infektionen, die in bis zu 10% der Patienten zum Tod führten. Zudem kam es zu einem deutlichen Absinken des Wertes des roten Blutfarbstoffes (Hämoglobin) und der Blutplättchen (Thrombozyten), die in einer Vielzahl von Patienten durch Blutkonserven oder Thrombozytenkonzentrate ausgeglichen werden mussten, um Herz-Kreislaufnebenwirkungen und Blutungen zu vermeiden. Die Nebenwirkungen an den Schleimhäuten führten zu ausgedehnter Aphthenbildung (kleine Geschwüre) in

der Mundhöhle sowie ausgeprägten Durchfällen. Die Ansprechraten der Metastasen wurden in den ersten klinischen Studien mit bis zu 67 % angegeben. Hierunter ist eine Stabilisierung bzw. eine partielle oder komplette Elimination der Metastasen zu verstehen. Das sogenannte mittlere Überleben der Patienten betrug 14.8 Monate mit einer großen Schwankungsbreite in Abhängigkeit der Lokalisation (Stelle / Standort) und des Ausmaßes der Metastasen sowie des Allgemeinzustandes und der Begleiterkrankungen des Patienten. Aufgrund der ausgeprägten Nebenwirkungen wurde nach alternativen Behandlungsprotokollen geforscht und es konnte eine große prospektiv (vorher wird festgelegt, welche med. Wirksamkeit überprüft werden soll) randomisierte (statistisches Verfahren zur Durchführung von Studien in der med. Forschung) klinische Phase-III Studie initiiert (in die Wege leiten) werden, in der die therapeutische Effektivität (Behandlungserfolg) von M-VAC gegenüber der Kombination von Gemcitabin und Cisplatin untersucht wurde. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass eine Chemotherapie mit Gemcitabin und Cisplatin gleichwertig zum M-VAC Schema im Hinblick auf das Überleben ist. In der Studie lag das mittlere Überleben bei 14 Monaten im Behandlungsarm mit Gemcitabin und Cisplatin (Gem/Cis) und bei 15.2 Monaten im M-VAC Arm. Diese Unterschiede waren entsprechend der statistischen Analyse nicht signifikant (bedeutsam). Allerdings fand sich im Gem/Cis Arm eine erheblich niedrigere Nebenwirkungsrate und eine deutlich niedrigere therapiebedingte Sterberate, so dass sich die Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin als Standardtherapie durchgesetzt hat.

Die Kombinationstherapie aus Gemcitabin und Cisplatin wird in einem 21-Tage-Zyklus über 4-6 Zyklen verabreicht. Gemcitabin wird in einer Dosis von 1000mg/m², Cisplatin in einer Dosis von 70 mg/m² Körperoberfläche als Infusion an den Tagen 1 und 8 bzw. 2 des 21 Tage-Zyklus appliziert (gegeben). Unabdingbare Voraussetzung für die adäquate Berechnung der individuellen Behandlungsdosis von Cisplatin ist die Kenntnis der Nierenfunktion, die mit Hilfe der sogenannten Kreatinin-Clearance berechnet werden kann.

Hierzu werden die Konzentrationen des Nierenfunktionswertes Kreatinin im Blut und im Urin (Aus dem Verhältnis wird die Kreatinin-Clearance als Marker der Nierenfunktion berechnet.) im 24-Stundensammelurin ins Verhältnis gesetzt. In Abhängigkeit der Kreatinin-Clearance muss die Dosis des Cisplatin reduziert werden, ab einer Clearance von < 50ml/min sollte Cisplatin gar nicht mehr eingesetzt werden. Zudem muss vor einer jeweiligen Gabe der Chemotherapie und nach Applikation (Verabreichung) der Medikamente das Blutbild kontrolliert werden, um niedrige Werte der weißen Blutkörperchen früh erkennen und therapieren zu können. Es sollte nach je 2 Zyklen eine röntgenologische Kontrolluntersuchung der Tochtergeschwulste mit einer Computertomografie erfolgen, um das Ansprechen auf die verabreichte Chemotherapie beurteilen zu können.

Neoadjuvante Chemotherapie

Der Einsatz der neoadjuvanten Chemotherapie vor radikaler Zystektomie beim muskelinvasiven (in das Muskelgewebe der Harnblase eingedrungene Krebszellen) Urothelkarzinom der Harnblase wird derzeit immer noch kontrovers diskutiert, obwohl eine Analyse aller bisher verfügbarer Studien einen Vorteil des Gesamtüberlebens von 5% gegenüber der Chemotherapie nach Operation zeigen konnte. Allerdings ist bei dieser Studienanalyse zu berücksichtigen, dass die Qualität der Operation oftmals nicht gewährleistet war, eine ausreichende Lymphadenektomie nur selten erfolgte und eine ungewöhnlich hohe Rate positiver Absetzungsrän der in den Zystektomiepräparaten (Gewebebeile, die bei der Blasenentfernung entstehen) zu verzeichnen war. Aktuell könnte man sich auf den Kompromiss einigen, Patienten mit organüberschreitendem Blasenkarzinom und solche mit dem Verdacht auf Lymphknotenmetastasen im kleinen Becken einer neoadjuvanten Chemotherapie zuzuführen. In aller Regel werden 4 Zyklen der Chemotherapie gegeben, die Operation erfolgt ca. 2-4 Wochen nach Abschluss der Chemotherapie; es besteht keine erhöhte Komplikationsrate in Bezug auf die Operation.

Adjuvante Chemotherapie

Auch für den adjuvanten Einsatz der Chemotherapie beim Urothelkarzinom der Harnblase wurde eine umfassende und detaillierte Untersuchung aller bisher durchgeführten klinischen Studien durchgeführt. Die Ergebnisse der insgesamt 9 eingeschlossenen klinischen Studien zeigen einen Überlebensvorteil für die Chemotherapie und einen 9 %igen absoluten Nutzen nach 3 Jahren. Auch bei der adjuvanten Therapie zeigen Kombinationstherapien mit Cisplatin einen Vorteil gegenüber Monotherapien. So kann bei Einsatz von Cisplatin der Benefit (Nutzen) nach 3 Jahren auf 12 % bei einer Hazard-Ratio (Risiko-Verhältnis) von 0,68 gesteigert werden. Dennoch gilt die Datenlage zur adjuvanten Therapie als zu schwach, als dass eine allgemeine Empfehlung zur adjuvanten Chemotherapie gegeben werden könnte. Derzeit werden Patienten mit positiven Lymphknoten in die adjuvanten Therapieprotokolle eingeschlossen, für alle anderen Patienten besteht derzeit kein wissenschaftlich nachgewiesener Vorteil gegenüber der verzögerten Chemotherapie zum Zeitpunkt einer bildgebend sichtbaren Metastasierung.

Metastasenresektionen (operative Entfernung von Tochtertumoren) nach Chemotherapie

von bereits behandelten Patienten mit metastasiertem Urothelkarzinom haben zeigen können, dass sich Rezidive nach abgeschlossener Chemotherapie überwiegend am Ort der primären Tochtergeschwulste erneut entwickeln. Dieses Wachstumsmuster wird als Hinweis auf das Überleben von Krebszellen in den ursprünglichen Metastasen gesehen, die unabhängig vom bildgebenden Ansprechen anscheinend nicht komplett eliminiert werden können. Schon frühzeitig haben sich verschiedene Arbeitsgruppen deshalb mit der Option der postchemotherapeutischen Metastasenresektion und dem potentiellen Einfluss dieses chirurgischen Vorgehens auf die weitergehende Prognose befasst. Aktuell liegen Ergebnisse der retrospektiven Analyse von 274 Patienten vor, die eine Verbesserung des mittleren Überlebens von 14 bis 16 Monaten bei alleiniger Chemotherapie auf 31 bis 41 Monate dokumentie-

ren. Die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) analysierte die onkologischen und chirurgischen Ergebnisse der operativen Entfernung von Restmetastasen nach abgeschlossener Chemotherapie von 41 Patienten mit metastasiertem Urothelkarzinom in einem oder mehreren Organen, die mindestens ein partielles Ansprechen nach M-VAC oder Gem/Cis Chemotherapie aufwiesen. Unter einer partiellen Remission (Verkleinerung der ursprünglichen Metastase) versteht man die radiologisch messbare Reduktion des Metastasendurchmessers in zwei Ebenen um mindestens 25%, während eine komplette Remission das komplette Verschwinden von Metastasen in der Bildgebung beschreibt. Das mittlere Gesamtüberleben ab der Erstdiagnose des metastasierten Urothelkarzinoms und der Metastasenresektion lag bei 38 bzw. 34 Monaten mit einer 5-Jahresüberlebensrate von 28% bzw. 29%. Das mittlere tumorspezifische Überleben lag bei 46 bzw. 41 Monaten, während das rezidivfreie Überleben mit 20 bzw. 19 Monaten anzugeben ist. Derzeit kann die Indikation zur postchemotherapeutischen Metastasenresektion bei Patienten in einem guten Allgemeinzustand, mindestens 25%iger Verkleinerung der Metastase, isoliertem Nachweis von retroperitonealen (hinter dem Bauchfell gelegen) Lymphknotenmetastasen oder Lungenmetastasen gestellt werden. Wichtigste Voraussetzung für den operativen Eingriff ist die komplette Entfernbarkeit der Metastasen. Bei Metastasen anderer Lokalisation sind die chirurgischen Ergebnisse bei einem sehr kurzen Zeitintervall ohne erneutes Tumorstadium nicht sehr vielversprechend, so dass von der Metastasenchirurgie Abstand genommen werden sollte.

Sekundäre Chemotherapie

Wie bereits oben erwähnt beträgt das mittlere progressionsfreie Intervall trotz gutem Ansprechen auf die Chemotherapie mit Gemcitabin und Cisplatin nur 7-8 Monate, so dass in der überwiegenden Mehrzahl der Patienten eine weitergehende systemische Tumorthherapie bei nachgewiesenem Rezidiv notwendig wird. Die Kombination aus Gemcitabin und Paclitaxel (**Gem/Pac**) wurde in klinischen Studien sowohl in der Erstlinien- als auch in

der Zweitlinientherapie nach Gemcitabin/Cisplatin untersucht. Geeignet ist diese Kombination vor allem für Patienten, die für eine Cisplatin-basierte Chemotherapie aufgrund von bereits vorbestehenden Einschränkungen der Nieren- und/oder Knochenmarksfunktion nicht in Frage kommen. Mit dieser Kombination lässt sich ein objektives Ansprechen, d.h. eine Verkleinerung der Metastasen in den bildgebenden Kontrolluntersuchungen bei bis zu 64 % der Patienten beobachten. Das mittlere progressionsfreie Überleben lag in dieser Phase-II Studie mit 28 Patienten bei 19.1 Monaten. In einer weiteren Phase-II Studie lag die Ansprechrate in der Patientengruppe mit Erstlinientherapie bei 40 %, während in der Patientengruppe mit Zweitlinientherapie bei 33 % der Patienten ein objektives Ansprechen beobachtet wurde. Die Therapie bestand in beiden Studien aus einer 2-wöchentlichen Erhaltungstherapie mit 150 mg/m² Paclitaxel und 3000 mg/m² Gemcitabin. In beiden Studien war die Knochenmarkstoxizität die dosislimitierende (die Dosis bestimmende / begrenzende) Nebenwirkung, weshalb bei nahezu zwei Dritteln der Patienten eine Dosisreduktion (Verringerung der Dosis) erfolgen muss. Hier bedarf es intensiver Blutbildkontrollen durch einen onkologisch erfahrenen Urologen.

Eine weitere Alternative als Zweitlinientherapie besteht in der Applikation (Verabreichung) des **dosisintensivierten M-VAC Schemas**, bei dem die Medikation nicht wie in dem ursprünglichen Protokoll in 3-wöchentlichen, sondern in 14-tägigen Abständen appliziert wird. Die wesentliche Nebenwirkung der Therapie besteht in der Hemmung der Blutbildung, die sich durch einen Abfall der weißen und roten Blutkörperchen sowie der Blutplättchen bemerkbar machen kann. Aufgrund des hohen Risikos des Abfalls der weißen Blutkörperchen mit erhöhter Infektionsgefahr wird unmittelbar im Anschluss an die Chemotherapie ein Wachstumsfaktor (G-CSF) mit einer dreiwöchigen Depotwirkung einmalig in das Unterhautfettgewebe gespritzt, um das Knochenmark zur Bildung von weißen Blutzellen zu stimulieren und den deutlichen Abfall zu verhindern. Diese dosisintensivierte M-VAC Therapie sollte

aufgrund der hohen Nebenwirkungsraten und der intensiven Kontrolluntersuchungen nur in erfahrenen Zentren angewendet werden.

Die Therapie mit **Vinflunin**, einer die Zellteilung hemmende und den natürlichen Zelltod induzierende (hervorrufend / bewirkend) Substanz ist als Monosubstanz in der Zweitlinientherapie des metastasierten Urothelkarzinoms in klinischen Phase-II Studien als auch in einer prospektiv randomisierten, placebo-kontrollierten klinischen Phase-III Studie untersucht worden. In den Phase-II Studien zeigte sich bei einer Dosierung von 320 mg/m² in 3-wöchentlichen Intervallen eine Ansprechrate von 8-10% bei einem progressionsfreien Überleben von 3 Monaten und einem Gesamtüberleben von 6.6 – 8 Monaten. In der nachfolgenden prospektiven Phase-III Studie wurde Vinflunin gegenüber einer Placebogabe in einem Kollektiv von 370 Patienten mit fortschreitender Tumorerkrankung trotz vorausgegangener cisplatinhaltiger Erstlinientherapie untersucht. Primärer Studienendpunkt war das Gesamtüberleben, sekundäre Zielkriterien waren Ansprechrate, progressionsfreies Überleben sowie Nebenwirkungen der Therapie. Die mittlere Behandlungsdauer betrug in beiden Gruppen 9.5 Wochen, die mittlere Nachbeobachtungszeit lag in beiden Gruppen zwischen 21 und 22 Monaten. Das mittlere Überleben war in der Vinfluningruppe mit 6.9 Monaten statistisch signifikant länger als in der Kontrollgruppe mit 4.6 Monaten ($p < 0.0001$). Das mediane progressionsfreie Überleben lag mit 3.0 Monaten in der Vinfluningruppe ebenfalls statistisch signifikant höher als in der Kontrollgruppe mit 1.5 Monaten. Im Rahmen der klinischen Studie wurden zusätzlich Lebensqualitätsuntersuchungen durchgeführt, die jedoch keinen signifikanten Unterschied in den beiden Behandlungsgruppen nachweisen konnten. Auch in der Entwicklung der Schmerzskala konnte ein Vorteil im Vinfluninarm erst nach 18 Wochen Therapie erzielt werden. Bei einer mittleren Behandlungsdauer von 9.5 (0.7-66) Wochen hat die Mehrzahl der Patienten nicht von dem analgetischen (schmerzlindernd) Effekt der Therapie profitiert. Schwerwiegende Nebenwirkungen traten unter Vinflunin in nahezu zwei Dritteln der

behandelten Patienten auf, so dass hier eine strenge Abwägung der Vor- und Nachteile vor Einleitung der Therapie zu treffen ist.

Innovative Therapieansätze

Wie aus den obigen Ausführungen ersichtlich wird, ist die Wirksamkeit der klassischen Chemotherapie beim metastasierten Blasenkrebs zeitlich limitiert. Der Prozess des Tumorwachstums trotz initialem (anfänglichem) Ansprechen auf die Chemotherapie wird durch eine Vielzahl von molekularen Veränderungen in den Tumorzellen hervorgerufen, die eine Unempfindlichkeit (Resistenz) oder eine Abschottung gegenüber den toxischen Medikamenten ermöglichen. In den letzten Jahren hat das Verständnis um die molekularen Ereignisse deutlich zugenommen, so dass eine Vielzahl von Antikörper-basierten klinischen Studien in der Therapie realisiert werden konnten. Der Einsatz von Antikörpern gegenüber den eine tumorbedingte Blutgefäßneubildung fördernden Botenstoffen (Bevacizumab), der Einsatz gegenüber Wachstumsproteinen (FGFR-3, HER-2/neu), die Bestimmung zirkulierender Tumorzellen und die Kenntnis von Eiweißsubstanzen, die eine primäre Resistenz gegenüber der Chemotherapie verursachen (ECCR-1), werden in der Zukunft eine optimierte Therapie für die Patienten mit metastasiertem Blasenkarzinom ermöglichen. Derzeit können diese Substanzen allerdings nur im Rahmen klinischer Studien geprüft und appliziert werden. Hierzu sollte sich ein jeder Patient mit den in Wohnortnähe befindlichen Studienkliniken in Verbindung setzen.

Professor Dr. med. Axel Heidenreich
 Direktor der Klinik für Urologie
 Universitätsklinikum Aachen
 Pauwelsstr. 30
 52074 Aachen
 Tel.: 0241 808 9374
 Fax: 0241 808 2441
 E-Mail: aheidenreich@ukaachen.de

Nachlese

zum amerikanischen Onkologiekongress 2012 (ASCO)

Dr. Stefanos Papadoukakis und Prof. Dr. Michael Truß

Die Jahrestagung der American Society for Clinical Oncology (ASCO) ist der wichtigste Onkologiekongress weltweit. Der diesjährige Kongress fand vom 01. bis 05. Juni 2012 in Chicago statt. Hierzu wurden im Vorfeld tausende Anmeldungen eingereicht und bewertet. Insgesamt wurden letztlich rund 2.700 Abstracts (Kurzreferate) zum Thema Krebs (u.a. Brustkrebs, gastrointestinale Tumore, urologische Tumore, Leukämien etc.) angenommen. 57 Abstracts befassten sich mit dem Urothelkarzinom. Wir präsentieren die wichtigsten Beiträge in der folgenden Zusammenfassung:

- In einer Sekundäranalyse der Prognosefaktoren (Angaben, die den möglichen Verlauf einer Krankheit vorhersagen) bei Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom nach systemischer Chemotherapie (planmäßige Behandlung mit Zytostatika, also mit Zellgiften, die auf die Tumorzellen einwirken sollen) wurden die Daten von elf Phase II Studien zusammengefasst (Pond et al.) (Name des Autors und andere). Insgesamt wurden die Daten von über 700 Patienten analysiert. Ein gutes Ansprechen zu Beginn der Therapie korrelierte (in Wechselbeziehung stehen) hierbei mit einem verbesserten Langzeitüberleben. Im Gegensatz hierzu ist ein Nichtansprechen oder ein Progress (Fortschreiten) während der ersten 3 Monate mit einem extrem schlechten Ausgang korreliert. Offenbar handelt es sich bei der sogenannten TFPC (time from prior chemotherapy) (Zeitraum früherer Chemotherapien) um einen unabhängigen Prognosefaktor. Die Autoren folgern deshalb, dass die TFPC zur Therapiestratifizierung (Abschätzen des Risikos, mit dem eine Krankheit fortschreitet) mit einbezogen werden sollte. Eine Zweitlinientherapie bei Patienten mit frühem Progress nach Erstlinientherapie wird kritisch gesehen.
- Eine randomisierte (erforscht und in einer Statistik festgehalten) Phase-II-Studie untersuchte, ob die Hinzunahme von Cetuximab zu Gemcitabine/Cisplatin bei Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom einen zusätzlichen therapeutischen Nutzen bringt (Grivas et al.). Cetuximab ist ein aktiver Antikörper, der bereits bei anderen Tumorerkrankungen eingesetzt wird. Sowohl das mediane (mittelwertig) progressionsfreie Überleben als auch das Gesamtüberleben waren statistisch nicht signifikant unterschiedlich, jedoch wurden unerwünschte Nebenwirkungen in der Cetuximabgruppe häufiger beobachtet. Aus diesem Grunde kann die Hinzunahme von Cetuximab zu dem Standardregime Gemcitabine/Cisplatin nicht empfohlen werden.
- In einer weiteren retrospektiven Analyse wurden Prognosefaktoren bei Patienten mit metastasiertem Urothelkarzinom untersucht, die sich von 1997 bis 2011 einer Cisplatin-basierten Chemotherapie innerhalb einer Phase II oder Phase III Studie unterzogen haben (Galsky et al.). Als prognostisch bedeutsame Parameter (Einflussfaktor) wurde ein ECOG Performancestatus (gesundheitlicher Ausgangszustand des Patienten, abzulesen in der ECOG-Tabelle) über 1, viszerale Metastasen (Lunge, Leber, Knochen) sowie die Leukozytenzahl identifiziert (feststellen). Dieses Prognosemodell könnte demnach in der Zukunft für die Patientenberatung sowie Studiendesigns (Vorgehensweise im Rahmen einer Studie) hilfreich sein.
- Djaladat et al. untersuchten die Prognosefaktoren Serum Albumin sowie präoperativer ASA Score (Maß für die Schwere von Begleiterkrankungen) bei Patienten, die sich einer radikalen Cystektomie unterziehen mussten. Hierbei zeigte sich, dass ein niedriges Serum Albumin sowie ein hoher ASA Score unabhängige Prognosefaktoren für das postoperative Gesamtüberleben darstellen. Diese Parameter könnten demnach in Nomogramme (mathematische Berechnungen) zur Prognoseeinschätzung eingehen.
- Daneshmand et al. entwickelten ein Modell zur Abschätzung eines pathologischen Upstagings. Hierbei wurden die Daten von 1964 Patienten retrospektiv ausgewertet. Es konnten die Faktoren Alter, lymphovaskuläre Invasion (Befall der Lymphgefäße), Multifokalität (mehrere Karzinomherde), tiefe Muskelinvasion, Muster des Tumorzustands sowie Nachweis einer Hydronephrose (Harnstau) als negative Faktoren sowohl für ein Upstaging als auch für das postoperative Gesamtüberleben identifiziert werden.
- In einer weiteren Studie wurde der Einfluss der Lymphknotenentfernung im Rahmen einer radikalen Cystektomie (Entfernung der Harnblase) untersucht (Holder et al.). Es konnte gezeigt werden, dass eine erweiterte Lymphadenektomie (Lymphknotenentfernung) einen positiven Effekt auf das Gesamtüberleben hat, allerdings nur bei Patienten, die nicht chemotherapiert werden mussten.
- diStasi et al. randomisierten (erforschen und daraus eine Statistik erstellen) 212 Patienten mit nicht-muskelinvasivem Urothelkarzinom der Hochrisikogruppe zu entweder einer BCG Instillationstherapie für sechs Wochen oder BCG Instillationstherapie für zwei Wochen mit nachfolgender „elektromotiver“ Mitomycininstillation (kombinierte Therapie aus innerer Erwärmung der Blase und Einspülung von Mitomycin) (EMDA: electromotive drug administration) für drei Wochen. Hierbei zeigte sich ein Vorteil für die Kombinationstherapie bezüglich der Remissionsraten (Nachlassen der Krankheitszeichen) und Remissionszeiten.
- Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) (neuartige Medikamenten-Wirkstoffe) haben bei verschiedenen Tumorerkrankungen, u. a. beim Nie-

renzellkarzinom, die onkologische Therapie in den letzten Jahren revolutioniert. In einer Phase II Studie von Balar et al. wurde die neoadjuvante Gabe (also vor Cystektomie/ Harnblasentfernung) von Gemcitabine/Cisplatin versus (im Gegensatz zu) Gemcitabine/Cisplatin plus dem TKI Sunitinib bei Patienten mit muskelinvasivem Urothelkarzinom getestet. Die Analyse der feingeweblichen Untersuchungen lassen allerdings nicht auf eine Wirksamkeit von Sunitinib schließen.

- In einer Phase II-Studie wurde die Substanz Tamoxifen bei Patienten mit Progress (Fortschreiten) nach Chemotherapie untersucht (Lerner et al.). 22 % der Patienten waren nach 4 Monaten progressionsfrei, bei einem Patient wurde eine geringe Tumorregression (Rückkehr

des Krebses) bei recht guter Verträglichkeit gesehen. Diese sehr vorläufigen Ergebnisse rechtfertigen weitere Untersuchungen mit der Substanz Tamoxifen.

Das fortgeschrittene und metastasierte Urothelkarzinom bleibt weiterhin eine große klinische Herausforderung. Anders als bei anderen Tumorerkrankungen (z. B. Nierenzellkarzinom, Prostatakarzinom, Hodenkarzinom) sind in den letzten Jahren keine wesentlichen Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Aus diesem Grunde nimmt auch weiterhin die engmaschige Kontrolle insbesondere von Patienten mit oberflächlichen high grade-Tumoren und somit hohem Risiko für die Entwicklung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Tumors einen besonders großen Stellenwert ein.



Korrespondenz
Professor Dr.
Michael C. Truß

Klin kdirektor
Urologische Klinik
Klin kum Dortmund
gGmbH
Münsterstr. 240
44145 Dortmund
Tel.: 0231 953 18700
Fax: 0231 953 18790
michael.truss@klinikumdo.de



Medizinische Fachtagung 2013 mit Delegiertenversammlung

Freitag, 15. bis Sonntag, 17. März 2013
Klinikum Fulda gAG, Pacilliallee 4, 36043 Fulda

PROGRAMM

Freitag, 15.03.2013

16:00 Uhr Begrüßung bei Kaffee und Kuchen
17 - 18 Uhr Erfahrungsaustausch unter Betroffenen
19:15 Uhr gemeinsames Abendessen

Samstag, 16.03.2013

09:00 Uhr Eröffnung der Fachaussstellung
09:30 Uhr Medizinisches Symposium
5 Vorträge mit Diskussion zu den Themen
Medizinische Leitlinien, Harnableitungen, Nachsorgeuntersuchung bei Blasentumor, Tumorentstehung nach Harnableitung, Organspende
14:00 Uhr Delegiertenversammlung ShB 2013
19:30 Uhr gemeinsames Abendessen

Sonntag, 17.03.2013

09:30 Uhr geführter Stadtrundgang Fulda
12:00 Uhr gemeinsames Mittagessen
14:00 Uhr Ende der Fachtagung

Wir laden Sie herzlich ein

- zur Teilnahme an der Medizinischen Fachtagung ins Klinikum Fulda
- zur ShB-Delegiertenversammlung 2013
- zu Gesprächen und zum gegenseitigen Kennenlernen
- in die geographische Mitte Deutschlands
- in die Barock- und Bischofsstadt Fulda

Alle Mitglieder erhalten eine persönliche Einladung. Nichtmitglieder sind herzlich willkommen.

Haben Sie Fragen? Telefon: 0228 33889150

Hinweis an die ShB-Mitglieder

Im Rahmen der Delegiertenversammlung in Fulda am 16.03.2013 ist ein Tagesordnungspunkt die Wahl der Vorstandsmitglieder ShB.

Wenn Sie sich über die Aufgaben des Vorstandes informieren wollen, wenn Sie für die Wahl zum Vorstandsmitglied kandidieren wollen, sprechen Sie bitte die Vorstandsmitglieder des ShB an.

5. ShB-Fachtagung 2012

für Leiterinnen und Leiter der Selbsthilfegruppen Blasenkrebs

am 22. und 23. Oktober 2012 in Schwerte

Seit 2008 veranstaltet der ShB jährlich die Fachtagungen für die Leiterinnen und Leiter der Selbsthilfegruppen Blasenkrebs. Auf der 5. ShB-Fachtagung am 22. und 23.10.2012 in Schwerte begrüßte der Vorstand 27 Teilnehmer/innen aus den verschiedenen Selbsthilfegruppen des ShB. In der Satzung des ShB ist die Versammlung der Leiter/innen der Selbsthilfegruppen als ein Organ des Vereins benannt. In § 11 ist Folgendes festgelegt: Um sich über die Arbeit der Selbsthilfegruppen zu informieren und sich zu Problemen der Selbsthilfegruppen beraten zu lassen, lädt der Vorstand die Leiter/innen der Selbsthilfegruppen einmal jährlich zu einer Versammlung ein. Diese Versammlung dient auch dem Erfahrungsaustausch der Leiter/innen untereinander. Die Versammlung kann Anträge an den Vorstand stellen.

In der Regel haben diese Fachtagungen 3 Themenschwerpunkte: Auf jeder Fachtagung berichten die Vorstandsmitglieder über „Aktuelles vom ShB“. Die anderen beiden Themenschwerpunkte variieren. So werden medizinische Themen (z. B. 2008: aktueller Stand der Diagnostik „Photodynamische Diagnostik“), rechtliche Themen (z. B. 2010: Rechte für Selbsthilfegruppen) und aktuelle Themen (z. B. 2011: Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung) bearbeitet.

Schwerpunkte der diesjährigen Fachtagung waren der Erfahrungsaustausch der Leiter/innen zum Thema „Leiten von Selbsthilfegruppen – Was und wie machen wir es?“ und das Thema „Gute Kommunikation für ein respektvolles Miteinander. – Konfliktsteuerung und wertschätzende Balance in der Selbsthilfe“.

Von besonderer Bedeutung bei diesen Fachtagungen sind vor allem auch das persönliche Kennenlernen der Leiter/innen untereinander und der persönliche Erfahrungsaustausch.

Am Ende der Fachtagung geben die Teilnehmer/innen Hinweise, Anregungen und Themenvorschläge für die nächste Fachtagung an den Vorstand.

In diesem Jahr wünschten die Teilnehmer/innen, den Zeitrahmen für die nächste Fachtagung auszuweiten. Deshalb wird die 6. ShB-Fachtagung einen etwas größeren Zeitumfang haben.

Sie findet statt:

Do., 17. Okt. 2013

Beginn 10 Uhr bis

Fr., 18. Okt. 2013

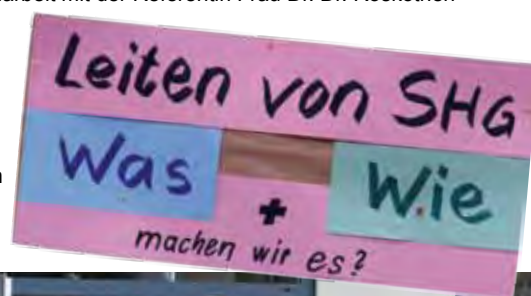
Ende 14 Uhr

in der Kath. Akademie in Schwerte



Gruppenarbeit mit der Referentin Frau Dr. Dr. Roskothen

Erfahrungsaustausch zu diesem Thema



Deutsche schätzen ihr Gesundheitssystem – auch wenn sie es zu teuer finden

„Das deutsche Gesundheitswesen ist eines der leistungsfähigsten der Welt.“ Eine überraschende Aussage angesichts der nicht enden wollenden Diskussion über unser Gesundheitssystem und seinem immer wieder nur mittelmäßigen Abschneiden in internationalen Vergleichen. Allerdings: 86 Prozent der Bundesbürger sind der Ansicht, dass das deutsche Gesundheitswesen zu den leistungsfähigsten der Welt zählt, 90 Prozent beurteilen die medizinische Versorgung positiv und 82 Prozent empfinden Behandlungen als wirkungsvoll. Dies sind Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung „Continentale-Studie 2012“. Entsprechend verwundert es nicht, dass die überwältigende Mehrheit der Deutschen aus medizinischer Sicht nur in Deutschland behandelt werden möchte.

Es steht immer wieder in der Kritik: Nicht leistungsfähig genug sei das deutsche Gesundheitswesen, zu teuer, nicht effektiv. Gestützt werden diese Thesen durch Untersuchungen, die das deutsche System als mittelmäßig bezeichnen. So sah jüngst der europäische Gesundheitskonsumentenindex Deutschland nur auf Rang 12 in Europa – hinter England und knapp vor Kroatien. Das sieht die deutsche Bevölkerung allerdings völlig anders. Sie schätzt ihr Gesundheitswesen. Die medizinische Versorgung wird als erstklassig und wirkungsvoll beurteilt, wie die „Continentale-Studie 2012“ belegt. „Noch entscheidender ist aber die Frage, in welchem Land man aus medizinischen Gründen selbst behandelt werden möchte. Und hier nennen 95 Prozent der Bevölkerung Deutschland – ein extrem einhelliges Votum. Man kann also zusammenfassend sagen, dass unser Gesundheitswesen als sehr gut empfunden wird. Es pauschal schlechtzureden, bildet nicht die Wahrnehmung und Einschätzung der Menschen ab“, ist Helmut Posch, Vorstandsvorsitzender des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit, überzeugt.

80 Prozent finden das Gesundheitssystem zu teuer

Allerdings, einem oft genannten Kritikpunkt stimmen die Deutschen jedoch uneingeschränkt zu: Mehr als 80 Prozent halten das Gesundheitssystem für zu teuer. Mit Blick auf das Thema „Selbst- und Zuzahlungen“ verwundert dies nicht. Denn die „Continentale-Studie 2012“ ergab, dass 96 Prozent der befragten deutschen gesetzlich Krankenversicherten im Alter ab 25 Jahren in den vergangenen zwölf Monaten Leistungen komplett oder teilweise selbst bezahlt hatten.

Und das nicht zu knapp: Im Durchschnitt bezifferten die Befragten die geleisteten Zahlungen auf 380 Euro im Jahr – über den eigentlichen Beitrag der gesetzlichen Krankenkasse hinaus. Im Monat sind dies rund 30 Euro und somit das Vierfache der im vergangenen Jahr von verschiedenen Krankenkassen erhobenen und oft kritisierten Zusatzbeiträge.

Dies ist auch vor einem weiteren Ergebnis dieser Studie nicht uninteressant. Denn: 76 Prozent der befragten gesetzlich Versicherten sagen, bei ihnen hätte die Höhe der Zuzahlungen in den vergangenen fünf Jahren zugenommen; fast ein Drittel meint sogar, sie hätten stark zugenommen. Nur rund ein Fünftel sagt, es hätte keine Veränderung gegeben – dagegen berichtet nahezu niemand von rückläufigen Tendenzen.

Selbst Geringverdiener zahlen noch 325 Euro

Schaut man sich genauer an, wer in Deutschland wie viel privat über den Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus zuzahlt, fallen zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen zum Teil große Unterschiede auf. So zahlen weibliche Befragte im Schnitt 440 Euro selbst, männliche nur 300 Euro. Westdeutsche leisten 395 Euro Zuzahlung, Ostdeutsche lediglich 325 Euro. Die Einkommenshöhe spielt zwar eine Rolle, aber auch Beziehender geringer Einkommen zahlen erhebliche Summen. Befragte mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.500 Euro im Monat zahlen im Schnitt 465 Euro dazu, wer weniger als 2.500 Euro zur Verfügung hat, trägt 350 Euro selbst. Bei den Geringverdienern unter den Befragten (Haushaltsnettoeinkommen von 1.000

bis 1.500 Euro) summieren sich die Zuzahlungen auf immerhin noch 325 Euro im Jahr.

Den Sinn der Selbst- und Zuzahlungen sehen die Deutschen dabei übrigens nicht. Eine Mehrheit spricht ihnen weder eine Steuerungswirkung zu, noch einen positiven Einfluss dadurch, dass sie mehr Geld in das Gesundheitssystem bringen.

Zukunft und Informiertheit: Keine Trendumkehr erkennbar

Deutlich unerfreulicher ist der Blick der gesetzlich Krankenversicherten in die Zukunft, wie die seit 2001 gleichlautend in den Continentale-Studien gestellten Trendfragen belegen. So sagen – ähnlich wie in den Vorjahren – 90 Prozent der Deutschen, für eine gute medizinische Versorgung müsse man schon heute oder in Zukunft über den Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus viel Geld bezahlen. Und 78 Prozent gehen davon aus, langfristig nicht mehr vom medizinischen Fortschritt zu profitieren. Die traditionell schlechte Informiertheit der gesetzlich Krankenversicherten zur Leistungsgarantie in gesetzlichen und privaten Krankenversicherung hat sich 2012 sogar noch weiter verschlechtert.

Gesamtzufriedenheit so hoch wie nie

Aber: In diesem Jahr erreichte die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen den geringsten Wert seit Beginn der Erhebung – nachdem im vergangenen Jahr ein signifikanter Anstieg zu verzeichnen war. „Diese Entwicklung stützt die These, dass immer dann, wenn die gesetzlich Krankenversicherten ganz konkret mehr Geld bezahlen mussten, sie deutlich unzufriedener sind“, so Helmut Posch. Denn: Im vergangenen Jahr führten verschiedene gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzbeiträge ein und die Unzufriedenheit stieg – wie schon nach der Einführung der Praxisgebühr. In diesem Jahr wurden die umstrittenen Zusatzbeiträge wieder abgeschafft.

Zur Studie:

Die „Continentale-Studie 2012“ wurde, wie schon in den vergangenen Jahren, in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest umgesetzt. Die Studie wird seit dem Jahr 2000 jährlich durchgeführt und beschäftigt sich stets in einem Schwerpunktteil mit aktuellen Fragen des Gesundheitswesens. Zur „Continentale-Studie 2012“ wurden bundesweit repräsentativ 1.285 Personen ab 25 Jahren befragt, davon waren 1.118 gesetzlich versichert.

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. ist eine bundesweit tätige Selbsthilfeorganisation für an Harnblasenkrebs erkrankte Personen und deren Angehörige sowie die Dachorganisation von lokalen Selbsthilfegruppen. Er wurde am 14.12.2004 in Berlin gegründet, um die Öffentlichkeit über die Erkennung sowie die Behandlung von Blasenkrebs und alle damit zusammenhängenden Probleme aufzuklären, den Selbsthilfgedanken bei Betroffenen und ihren Angehörigen zu fördern sowie deren Interessen zu bündeln und zu vertreten und sie in ihrer Lebenssituation zu unterstützen und zu beraten. Im ShB haben sich Einzelpersonen und Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen.

Der ShB ist ein eingetragener Verein mit anerkannter Gemeinnützigkeit. Die rechtliche Grundlage ist die Satzung in der Fassung vom 24.04.2009. Sie enthält wichtige Bestimmungen und konkrete organisatorische Regelungen. Der ShB verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke. Er ist selbstlos tätig und die Mittel dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Die Delegiertenversammlung ist das oberste Organ des ShB. Sie

besteht aus den von den ordentlichen Mitgliedern in den einzelnen Bundesländern gewählten Delegierten. Die Delegiertenversammlung tritt einmal pro Jahr zusammen. Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden und mindestens zwei, höchstens vier weiteren Mitgliedern.

Finanzen

Durch Spenden, Fördermittel und Sponsorengelder finanziert sich der ShB. Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben.



Kontakt Daten des Vorstands

Karl-Heinz Bockelbrink,
Kommissarischer Vorsitzender
Telefon: 0231 403676
E-Mail: bockelbrink@blasenkrebs-shb.de

Dr. Manfred Petrik,
stv. Vorsitzender
Telefon: 02304 239860
E-Mail: petrik@blasenkrebs-shb.de

Alfred Marenbach, Schriftführer
Telefon: 02133 45365
E-Mail: marenbach@blasenkrebs-shb.de

Joachim Weier, Schatzmeister
Telefon: 02302 32196
E-Mail: weier@blasenkrebs-shb.de

Veränderungen im Vorstand des ShB

Wir informieren Sie darüber, dass Peter Schröder am 9.09.2012 sein Amt als Vorsitzender des ShB niedergelegt hat.

Wir danken Herrn Schröder für die langjährige Arbeit im Amt an der gemeinsamen Sache.

Am 17.09.2012 hat der Vorstand einstimmig beschlossen, Karl-Heinz Bockelbrink mit dem Amt des Vorsitzenden kommissarisch zu betrauen. Diese Regelung gilt bis zur Neuwahl des gesamten Vorstands auf der nächsten Delegiertenversammlung am 16.03.2013 in Fulda.

Der Vorstand des ShB

Seit April 2009 gehört der ShB zum
**HAUS DER KREBS-SELBST-
HILFE** in Bonn.



HAUS DER KREBS-SELBSTHILFE

Kontakt

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Telefon: Zentrale ShB 0228 33889 150
Vorstand 0228 33889 151
Fax: 0228 33889 155

E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de

Telefon-Hotline: 0208 62 19 60 41

Internet: www.blasenkrebs-shb.de

eingetragen unter
VR 51704 Amtsgericht Duisburg
Steuer-Nr.: 120/5702/1288
Finanzamt Mülheim an der Ruhr

Bankverbindung:

Konto-Nr.: 15339995
Bankleitzahl: 660 908 00
Kreditinstitut: BBBank

Der ShB wird gefördert von



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Gemeinsam sind wir stärker – darum: Mitglied werden im ShB und Mitglieder werben für den ShB! Jetzt handeln!

Liebe Leserin, lieber Leser, sehr geehrte Damen und Herren,

viele von Ihnen wissen es:

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. ist eine bundesweit tätige Vereinigung von an Blasenkrebs erkrankten Menschen und deren Angehörige sowie von Selbsthilfegruppen Blasenkrebs.

Aktuell hat dieser Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. über 650 Mitglieder und das müssen noch mehr werden, damit der ShB die Interessen der Blasenkrebskranken und deren Angehörige noch stärker vertreten kann. Nur gemeinsam können wir die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik und bei den Gesundheitsbehörden zugunsten von uns Patienten und unseren Angehörigen beeinflussen. Ferner ist das Harnblasenkarzinom ein bisschen das vernachlässigte Kind der Forschung. Dies bedeutet, dass in der Grundlagenforschung sowie in der klinischen Anwendungsforschung beim Harnblasenkarzinom nur wenig geforscht wird. Mit einer großen Mitgliederzahl können wir unseren Wunsch nach intensiverer Forschung nachdrücklicher aussprechen.

Werden Sie Mitglied im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. und werben Sie bitte weitere Mitglieder.

Senden Sie bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Beitrittserklärung

Ja, ich werde Mitglied im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Name: Vorname:

Geb.-Datum:

Straße, Nr.:

PLZ/Ort: Bundesland:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Ich möchte ordentliches Mitglied des ShB werden.

Ich bin Blasenkrebspatient/in

nach TUR mit Neo-Blase mit Pouch mit Uro-Stoma mit Harnleiter-Hautfistel Sonstiges

Ich möchte ordentliches Mitglied des ShB werden.

Ich bin Angehörige/r bzw. Lebenspartner/in von
der/die Blasenkrebspatient/in ist. Name, Vorname des/r Blasenkrebspatienten/in

Ich möchte außerordentliches (förderndes) Mitglied werden.

Ich bin Mitglied der Selbsthilfegruppe

Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Datum der Annahme Ihres Antrags durch den Vorstand des ShB. Sie erhalten vom Vorstand des ShB eine schriftliche Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft mit der gültigen Satzung. Der Austritt ist jederzeit möglich und erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand.

Ich bin darüber informiert, dass der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften personenbezogene Daten mit Hilfe von Computern verarbeitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum: Unterschrift:

Essen – gesund, therapeutisch, Anti-Krebsdiät

Therapeutisch essen

Im Grunde wissen wir es ja: Gesunde Ernährung ist gut für unseren Organismus. Wir wissen es, aber wir halten uns längst nicht immer dran. Betrachtet man unser Ess-Verhalten rein wissenschaftlich, sollte man vielleicht doch verstärkt zu Gesundem greifen. Nach aktuellem Kenntnisstand des US-amerikanischen Krebsforschungszentrums (The National Cancer Institute) sind ungefähr ein Drittel aller Krebserkrankungen auf die falsche Ernährung zurückzuführen.

Zwar listen die Studien des Instituts keine Patent-Mahlzeiten auf, mit der man Krebs im Keim ersticken könnte, doch gibt es einige Lebensmittel, die bei der Vorbeugung von Krebs hilfreich sind. Die Wissenschaftler konnten in manchen Lebensmitteln Stoffe identifizieren, die in der Lage sind, Krebszellen sogar konkret zu vernichten. Besonders gute Eigenschaften haben die so genannten Phytochemikalien.

Gutes in der Pflanze

Diese Phytochemikalien werden oft auch als sekundäre Pflanzenstoffe bezeichnet. Es handelt sich dabei um bestimmte chemische Verbindungen, die der Pflanze – im Gegensatz zu den primären Pflanzenstoffen wie Kohlenhydrate, Proteine und Fette – nicht als Nährstoffe dienen. Manche Phytochemikalien dienen der Pflanze als Blütenfarbstoffe, andere als Duftstoffe, wieder andere als Abwehrstoffe, um Fraßfeinde abzuwehren und ganz andere um die Pflanze vor Pilz- oder Bakterieninfektionen zu schützen. Polyphenole im Granatapfel zum Beispiel können den Blutdruck senken, Sulfide im Knoblauch verhindern etwa Thrombosen, Phenolsäuren in Früchten töten Bakterien und Saponine in Hafer und Hülsenfrüchten wirken entzündungshemmend. Lebensmittel, die reich an Omega-3-Fettsäuren sind, gehören in jede effektive Anti-Krebs-Diät. Omega-3-Fettsäuren sind besonders in Leinöl und wild gefangenen Kaltwasserfisch wie zum Beispiel Lachs enthalten.

Gesund essen

Wenn es um gesunde Lebensmittel geht, dürfen, wie aufgezeigt, die Omega-3-Fettsäuren nicht fehlen. Sie gelten schon lange als die Stars unter den Gesundmachern. Hier ein kleiner Steckbrief. Weil sie ursprünglich Bestandteile von Zellmembranen im Gehirn und Auge sind, erhalten sie lebenslang deren Funktionstüchtigkeit. Neben der Stärkung der Gehirnleistung und der Sehkraft (schon in der Schwangerschaft) schützen die Omega-3-Fettsäuren auch Herz und Kreislauf. Nun werden diese Fettsäuren auch häufig genannt, wenn es um die so genannte Anti-Krebsdiät geht, weil sie bestimmte Substanzen, die als krebserregend gelten, unschädlich machen sollen. Leinöl und wild gefangener Kaltwasserfisch wie zum Beispiel Lachs, aber auch manche Algen (man spricht hier von Afa-Algen) gelten als reich an Omega-3-Fettsäuren. Nach einer Studie der Mayo Clinic wird Menschen mit einer koronaren Herzerkrankung geraten, täglich ein Gramm Omega-3-Fettsäuren zu sich zu nehmen. Für gesunde Menschen reichen bereits 500 mg am Tag, heißt es. Patienten, deren Triglyzerid-Spiegel erhöht ist, profitieren von drei bis vier Gramm Omega-3: „In dieser Dosierung kann das Fischöl den Studien zufolge die Werte um 20 bis 50 Prozent senken“, so einer der Forscher.

Antikrebs-Diät mit Obst und Gemüse

Wenn von Antikrebs-Diät die Rede ist, geht es meist um Lebensmittel mit so genannten Antioxidantien. Damit sind Inhaltsstoffe gemeint, die krebserregende Substanzen (Freie Radikale) vernichten können. Traditionelle Lieferanten von Antioxidantien sind Obst und Gemüse. Besonders Avocados, Brokkoli, Kohl, Blumenkohl, Karotten, Knoblauch, Süßkartoffeln, Pilze und Bohnen sind hier zu nennen. Randvoll mit Antioxidantien sind Grapefruits, Feigen, Orangen, Zitronen, Trauben, Papayas, Himbeeren, Heidelbeeren, schwarze Johannisbeeren, Kirschen, Tomaten und Birnen.

Anti-Krebsdiät

Immer häufiger kommt beim Thema Krebs nicht nur die Frage nach der Therapie durch Operation oder Chemotherapie auf – Wissenschaftler befassen sich auch damit, wie wir unser Leben so gestalten können, dass dem Krebs vorgebeugt werden kann. Oder – wenn er ausgebrochen ist – wie wir die Therapie unterstützen können. In den vorigen Abschnitten habe ich über geeignete Lebensmittel geschrieben, jetzt geht es um Tees und Gewürze.

Rotbusch, Grüner Tee und Ingwertee

Hilfreich sind Teesorten, die reich an Antioxidantien sind – an sogenannten Polyphenolen. Polyphenole verbinden sich in den Zellen mit freien Radikalen und verhindern so, dass diese gesunde Zellen angreifen und – im schlimmsten Fall – für die Entstehung von Krebszellen sorgen. Empfehlenswert sind: Rooibos-Tee (Rotbusch), Grüner Tee und Ingwertee.

Rotwein ist umstritten

Zum Thema Wein. Auch Rotwein, das wird immer wieder beschrieben, soll antioxidative Wirkung haben. Doch hier ist Vorsicht angezeigt: Regelmäßiger Alkoholkonsum, selbst in kleinen Mengen, kann das Krebsrisiko erhöhen. Besser: Blaue Trauben essen!

Gewürze wie Ingwer

Auch Gewürze gelten als Mittel, um den Körper so zu stimmen, dass sich die Zellen nicht ungesund teilen. Auf der Liste stehen zum Beispiel: Kurkuma, Ingwer, Cayenne-Pfeffer (gemahlene Chili-Schoten), Zimt, Rosmarin, Oregano, Petersilie und Salbei. Ingwer hat ohnehin einen guten Ruf: Forscher von der University of Sydney berichten, dass durch Ingwer erhöhte Blutzuckerwerte gesenkt werden können, die gerade bei Diabetes-Langzeitpatienten Komplikationen hervorrufen

*Petra Koruhn, Heilpraktikerin
Für Sie gelesen zum Thema
Gesundheit in der WAZ
Westdeutsche Allgemeine*

Mistel, Johanniskraut & Co. – sinnvoll bei Krebs?

Verbundprojekt „KOKON“ klärt über alternative Heilmethoden auf

Welche ergänzenden oder komplementären Heilverfahren gibt es? Wie kann ich selbst meine Behandlung sinnvoll unterstützen? Wo finde ich verlässliche Informationen dazu? Diese Fragen stellen sich an Krebs erkrankte Menschen immer häufiger: Mehr als die Hälfte aller Betroffenen greifen im Verlauf der Therapie auf Komplementärverfahren zurück. Das jetzt gestartete „KOKON“-Projekt, ein Zusammenschluss mehrerer Kliniken und Forschungsinstitutionen, hat das Ziel, verlässliche und wissenschaftlich ausgewertete Informationen für Patienten und alle in der Onkologie beschäftigten Berufsgruppen bereitzustellen. Die Deutsche Krebshilfe fördert das Projekt über einen Zeitraum von drei Jahren mit 2,5 Millionen Euro.

In der häufig lebensbedrohlichen Situation einer Krebserkrankung wollen viele Betroffene nichts unversucht lassen. Neben der schulmedizinischen Behandlung suchen viele Krebspatienten nach alternativen und komplementären Therapieformen. „Dabei stoßen sie auf ein schier endloses Angebot an Methoden und Heilmitteln, Philosophien und Ratschlägen“, erklärt Dr. Markus Horneber vom Zentrum für Onkologie und Hämatologie am Klinikum Nürnberg. Neben einer Vielzahl an pflanzlichen Präparaten werden auch Nahrungsergänzungsmittel, spezielle Entspannungstechniken und körperliches Training sowie Methoden aus der traditionellen chinesischen Medizin angeboten.

„Es ist schwer, sich in dieser Informationsvielfalt zurechtzufinden. Nicht nur für Patienten, sondern auch für Ärzte und Pflegekräfte“, so Horneber weiter. Der Mediziner ist Sprecher des wissenschaftlichen Verbundprojektes „Kompetenznetz Komplementärmedizin in der Onkologie“ der Deutschen Krebshilfe, kurz „KOKON“. Auch qualitativ decken Komplementärverfahren eine große Bandbreite ab: „Von seriösen Methoden

bis hin zu gefährlichem Pfuscher ist alles möglich“, so Horneber weiter. Auch das am harmlosesten erscheinende Präparat könne beispielsweise die Wirkung einer Chemotherapie stören.

Ziel des Projektes ist es, das Wissen über alternative Methoden in der Krebstherapie zu sammeln und wissenschaftlich zu bewerten. Dazu werden zunächst Krebspatienten und im Gesundheitswesen Tätige zu ihren Informationsbedürfnissen befragt. Diese Erkenntnisse sollen zukünftig in Form einer allgemein zugänglichen Informationsplattform verfügbar sein. Zudem wollen die Experten ein Netzwerk von Beratungsstellen einrichten, an die sich Interessierte wenden können. Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärzte und Pflegekräfte runden das Programm ab.

„Uns geht es vor allem darum, dieses Feld der Patientenversorgung zu professionalisieren“, erläutert Horneber. „Bei vielen Betroffenen ist es zudem nicht notwendig, zu fragen, welche Therapie in Frage kommt, sondern ob es überhaupt sinnvoll ist, auf komplementäre Verfahren zurückzugreifen.“ Generell gilt: Komplementärmedizinische Methoden sollten immer nur ergänzend zu einer professionellen onkologischen Behandlung durch Fachärzte angewendet werden. Sie können aber die Nebenwirkungen der belastenden Therapie lindern und Hilfen für die Auseinandersetzung mit der Krankheit bieten.

Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, betont: „Mit diesem Kompetenznetzwerk kommt die Deutsche Krebshilfe dem Wunsch vieler Patienten nach, verlässliche und wissenschaftlich gesicherte Informationen über komplementäre Therapieverfahren bereitzustellen. Eines der Hauptanliegen der Deutschen Krebshilfe ist es, eine qualitätsgesicherte Informationsplattform zu schaffen, auf die alle Krebspatienten

zugreifen können.“

Neben dem Klinikum Nürnberg ist eine Reihe weiterer Forschungsinstitutionen an „KOKON“ beteiligt: die Charité Universitätsmedizin Berlin, die Universität Frankfurt am Main, das Klinikum Fürth, die Universität Greifswald, die Klinik für Tumorbiologie Freiburg, die Universitätsklinik Fürth, die Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, das Hans-Bredow-Institut in Hamburg sowie die Universitätsmedizin Rostock.

Hinweis in eigener Sache

Liebe Leserin, lieber Leser,

nach 6 Jahren der leitenden Redaktionsarbeit verabschiede ich mich mit dieser Ausgabe 2/2012 der Zeitschrift „Die Harnblase“ von Ihnen.

Die Redaktionsarbeit habe ich in den vergangenen Jahren gerne gemacht. Ich habe mich bemüht, Ihnen Informationen über unseren ShB zu geben, Berichte über persönliche Krankheitserfahrungen und über Erfahrungen in Selbsthilfegruppen zu übermitteln, Aufklärung über Themen aus dem medizinischen, naturheilkundlichen und lebenspraktischen Bereich anzubieten, Adressen von Selbsthilfegruppen und anderen hilfreichen Organisationen zu benennen.

Bei meiner Redaktionsarbeit habe ich Unterstützung erfahren durch viele Autorinnen und Autoren, die Beiträge und Fotos geliefert haben, durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mich bei Gestaltung und Erstellung der Zeitschrift beraten haben.

Ich danke allen für ihre bereitwillige und ausführliche Unterstützung.

Ich danke allen Förderern, Spendern und Partnern, die die Herstellung unserer Zeitschrift unterstützen.

Ich danke Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, für Ihr Interesse an unserer ShB-Zeitschrift „Die Harnblase“.

Ich übergebe nun die Redaktionsaufgabe an Gisela und Rainer Lemke. Meinen Nachfolgern wünsche ich ein gutes Gelingen.

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfegruppen Harnblasenkrebs



Stand: 10.10.2012

Aachen

SHG Blasenkrebsserkrankungen Aachen
Ansprechpartner: Karl-Heinz Bockelbrink
Telefon: 0231 403676

Allgäu

SHG Allgäu für Blasenkrebsserkrankte
Ansprechpartnerin: Margot Sammet
Telefon: 08370 922620
www.selbsthilfegruppe-für-blasenranke-allgäu.de

Bad Nauheim

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Wetterau
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253

Berlin

SHG Blasenkrebs Berlin
in der Selbsthilfe Harnblasenkrebs e.V.
Ansprechpartner: Detlef Höwing
Telefon: 030 7440073
Mobil: 0178 2777132
www.selbsthilfe-harnblasenkrebs.de

Bocholt

SHG Blasenkrebs Bocholt
Ansprechpartner: Peter Schröder
Telefon: 0208 421511
www.stebb-blasenkrebs-bocholt.de.ms

Bonn

SHG Blasenkrebs Bonn
Ansprechpartner: Alfred Marenbach
Telefon: 02133 45365

Darmstadt

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Darmstadt
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253
www.blasenkrebs-shg.de/Darmstadt

Dortmund

SHG Blasenkrebsserkrankungen Dortmund
Ansprechpartner: Karl-Heinz Bockelbrink
Telefon: 0231 403676
Ansprechpartner: Walter Gabelmann
Telefon: 0231 251429
www.shg-blasenkrebs-do.de

Duisburg

SHG Blasenkrebs Duisburg
Ansprechpartnerin: Antonia Wessel
Telefon: 02065 76845

Erlangen

SHG Blasenkrebs Erlangen
Ansprechpartner: Peter Schröder
Telefon: 0208 421511

Essen

SHG Harnblasenkrebs Essen
Ansprechpartnerin: Monika Pulfrich
Telefon: 0201 587954
Ansprechpartner: Hans Stephan
Telefon: 0201 264134
Ansprechpartnerin: Elke Anuebnwa
Telefon: 0173 4307862

Frankfurt

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Frankfurt
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253
www.blasenkrebs-shg.de/Frankfurt

Gera

SHG Harnblasentumor Gera
Ansprechpartner: Manfred Schönemann
Telefon: 0365 7118585

Halle (Saale)

SHG Erektile Dysfunktion + Blasenkrebs Halle
Ansprechpartner: Fred-Johannes Twarde
Telefon: 03456 858828

Hamburg

SHG Blasenkrebs Hamburg
Ansprechpartnerin: Gisela Lemke
Telefon: 040 27808001
Ansprechpartner: Horst Speetzen
Telefon: 04152 74399
www.shg-blasenkrebs-Hamburg.net

Hessen

Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hessen
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253
www.shgbh.de

Karlsruhe

SHG Mainz Pouch Gruppe Karlsruhe
Ansprechpartnerin: Hildegard Verron-Beetz
Telefon: 0721 689118

Karlsruhe

SHG Blasenkrebs Karlsruhe
Ansprechpartner: Rudi Schneider
Telefon: 07247 21839
Ansprechpartner: Josef Dietz
Telefon: 07252 3871

Köln

SHG Blasenkrebs Köln
Ansprechpartner: Friedrich Wauer
Telefon: 02203 9095765
www.shg-blasenkrebs-koeln.de

Köln

SHG Blasenkrebs
Heilig-Geist-Krankenhaus, Köln-Longerich
Ansprechpartnerin: Gabriele Schwenen
Telefon: 0221 7491-8264

Lüneburg

SHG Blasenkrebsserkrankungen Lüneburg
Ansprechpartner: Günther Burmeister
Telefon: 040 76115400
www.shg-blasenkrebs-lueneburg.net

Mannheim

SHG Blasenkrebs Mannheim
Ansprechpartnerin: Ute Kampf
Telefon: 0621 7889314
Ansprechpartnerin: Gundula von Bothmer
Telefon: 0621 735487

München

SHG Blasenkrebs München
Ansprechpartner: Kurt Wagenlehner
Telefon: 089 1415145

Niederrhein (Oberhausen)

SHG Blasenkrebs Niederrhein (Oberhausen)
Ansprechpartner: Wolfhard Brüggemann
Telefon: 02041 51085
Ansprechpartner: Hans-Peter Jelissen
Tel.: 0203 730187

Nürnberg

SHG Ersatzblase Nürnberg 1
SHG Blasenkrebs Nürnberg 2
Ansprechpartnerin: Helga Rottkamp
Telefon: 0911 6320540

Online - Forum

Online Selbsthilfegruppe Blasenkrebs
Ansprechpartner: Eckhard Petersmann
Telefon: 02331 463547
www.forum-blasenkrebs.de

Recklinghausen

SHG Blasenkrebs / Cystektomie Recklinghausen
Ansprechpartner: Franz Pölking
Telefon: 02361 45679

Rhein-Kreis Neuss

SHG Nieren- und Harnblasen-Krebs
Rhein-Kreis Neuss
Ansprechpartner: Manfred Papenheim
Telefon: 02131 541242

Rhein-Main-Gebiet

SHG Männer aktiv gegen Krebs e. V.
Ansprechpartner: Thorsten Fittkau
Telefon: 06182 947676
www.maenner-aktiv-gegen-krebs.de

Schwäbisch Gmünd

SHG Blasenkrebsserkrankungen
Schwäbisch-Gmünd
Ansprechpartner: Josef Saxa
Telefon: 07121 84420

Südbaden

SHG Blasenkrebs Südbaden (Breisgau)
Ansprechpartnerin: Gaby Stünzi
Telefon: 07631 73150

Suhl

SHGruppentumor blasenkrebs SUHL
Ansprechpartner: Günther Birett
Telefon: 03681 879455

Thüringen

SHG Harnblasentumor Thüringen (Jena)
Ansprechpartner: Claus Hofmann
Telefon: 03643 500370
www.harnblasentumor-thueringen.de

Zwickau

SHG Blase-Prosta-Krebs
Ansprechpartner: Jürgen Löffler
Telefon: 0375 296455

Gründung neuer Selbsthilfegruppen Blasenkrebs

In folgender Region soll eine neue
Selbsthilfegruppe Blasenkrebs ge-
gründet werden:

**Bochum, Fulda, Gießen,
Wiesbaden**

Haben Sie Interesse? Wollen Sie
mehr wissen?

Fragen Sie in unserem Büro in
Bonn nach.

Telefon: 0228 33889 150

**Deutsche Krebshilfe e.V.**

Buschstraße 32, 53113 Bonn

Telefon: 0228 729900

Fax: 0228 7299011

Informations- und Beratungsdienst 0800 4203040

www.krebshilfe.de**Deutsche Krebsgesellschaft e.V.**

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin

Telefon: 030 32293290

Fax: 030 322932966

www.krebsgesellschaft.de**Deutsches Krebsforschungszentrum****Krebsinformationsdienst**

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

Telefon: 06221 420

Fax: 06221 422995

Service-Telefon Krebsinformationsdienst

0800 4203040

www.dkfz.de**Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.**

Voßstrasse 3, 69115 Heidelberg

Telefon: 06221 138020

Fax: 06221 1380220

www.biokrebs.de**Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.**

Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn

Telefon: 0228 33889500

Fax: 0228 33889510

Beratungs-Hotline: 0800 7080123

www.prostatakrebs-bps.de**Deutsche ILCO e.V.**(künstliche Harnableitung,
künstlicher Darmausgang)

Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn

Telefon: 0228 33889450

Fax: 0228 33889475

www.ilco.de**Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V.**

(tumorbedingte Erschöpfung)

Maria-Hilf-Straße 15, 50667 Köln

Telefon: 0221 9311596

Fax: 0221 9311597

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de**Inkontinenz Selbsthilfe e.V.**

(ungewollter Verlust von Harn)

Kirchgasse 9, 35305 Grünberg

Telefon: 06401 225350

www.inkontinenz-selbsthilfe.com**Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.**

Friedrich Ebert-Straße 124, 34119 Kassel

Telefon: 0561 780604

Fax: 0561 776770

www.kontinenz-gesellschaft.de**Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion**

(Impotenz)

Weiherweg 30A, 82194 Gröbenzell

Telefon: 08142 597099

www.impotenz-selbsthilfe.de**ICA-Deutschland e.V.**

Förderverein Interstitielle Cystitis

(chronische Entzündung der Blasenwand)

Untere Burg 21, 53881 Euskirchen

Telefon: 0163 9084493

www.ica-ev.de, www.multinationalica.org**Bundesministerium für Gesundheit**

Rochustr. 1, 53123 Bonn

Telefon: 0228 9944100

www.bmg.bund.de**Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten**

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Telefon: 030 184413420

Fax: 030 184413422

www.patientenbeauftragte.de**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

Telefon: 0221 89920

www.bzga.de**Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

UPD gemeinnützige GmbH

21 Beratungsstellen in Deutschland

Beratungstelefon: 0800 0117722

www.upd-online.de**INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e.V.**

Theodor Springmann Stiftung,

Patientenberatungsstelle

Reuchlinstraße 10 – 11, 10553 Berlin

Patiententelefon: 030 44024079

Fax: 030 44024099

www.inkanet.de**Nakos**

Nationale Kontakt- und Informationsstelle

zur Anregung und Unterstützung

von Selbsthilfegruppen

Wilmsdorfer Straße 39, 10627 Berlin

Telefon: 030 31018960

Fax: 030 31018970

www.nakos.de**BAG SELBSTHILFE e.V.**

Interessenvertretung behinderter und

chronisch kranker Menschen

Kirchfelderstr. 149, 40215 Düsseldorf

Telefon: 0211 310060

www.bag-selbsthilfe.de**Was hab' ich ? | washabich.de**

Medizinstudenten übersetzen Ihren

medizinischen Befund in eine verständliche Sprache.

Kostenlos

Netzmanufaktur GmbH

Telefon: 0351 4188900

www.washabich.de**Sie sind krank und Ihre Praxis hat zu?****Telefon: 116 117 (ohne Vorwahl)**

Die Nummer hilft! Bundesweit!

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen

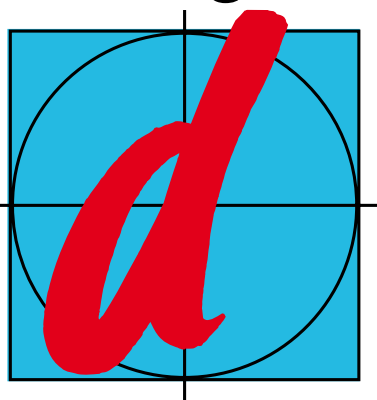
druckwerk



Moderne & Tradition

fotos: www.schmitz-fotografie.de

**offset- & digitaldruck · weiterverarbeitung
mailings · satz · bildbearbeitung · grafik**



**schwanenstraße 30
44135 dortmund
t: 0231/5860915
f: 0231/5860921**

**www.druckwerk.info
druckwerk@versanet.de**