

Die Harnblase



Zeitschrift des
*Selbsthilfe-Bund
Blasenkrebs e.V.*

Ausgabe 1 / 2009

Verantwortung
für die
eigene Gesundheit

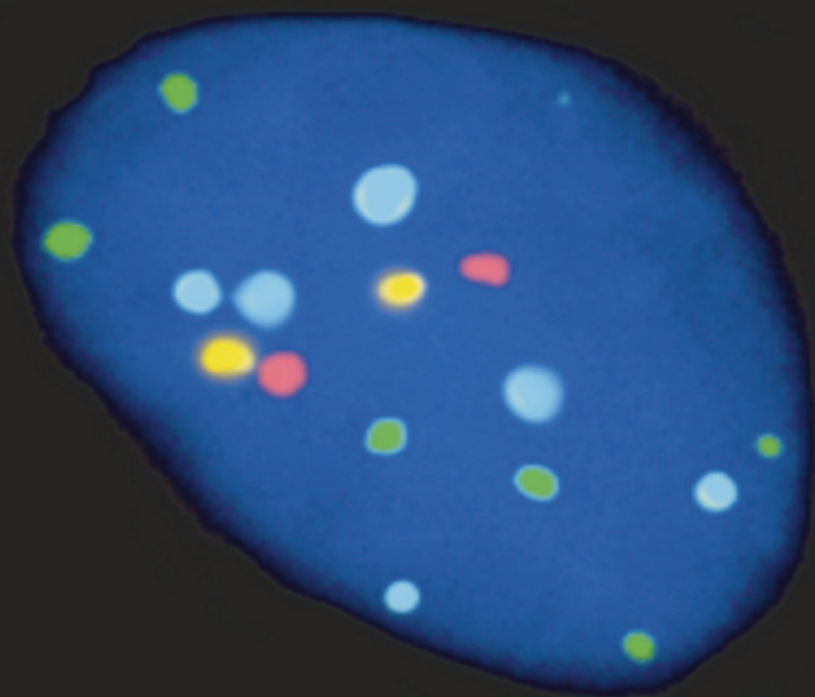


Gemeinsam Verantwortung tragen



Frühe Erkennung von Harnblasenkrebs

UroVysion weist krebstypische genetische
Veränderungen in Blasenzellen nach



VYSIS®

UROVYSION

MOLEKULARE ZYTOLOGIE

www.urovysion.com

 **Abbott**
Molecular

INHALT

	Seite
Inhalt / Impressum	3
Delegiertenversammlung und Vorstandswahlen 2009	4
Fachtagung 2009 in Bad Nauheim	5
Diagnostik und Therapie des nichtinvasiven Harnblasenkarzinoms	6
Psyche und Krebs	11
Das Gute im Kürbis	11
Wenn kein Blasenkrebs - dann vielleicht Interstitielle Cystitis?	12
Aktuelles	
Haus der Krebs-Selbsthilfe, ShB ist Mitglied	14
Informationstag Harnblasentumor in Erfurt	14
Buchtipps	15
Vereinsangaben Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.	16
Wir danken	16
Selbsthilfegruppen Harnblasenkrebs	17
Jede Mitgliedschaft zählt	18
Ihre Spende	18
Nützliche Adressen hilfreicher Organisationen	19

IMPRESSUM

Die Harnblase

Herausgeber

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Ansprechpartner in dieser Angelegenheit:

Bernd W. Balser

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Am Sportplatz 4, 07646 Quirla

Telefon: 036428 49332 Fax: 036428 49334

(v. i. S. d. P.)

Redaktion

Karl-Heinz Bockelbrink

Telefon: 0231 40 36 76

Selbsthilfegruppe Blasenkrebserkrankungen Dortmund

Redaktionsmitarbeit an dieser Ausgabe

Wilfried Betzinger, Dr. Manfred Petrik

Selbsthilfegruppe Blasenkrebserkrankungen Dortmund

Regina Kurz

Franz Hagenmaier

Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hessen

Gestaltung und Layout

Bernd W. Balser

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Anzeigenverwaltung

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfegruppe Blasenkrebserkrankungen Dortmund

Druck

Print24 GmbH

Friedrich-List-Str. 3

01445 Radebeul

Druckauflage

2 500 Stück

Erscheinungsweise

„Die Harnblase“ erscheint

im Mai und November eines Jahres.

Bezugsbedingungen

Die Zeitschrift wird bundesweit kostenlos verteilt und verschickt. Sie kann außerdem angefordert werden und steht als PDF-Datei im Internet zur Verfügung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge stimmen nicht zwangsläufig mit der Meinung des Herausgebers und der Redaktion überein.

Die Autoren erklären sich mit der redaktionellen Bearbeitung ihrer Beiträge einverstanden.

Diese Zeitschrift kann u. a. werbliche Informationen über verschreibungspflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel enthalten. Ihre Anwendung ersetzt aber keinesfalls die Inanspruchnahme eines Arztes.

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden.

Delegiertenversammlung und Vorstandswahlen 2009

Am 21. März 2009 fand die erste ordentliche Delegiertenversammlung des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. in der Kurpark-Klinik in Bad Nauheim statt. Damit wurde die von den Mitgliedern im April 2008 beschlossene neue Satzung in einem weiteren Punkt umgesetzt.

Zuvor wurden am 4. Dezember 2008 die Ergebnisse der Delegiertenwahl mit der Auszählung der abgegebenen Stimmen durch die Wahlkommission ermittelt. 15 Delegierte aus 7 Bundesländern und 10 Ersatzdelegierte aus 2 Bundesländern wurden für die Dauer von 4 Jahren gewählt.

Die Delegierten sind:

Bayern	Margot Sammet	Selbsthilfegruppe Allgäu
Berlin	Rudi Mewis	SHG Selbsthilfe Blasenkrebs Berlin
Hamburg	Peter Grimm	SHG Blasenkrebs Hamburg
Niedersachsen	Jens Pawlowski	SHG Blasenkrebs Friesland
Nordrhein-Westfalen	Dr. Manfred Petrik	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Karl-Heinz Bockelbrink	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Peter Schröder	SHG STEBB Bocholt
	Hildegard Walendzik	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Wilfried Betzinger	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Alfred Marenbach	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Bonn
	Sandra Schröder	SHG STEBB Bocholt
	Eckhard Petersmann	Online Selbsthilfegruppe
Sachsen	Jürgen Löffler	SHG Blase-Prosta Zwickau
Thüringen	Bernhard Ludwig	SHG Harnblasentumor Thüringen
	Dieter Neubert	SHG Harnblasentumor Thüringen

Die Ersatzdelegierten sind:

Nordrhein-Westfalen	Friedrich Seelbach	SHG STEBB Bocholt
	Herbert Saaba	SHG STEBB Bocholt
	Franz Pölking	SHG Blasenkrebs/Cystektomie Recklinghausen
	Manfred Degenhardt	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Eliane Denucé	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Joachim Weier	
	Maria Schadeck	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
	Christa Hemmer	SHG Blasenkrebs Erkrankungen Dortmund
Thüringen	Claus Hofmann	SHG Harnblasentumor Thüringen
	Bernd W. Balser	SHG Harnblasentumor Thüringen

Vorstand

Auf dieser Delegiertenversammlung wählten die Delegierten einen neuen Vorstand für die Dauer von 4 Jahren. Der neue Vorstand besteht, entsprechend der Satzung, aus dem Vorsitzenden und weiteren vier Vorstandsmitgliedern.



Der neue Vorstand (von links):

Peter Schröder, Vorsitzender; Bernd W. Balser, Dr. Manfred Petrik, Alfred Marenbach, Karl-Heinz Bockelbrink

Fachtagung 2009 in Bad Nauheim

Neue Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie

Am 21.3.2009 wurden im Rahmen der Fachtagung des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. in der Kurpark-Klinik Bad Nauheim, unter Leitung und Moderation von Chefarzt Dr. med. K. Nüchtern, Vorträge gehalten, die den anwesenden Mitgliedern von Selbsthilfegruppen aus ganz Deutschland und interessierten Bürgern der Wetterau aktuelle und neue Erkenntnisse zur Krankheit Harnblasenkrebs brachten.

Dr. med. Gerson Lüdecke, Oberarzt der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Gießen, berichtete über Ursachen von Blasenkrebs und berufsbedingte Risiken, die meist nach genetischen Defekten und toxischer Exposition erst nach vielen Jahren Symptome zeigen und dann erst diagnostiziert werden. Er plädiert für eine sinnvolle Vorsorge durch Risikocheck, Urinuntersuchung mit neuen Tumormarkern und Absicherung bei positiven Ergebnissen mittels Ultraschalluntersuchungen und Blasenspiegelung für eine frühe Diagnose nach dem Motto: Vorbeugen ist besser als zu spät kommen. Denn früh erkannte Blasen Tumore sind heilbar.

Privatdozent Dr. med. Axel Hegele, Oberarzt der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Marburg, ergänzte die o.g. Aussagen damit, dass spätestens dann, wenn im Urin Blut gefunden wird, sofort der Gang zum Urologen nötig ist. Er berichtete über die Behandlungsmöglichkeiten, sowie Nebenwirkungen und Komplikationen bei Instillations-Immuntherapie im Vergleich zu Chemotherapie oder anderen alternativen Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Kombinationen auch in Abhängigkeit der Schwere der Tumorerkrankung.

Dr. med. Christian Weiß, Oberarzt der Klinik Strahlentherapie / Onkologie am Universitätsklinikum Frankfurt referierte über die Anwendung der Radio-Chemotherapie als Therapiekonzept beim Harnblasenkarzinom. Er erläuterte die Vorteile dieser neuen Behandlungskombination an Hand der Ergebnisse von Studien. Die Daten zur Radio-Chemotherapie sind vielversprechend und rechtfertigen diese Therapie evtl. als Alternative zu Organ erhaltenden Therapien innerhalb der Harnblase bzw. einer frühzeitigen Blasenentfernung. Über 70% der bisher behandelten Patienten sind anschließend mit ihrer Blasenfunktion zufrieden.

Frau Dr. med. Jutta Hübner, Chefärztin der Abteilung Onkologie der Habichtswald-Klinik Kassel berichtete über komplementäre Behandlungsmethoden der Onkologie speziell beim Harnblasenkarzinom. Sie beschrieb anhand von Wirkung, Nebenwirkung, Wechselwirkung und Kosten einige alternative Behandlungsmethoden wie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Pflanzenstoffe, Mistelpräparate, Getränke und neuartige Ernährungstherapien. Sie unterstrich, dass gesunde Ernährung, Sport, Entspannung und ein gutes soziales Netz die Basis des Genesungsprozesses auch beim behandelten Harnblasenkarzinom sind.

Im Anschluss an die Vorträge beantworteten die Referenten individuelle Fragen der Zuhörer. In den Vortragspausen konnten sich die Besucher in einer Fachausstellung über die Produkte zum Thema Harnblase informieren.

Am Stand der Selbsthilfegruppe-Blasenkrebs-Hessen war es möglich, online den Risikocheck für Blasenkrebs durchzuführen. Siehe auch www.shgbh.de/Links.html.

Dr. med. Lüdecke gab auch Informationen zur neuen Therapie des Blasenkrebs durch die Hyperthermie-Instillation mit Chemotherapeutikum.

In den Nachmittags-Workshops sprachen Ärzte und Therapeuten der Kurpark-Klinik Bad Nauheim über: Verfahren der Harnableitung (Dr. Becker), Rehabilitation beim Harnblasenkarzinom (Dr. Nüchtern), Entspannungsverfahren bei Tumorpatienten (Frau Gerhard-Franke) und Diät bei Krebspatienten (Frau Kirst).



Dr. med. Gerson Lüdecke, Franz Hagenmaier, Winfried Sowa
am Stand der Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hessen

Diagnostik und Therapie des nichtinvasiven Harnblasenkarzinoms

95% aller Tumoren der Harnblase sind Übergangsepithelkarzinome, sog. Urothelkarzinome. 80% dieser Karzinome sind bei Erstdiagnose auf die Schleimhaut begrenzt, 10 bis 15% dieser Tumoren entwickeln im weiteren Verlauf ein muskelinvasives Wachstum. Nach der neuen WHO-Klassifikation wird das nicht muskelinvasive Urothelkarzinom anhand des histologischen Bildes und spezieller Färbearbeiten in Tumoren mit niedriger Malignität, sog. „Low-grade“- bzw. Tumoren mit höherer Malignität, „High-grade-Tumoren“ unterteilt.

Methoden: Übersichtsarbeit auf der Basis einer selektiven Literatursammlung.

Ergebnisse und Diskussion: Die Therapie des nichtinvasiven Urothelkarzinoms besteht in der transurethralen Resektion (TURB), wobei bei pT1-Tumoren und bei High-grade-Tumoren die Indikation zur Nachresektion gegeben ist. Bei Diagnose eines Carcinoma in situ, eines flachen in der Schleimhaut wachsenden aber entdifferenzierten Karzinoms, wird üblicherweise zunächst eine intravesikale Immuntherapie durchgeführt, bei Therapieversagen nach drei Monaten kann eine wiederholte Instillationstherapie oder die radikale Zystektomie erfolgen.

Die Anamnese beinhaltet die Frage nach Änderungen des Miktionsverhaltens wie Blutbeimengung im Urin oder Schmerzen beim Wasserlassen. Risikofaktoren werden abgeklärt, zum Beispiel ein Nikotinabusus und eine beruflich bedingte Belastung mit Substanzen, die auf lange Sicht Blasentumoren verursachen können (Kanzergenexposition) (Abb. 1).

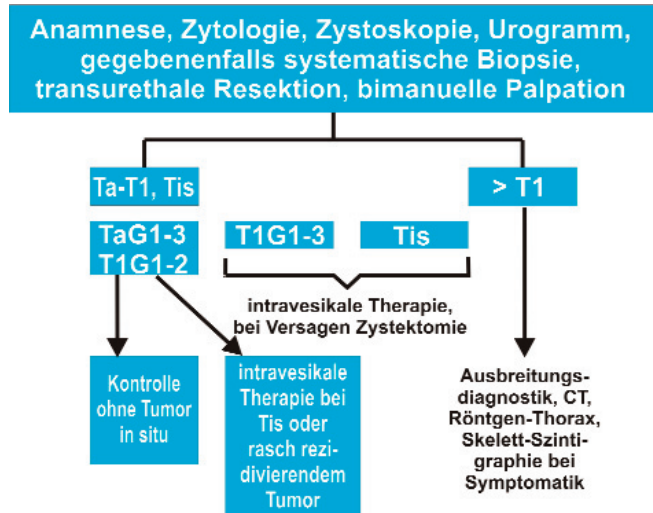


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Diagnostik des nichtinvasiven und fortgeschrittenen Harnblasenkarzinoms

Spiegelung der Blase und Gewebeentnahme (Zystoskopie und fraktionierte Gewebeentnahme)

Standard in der Diagnostik und Nachsorge von Blasentumorpatienten ist die Blasenspiegelung (Zystoskopie), die > 90% aller Harnblasentumoren aufdeckt. Die Diagnostik des Carcinoma in situ ist aufgrund des flachen Wachstums in der Weißlichtendoskopie allerdings nur unzureichend. Zaak und andere zeigten, dass circa 50% dieser flachen Urothelläsionen in der Weißlichtendoskopie übersehen wurden. Durch die gleichzeitige Anwendung der photodynamischen Diagnostik mit Farbstoffen, die vor der Blasenspiegelung in die Blase gegeben werden, kann das Vorhandensein von Tumoren wesentlich effizienter diagnostiziert werden.

Mittels Gewebeentnahme sichert man die Diagnose histopathologisch. Etwa 95% aller Blasentumoren gehen vom Übergangsepithel, dem Urothel aus (Abb. 2).

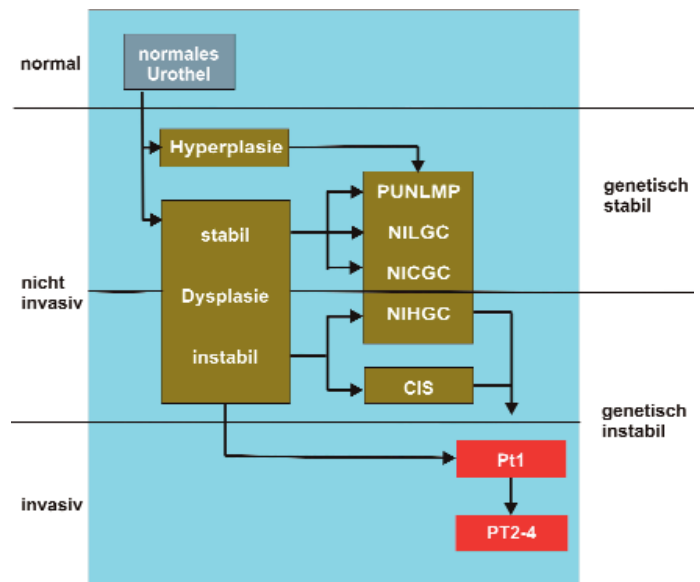


Abbildung 2: T-Kategorie des Blasenkarzinoms

Pathologische Einteilung

Die neue WHO-Klassifikation verdeutlicht, dass es innerhalb der verschiedenen Stadien des Blasenkarzinoms Untergruppen mit höherer Malignität gibt, die zunehmend genetisch charakterisiert werden. So kommt die Unterscheidung zwischen low-grade und high-grade zustande.

Eine besondere Herausforderung stellen Patienten mit einem pT1-Urothelkarzinom dar (der Tumor durchsetzt die komplette Schleimhaut, aber noch nicht die Muskulatur), die etwa 10 bis 20% aller Urothelkarzinome ausmachen und üblicherweise konservativ organerhaltend mittels transurethraler Resektion behandelt werden. 20 bis 30% dieser Patienten haben im weiteren Verlauf ein lokales Fortschreiten zu einem Tumor, der in die Muskulatur einwächst, sodass bei pT1-Tumoren nach ca. vier bis sechs Wochen eine zweite Resektion, die Nachresektion durchgeführt wird. Für die exakte Arbeit des Pathologen ist es deshalb erforderlich, dass bei der Gewebeentnahme, der TURB, sicher Muskelgewebe vorhanden ist, um das Tumorstadium und die daraus erfolgenden Therapiestrategien festlegen zu können.

Das Carcinoma in situ ist eine flache Läsion. Es gibt Hinweise, dass es eine Vorläuferläsion des invasiven Urothelkarzinoms ist (Abb. 4).

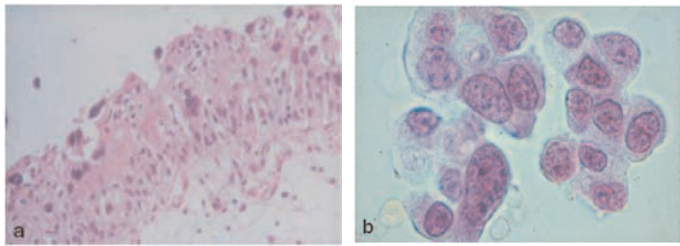


Abbildung 4: Immunhistochemie eines Harnblasenkarzinoms; a) Carcinoma in situ, entdifferenziertes Zellwachstum und aufgehobene Schichtung ohne Invasivität; b) Zytologie CIS

Prognostische Faktoren

Die wesentlichen prognostischen Faktoren für das Urothelkarzinom sind Infiltrationstiefe und Differenzierungsgrad. Zwischen beiden besteht ein enger Zusammenhang: Oberflächliche Urothelkarzinome sind im Gegensatz zu muskelinvasiven Karzinomen in mehr als 60% der Fälle gut bzw. hochdifferenziert (Tab. 1). Patienten mit nichtinvasiven Tumoren (pTa) entwickeln unabhängig vom Differenzierungsgrad in 0,7% der Fälle Metastasen. Bei Einwachsen in die Lamina propria, das ist die Schicht, die direkt unter der Schleimhaut, aber noch vor der Muskulatur liegt, ist mit einer Metastasierung in 14 bis 23% der Fälle zu rechnen.

Bei der Mehrzahl der Patienten mit Low-risk-Tumoren (pTa G1–2) entwickelt sich eine Metastasierung nicht primär, sondern als Folge des lokalen Voranschreitens des Tumors, einer lokalen Tumorprogression. Sie verschlechtert die Prognose vor allem der Patienten mit pT1-G3-Tumoren. Das Wiederkehren des Tumors, das Tumorrezidiv, hat einen gesicherten Einfluss auf das Überleben der Patienten mit pT1-G3-Urothelkarzinomen.

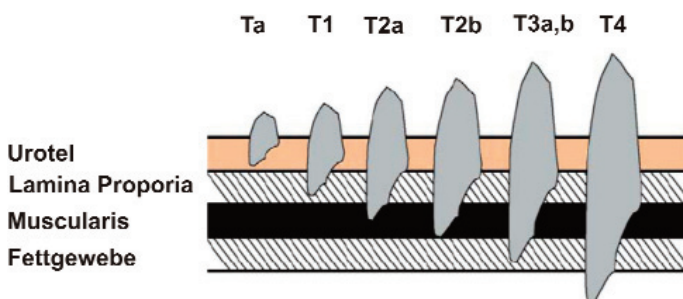


Abbildung 3: Neue WHO-Klassifikation des oberflächlichen und invasiven Harnblasenkarzinoms

Urinzytologie und uringebundene Markersysteme

Ziel der urinzytologischen Diagnostik ist die Erkennung von hochmalignen, High-risk-Urothelkarzinomen. Die Genauigkeit, Sensitivität, für dieses Tumorspektrum beträgt 75 bis 95% für ehemalige mittelgradige G2- und entdifferenzierte G3-Karzinome. Insbesondere für die Diagnostik des Carcinoma

in situ zeigt die Urinzytologie eine exzellente Treffsicherheit von 95%-100%. Die Untersuchung zeichnet sich durch eine hohe Spezifität aus, d.h. durch eine hohe Erkennung der wirklich gesunden Patienten. Uringebundene Markersysteme sollen die Treffsicherheit steigern.

Zahlreiche uringebundene Markersysteme wurden in Studien mit der Urinzytologie verglichen. Bislang ist jedoch kein uringebundenes Testverfahren in der Lage die Zystoskopie und die Urinzytologie als Standard in der Diagnostik und Nachsorge zu ersetzen. Uringebundene Markersysteme, wie der BTA-stat Test oder der NMP-22 weisen eine nicht unerhebliche Rate falsch-positiver Befunde auf und werden derzeit weder die Blasenspiegelung noch die Urinzytologie ersetzen. Wie die Arbeiten von Soloway und Gofrit und auch die Daten des Essener Harnwegstumorregisters belegen, ist für die oberflächlichen Blasentumoren aufgrund der geringen Gefahr des Einwachsens in die Muskulatur ein zusätzliches Markersystem nicht erforderlich. Selbst bei einer Tumorbeobachtung in der Blase ohne direktes Entfernen des Tumors, bleibt die Prognose der Patienten mit oberflächlichen und gut differenzierten Tumoren (pTaG1) unverändert exzellent. Gerade jedoch bei der Nachsorge von Patienten mit Low-risk-Karzinomen ist die Urinzytologie ein wertvolles Kontrollinstrument, da bei unauffälliger Zytologie ein High-risk-Karzinom mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht vorliegt.

Neue Möglichkeiten zur Erkennung von Blasenkarzinomen im Urin sind die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) und die Mikrosatelliten-Analyse. Hierzu wird eine normale Urinzytologie durchgeführt und mit einer speziellen Technik werden Veränderungen der Erbsubstanz im Zellkern der Tumorzelle sichtbar gemacht. Unter einem Spezialmikroskop leuchten die veränderten Zellkerne auf. Halling und Kollegen erzielten hierbei eine Treffsicherheit, die mit der normalen Urinzytologie vergleichbar ist.

Die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung scheint vor allem für die Prognose bedeutsam. Die Arbeitsgruppe um Mian konnte 2006 zeigen, dass 33 von 75 untersuchten Patienten Veränderungen auf Chromosom Nr. 7 bzw. Nr. 17 aufwiesen. 50% dieser Patienten wiesen in der weiteren Nachsorge ein Fortschreiten der Tumorerkrankung auf.

Derzeit kann kein uringebundenes Markersystem die Zystoskopie in der Diagnostik des nichtinvasiven Urothelkarzinoms ersetzen. Ein Einsatz als Primärdiagnostik ist derzeit insbesondere bei einer noch hohen Rate falsch-positiver Befunde nur bedingt zu unterstützen.

Ausscheidungsurogramm und Sonographie

Zur Diagnostik von Blasentumoren gehören das Ausscheidungsurogramm und die Sonographie. Die Notwendigkeit des initialen Ausscheidungsurogramms wird allerdings kontrovers diskutiert.

Therapie des oberflächlichen, nichtinvasiven Blasenkarzinoms

Patienten mit nichtinvasiven Blasentumoren sind kein einheitliches Kollektiv: Die korrigierten Überlebensraten der Patienten mit nicht muskelinvasiven Tumoren (TaG1–3, T1 G1–2) liegen fünf Jahre nach der transurethralen Resektion (TUR) zwischen 81 und 96%. Eine ungünstigere Prognose zeigen Patienten mit T1G3-Karzinomen, also solchen Tumoren, die durch die Schleimhaut durchgewachsen sind, aber noch nicht die Muskulatur erreicht haben. Nichtinvasive Tumoren (pTa) führen in weniger als 1% der Fälle zur Metastasierung, 99,3% dieser Patienten überlebten metastasenfrei fünf Jahre.

Indikation zur Nachresektion

Die Indikation zur erneuten TUR besteht bei pT1-Tumoren und bei pTa-Tumoren, bei denen eine komplette Tumorsektion zunächst nicht möglich war. Ferner sollte eine Nachresektion erfolgen, wenn im pathologischen Präparat keine Muskulatur nachgewiesen wurde. Hat man bei der Erstresektion ein High-grade-Karzinom detektiert, sollte auch dieser Befund nachreseziert werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ta/T1-G3-Urothelkarzinom mit einer Muskelinvasion einhergeht, liegt bei 10%.

Radikale Zystektomie

Eine hohes Risiko für ein muskelinfiltrierendes Wachstum haben Patienten mit einem pT1G3-Tumor; 36% der Patienten sterben innerhalb von fünf Jahren an dieser Krebserkrankung. Stöckle et al. und Herr et al. untersuchten die Überlebensraten nach Zystektomie und Erstnachweis eines Harnblasenkarzinoms pT1 mit den Resultaten einer verzögerten Zystektomie, die nach dem Rezidiv eines pT1-Tumors erfolgte. Die korrigierten 5-Jahres-Überlebensraten betrugen 89 bzw. 92% bei früher – nach verzögerter Zystektomie bei Auftreten eines Rezidivs – nur 60 bzw. 56%. Allerdings ist auch die BCG-Therapie eine sinnvolle Option beim T1G3-Blasenkarzinom. Sie ergibt 5-Jahres-Überlebensraten von bis zu 88%, sodass derzeit nicht klar festgelegt werden kann, welcher Patient mit einem T1G3-Tumor früh zystektomiert werden muss. Jüngere Daten sprechen dafür, dass beim Vorliegen von 2 von 3 Risikofaktoren (Carcinoma in situ, Tumorgröße > 3cm) dabei insbesondere beim Vorliegen des assoziierten Carcinoma in situ eine frühzeitige Zystektomie sinnvoll ist.

Indikationen zur Blasenteilresektion werden allenfalls beim gut zugänglichen solitären Tumor (z.B. am Blasendach), beim Divertikelkarzinom oder beim solitären T1G3-Karzinom ohne begleitendes Carcinoma in situ gesehen.

Strahlentherapie

Im Vergleich ist die definitive Strahlentherapie der Radiochemotherapie unterlegen. Die Radiochemotherapie ist ein auf Organ- und Funktionserhalt zielendes Konzept, das im Vergleich zur Zystektomie um 10 bis

15% schlechter bewertet wird. Größere Serien zeigen 5-Jahres-Überlebensraten von 48 bis 63%. Häufigste Nebenwirkungen sind die strahlenbedingte Blasenentzündung, radiogene Zystitis, und das kurzfristige Auftreten einer Enddarmrentzündung, der Proktitis. Spätkomplikationen sind im Wesentlichen Fistelbildungen und die Schrumpfblyse.

Adjuvante (zusätzliche) Therapie

Die adjuvante Behandlung nach TURB sollte das Tumorzidiv und wenn möglich auch die Progression, das lokale Voranschreiten des Tumors verhindern. Adjuvante Therapiemaßnahmen können Chemo- oder Immuntherapie sein, die in die Blase gegeben wird. Die adjuvante Therapieempfehlung richtet sich nach dem Rezidiv- und Progressrisiko. Dieses korreliert mit bestimmten klinischen und pathologischen Faktoren. Bezüglich der Rezidivierung sind die wichtigsten Parameter die Anzahl und die Größe des Tumors, vorherige Rezidivrate und Differenzierungsgrad. Bei der Progression zur Muskelinvasion sind die wichtigsten Parameter der Differenzierungsgrad und das T-Stadium (Eindringtiefe des Tumors in die Blasenwand). Basierend auf den EORTC-Studiendaten wurden Nomogramme zur Vorhersage von Rezidiven und Progress bei individuellen Patienten mit Ta- und T1-Harnblasenkarzinomen entwickelt.

Intravesikale Chemotherapie

Die Wirksamkeit für intravesikal (in die Blase) angewandte Chemotherapeutika hinsichtlich der Rezidivrate konnte durch die Anwendung von Thiotepa, Mitomycin, Doxorubicin und Epodyl bei nicht komplett resezierten, nicht muskelinvasiven Harnblasentumoren belegt werden. Gegenwärtig finden insbesondere die Substanzen Mitomycin C (20-40 mg), Epirubicin (50-80 mg) und Doxorubicin (50 mg) Verwendung.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass der Effekt von Chemoinstillationen als Induktionszyklus im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Reduktion der Rezidive insgesamt um etwa 20-40% beträgt.

Es besteht Konsens, dass monofokale Low-risk-Tumoren keine adjuvante Therapie benötigen bzw. maximal eine einmalige Frühinstillation erhalten, da die Rezidivrate (<0.2/Jahr) niedrig ist. Eine Frühinstillation wird als einmalige Gabe innerhalb von 6 Stunden nach TUR durchgeführt und wird bei allen papillären Harnblasentumoren empfohlen. Nach Leitlinien der EAU werden zusätzliche Chemoinstillationen bei Patienten mit „Intermediate (mittlerem) risk“ empfohlen. Wie häufig und wie lang Instillationen durchgeführt werden sollen, ist unklar.

Eine Metaanalyse der European Organisation for Research and Treatment of Cancer und des Medical Research Council, Großbritannien, zeigte im Vergleich zur alleinigen TUR keinen Einfluss der topischen (örtlichen) Therapie auf das Fortschreiten des Tumors, die Entwicklung von Metastasen, Überleben und Tod.

Somit besteht der wesentliche Nutzen einer adjuvanten intravesikalen Chemotherapie in einer Verbesserung der Lebensqualität durch Senkung der OP-Frequenz. Empfohlen wird eine unmittelbar postoperative Zytostatikaapplikation (Frühinstillation), zunächst wöchentlich oder alle zwei Wochen, danach monatlich. Die Gesamtbehandlungsdauer sollte bei erfolgter Frühinstillation sechs Monate nicht überschreiten. Ohne Frühinstillation scheint die Erhaltungstherapie über zwölf Monate sinnvoll zu sein.

Immuntherapie

Vergleichbar zur intravesikalen Chemotherapie sind die Immuntherapeutika Bacillus Calmette-Guérin (BCG) und α -Interferon. Interferon wirkt immunmodulierend und antiproliferativ (Hemmung der Zellteilung). Die prinzipielle Wirksamkeit dieser Substanzen nach Instillation bei noch vorhandenem Tumor wurde geprüft. Kontrollierte Studien zur intravesikalen Therapie mit BCG zeigen eine Senkung der Rezidivrate im Vergleich zur alleinigen TUR. Die Rezidivhäufigkeit kann durch die Anwendung von BCG um bis zu 56% gesenkt werden. Die Immuntherapie mit BCG ist durch die Erhaltungstherapie verbessert worden. Eine prospektiv randomisierte Untersuchung der Southwestern Oncology Group (SWOG) durch Lamm hat signifikante Vorteile im Hinblick auf die Rezidivrate für die Erhaltungstherapie mit BCG gezeigt, ein signifikanter Vorteil bezüglich Progressionsrate und tumorbedingter Todesrate wurde nicht beschrieben. Zudem weist die Erhaltungsbehandlung schwerwiegende Nebenwirkungen bei 26% der Patienten auf.

Eine Metaanalyse der EORTC bewertet den Einfluss von BCG auf die Tumorprogression. 260 von 2.658 mit BCG therapierten Patienten (9,8%) zeigten ein Fortschreiten des Tumors (Progress) im Vergleich zu 304 von 2.205 Kontrollpatienten (13,8%). Der Unterschied war bedeutsam (signifikant), beschränkte sich aber auf Patienten mit einer BCG-Erhaltungstherapie. Nach Empfehlung der EAU Leitlinien sollten bei „High Risk“-Patienten BCG-Instillationen nach dem SWOG-Schema über mindestens ein Jahr gegeben werden.

Therapie des Carcinoma in situ

Das derzeitige Therapiekonzept beim Tis sieht zunächst eine intravesikale Behandlung mit BCG vor. Ist innerhalb von drei Monaten eine komplette Remission (Verschwinden des Tumors) nicht zu erreichen, sollte eine wiederholte Instillation oder eine Zystektomie angeschlossen werden.

Bei der intravesikalen Immuntherapie des High-grade-Karzinoms bzw. des Tis zeigt die derzeitige Datenlage, dass die BCG-Therapie die Progression verzögern kann. Dabei werden verschiedene Stämme von BCG genutzt. Die Applikation erfolgt über sechs Wochen einmal wöchentlich, gefolgt von einer Erhaltungsbe-

handlung über maximal 36 Monate. Der hohe Anteil späterer muskelinvasiver Karzinome lässt die frühzeitige radikale Zystektomie in der Behandlung des therapierefraktären Carcinoma in situ sinnvoll erscheinen. Allerdings ist heute aufgrund fehlender Marker und fehlender prospektiver vergleichender Studien unklar, welche Patienten einer frühen Zystektomie zugeführt werden sollten.

Tumorstadium	G 0/1 %	G 2 %	G 3 %
pTa	65	32	3
pT1	13	48	39
pT2/3a	2	34	64
pT3b-4		15	85

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Infiltrationstiefe und Differenzierungsgrad (G) urothelialer Blasenkarzinome (n = 2.812)

Autoren:

Dr. med. Frank vom Dorp
Klinik und Poliklinik für Urologie
Kinderurologie und Urologische Onkologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
D-45122 Essen
+49/201/723-2896
frankvomDorp@web.de

Priv.-Doz. Dr. Ingo Kausch
Prof. Dr. Dieter Jocham
Universitätsklinikum Lübeck
Klinik und Poliklinik für Urologie
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck

Die wissenschaftliche Ausarbeitung dieses Artikels ist einschließlich der Quellenangaben unter www.selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de nachzulesen.



Neue
Technologie



ACTIVE *Erection System*^{NT}[®] Die sanfte Erektionshilfe

Prospekt bei
Kessel GmbH
Kelsterbacher Str. 28
64546 Mörf.-Walldorf
Tel. (06105) 20 37 20
Fax (06105) 45 59 01
www.medintim.de

Viele Männer kennen das Problem – dauernd oder vorübergehend. Über Erektionsstörungen spricht man nicht gern. Jetzt gibt es eine diskrete, wirksame Abhilfe, ohne Nebenwirkungen! Deshalb auch besonders geeignet bei Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Prostatabeschwerden.

Das **ACTIVE Erection System^{NT}** hat eine leistungsstarke Vakuumpumpe (mit Batterien) und verhilft zu einer sicheren Erektion, die mit dem Stauring gehalten wird und so wieder normalen Verkehr ermöglicht. In Apotheken oder direkt für: 235,85 Euro unverb. Preisempfehlung (PZN 8413888)



MEDintim
personal healthcare

Psyche und Krebs

Von Petra Koruhn, Heilpraktikerin

Wer an Krebs erkrankt ist, leidet häufig nicht nur körperlich. Die Angst, dass diese Krankheit zu schlimmen Schmerzen führt oder sogar tödlich ist, belastet die Seele in vielen Fällen extrem. Psychischer Druck ist alles andere als stärkend für die körperliche Abwehr. Im Gegenteil. Stress (und Angst wie Sorge ist Stress) ist ein Angriff auf das Immunsystem. Und genau das muss aber bei einer Krebserkrankung stabilisiert werden.

Mittlerweile gibt es spezielle Ärzte, die sich um die psychische Auswirkung der Erkrankung kümmern: Es sind die **Psychoonkologen**. In ihr Arbeitsfeld fällt auch die Frage, ob es eine bestimmte Krebs-Persönlichkeit gibt: Menschen, die eher an Krebs erkranken als andere. Bis in die 90er Jahre hat man diese Frage diskutiert. Vor allem verschlossene Menschen, die immer nur für andere da sind, galten als gefährdet, an einem Tumor zu erkranken. Es gibt jedoch keine wissenschaftliche Studie, die diese These stützt.

Hingegen stützen viele Studien die Wichtigkeit der psychischen Betreuung zur Verarbeitung einer Krebserkrankung. Zur Arbeit eines Psychoonkologen gehört es, den Betroffenen bei der Bewältigung von Belastungen zu helfen, die eine Krebserkrankung mit sich bringt. Der Begriff „Lebensqualität“ spielt eine große Rolle. Diese zu steigern, dazu zählen Maßnahmen wie Psychotherapie (z.B. Gesprächs-, Mal- oder Gestaltungstherapie). Und vor allem: zuhören.

Ein Verzeichnis aller Tumorzentren, die in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) organisiert sind, ist unter der Web-Adresse www.tumorzentrum.de abrufbar. Auch die Krankenkassen können Ihnen Ansprechpartner nennen.

Auch wenn es zunächst ein wenig abwegig klingt, aber wichtig ist es, sich bei einer schweren Krebserkrankung mit dem Tod und mit dem eigenen Sterben zu beschäftigen. Nicht, um sich in Panik zu versetzen, sondern im Gegenteil: um die Angst vor dem Tod zu überwinden.

Was für gesunde Menschen vielleicht seltsam klingen mag, ist aber für viele Erkrankte keineswegs aberwitzig, weil diese sich, im Gegensatz zu vielen Gesunden, den Mechanismus allen Lebens klar gemacht haben: Jedes Leben ist endlich. Und immer gehört der Tod dazu. Wer das verstanden hat, kann häufig viel besser mit seiner Krankheit umgehen.

Psychoonkologen helfen uns, die Zeit, die bleibt, bewusst zu erleben.

Für Sie gelesen zum Thema Gesundheit in der WAZ

Das Gute im Kürbis

Von Petra Koruhn, Heilpraktikerin

Auch wenn Sie kein Halloween-Fan sind: Auf den Kürbis sollten Sie nichts kommen lassen, denn er ist ein gesunder und wohl schmeckender Sattmacher - und die beste Nachricht: Hundert Gramm seines Fruchtfleisches haben nur 27 Kilokalorien! Ob Sie ihn als Gemüsebeilage oder zu Suppe verarbeiten - er macht eine gute Figur und liefert reichlich Nährstoffe wie Beta-Karotin.

Das Beta-Karotin ist ein wichtiger Schutzstoff für die Zellen, da er antioxidative Eigenschaften besitzt, also die Fähigkeit, belastete Stoffe z.B. aus der Nahrung unschädlich zu machen. Auch schützt Beta-Karotin gegen Freie Radikale (Stoffwechselprozesse in unserem Körper, die unter Beteiligung von Sauerstoff entstehen - z.B. durch starke Sonnenbestrahlung oder durch Einwirkung von Ozon).

Die Kraft der Kürbiskerne

Aus den Kernen des Ölkürbis wird das hochwertige Öl gewonnen. Es enthält wertvolle Fettsäuren, vor allem Linolsäure, eine lebenswichtige, zweifach ungesättigte Omega-6-Fettsäure. Zusätzlich liefert es in hoher Menge Vitamin E, aber auch die Vitamine A, B1, B2, B6, C und D, die Mineralstoffe Phosphor, Kalium, Kalzium, Magnesium, Eisen, Kupfer, Mangan, Selen, Zink. Die Stoffe der Öle sind gut, um einen hohen Cholesterinspiegel zu harmonisieren. (Wichtig: Öl im Kühlschrank aufbewahren, da es sonst schnell ranzig wird.)

Gute Wirkung bei Prostataleiden

Der Verzehr von Kürbiskernen und Kürbiskernöl ist vor allem bei Prostataleiden zu empfehlen. Bei gutartigen Prostatavergrößerungen ist die heilsame Wirkung der Kürbiskerne wissenschaftlich belegt, bei bösartigen Wucherungen kann es die schulmedizinische Therapie unterstützen. Ein Pflanzenhormon, das Beta-Sitosterin, bewirkt eine Stärkung der Blasenfunktion, kann die Beschwerden lindern und auch ein Fortschreiten der Vergrößerung stoppen.

Auch bei Reizblase hilfreich

Kürbiskerne wirken beruhigend auf eine Reizblase. Kürbisfleisch ist harntreibend, da es reichlich Wasser und Kalium, aber nur wenig Natrium enthält. Allerdings muss man schon zwei Mal täglich einen Esslöffel Kürbiskerne essen und zusätzlich Kürbiskernöl zum Anmachen von Salaten verwenden.

Auch für Verfrorrene ist der Kürbis ein gutes Rezept: Kürbissuppe wärmt von innen. Verstärkt wird der Effekt, wenn die Suppe mit Curry oder Chili gewürzt ist, denn diese Gewürze regen den Stoffwechsel an - der Energieverbrauch steigt, was gut für die Figur ist.

Wenn kein Blasenkrebs – dann vielleicht Interstitielle Cystitis?

Doch was ist Interstitielle Cystitis (IC)? Im Allgemeinen ist eine Zystitis eine Infektion im Blasenbereich, verursacht durch Bakterien und normalerweise erfolgreich mit Antibiotika zu behandeln. Anders als die "gewöhnliche" Zystitis wird interstitielle Zystitis (IC, interstitielle Cystitis) nicht durch Bakterien verursacht, ist durch einfache Untersuchung des Urins nicht zu diagnostizieren und spricht nicht auf eine Therapie mit Antibiotika an. Das seltene chronische Krankheitsbild der IC ist nach heutigen Erkenntnissen eine systemische Erkrankung, die sich in einer sterilen Blasenentzündung mit Schädigung der Blasenschleimhaut manifestiert. Die IC verläuft progressiv in Schüben und ist schwer zu diagnostizieren. Der Verlauf der Krankheit ist noch unzureichend erforscht. Häufig wird bei Frauen eine chronische Cystitis und bei Männern eine chronische Prostatitis diagnostiziert. Die Therapieoptionen, die wir heute bei einer IC kennen, werden dann nicht genutzt.



Die Ursachen sind vielfältig und individuell unterschiedlich. Die IC gehört zur Gruppe der „Seltenen Erkrankungen“. Es ist auch wichtig zu sagen, dass IC weder psychosomatisch- noch stressbedingt ist aber Stress das Krankheitsbild verschlechtert. IC ist eine schwere chronische Erkrankung.

Wie äußert sich IC?

Einige oder alle der folgenden Symptome können vorhanden sein:

"Miktionshäufigkeit"

Man muss bis zu 60-mal und teilweise noch öfter pro Tag und/oder Nacht zur Toilette. Im frühen Krankheitsstadium kann die Häufigkeit manchmal das erste Symptom sein.

"Harndrang"

Man muss dringend zur Toilette, obwohl man gerade erst war. Der Druck wird oft von Schmerzen und Pressen begleitet; meist kommen nur Tröpfchen, denn die Blase ist leer.

"Schmerz"

Schmerzen treten im Unterleibs-, im Harn- oder vaginalen Bereich auf. Oft treten auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf. Vielfach haben Patienten das Gefühl, als schneide jemand mit einer Rasierklinge in der Blase und Harnröhre unaufhörlich herum. Die Schmerzen ähneln dann denen einer bakteriellen Infektion, sind aber um ein Vielfaches schlimmer. Die Schmerzen gleichen denen bei schwerem Krebsleiden und werden oft mit Morphin unterdrückt. Einige Patienten haben zusätzlich Muskel- und Gelenkschmerzen, Migräne, allergische Reaktionen, Dickdarm- und Magenprobleme, Fibromyalgie, Vulvodynia, etc. Man kann nicht genau sagen, ob zwischen diesen Erkrankungen und Interstitieller Cystitis eine Verbindung besteht, aber es ist zu vermuten.

"Diagnose"

Bei den meisten IC-Patienten ist eine Diagnose schwierig. Nur durch eine sorgfältige Anamnese kann das Krankheitsbild früh erkannt werden, was die The-

rapieaussichten verbessert.

Bei der Verdachtsdiagnose IC sollte der Urologe wie folgt vorgehen:

Urinkulturen anlegen, um zu bestimmen, ob eine bakterielle Infektion vorliegt.

Andere Krankheiten und/oder Zustände ausschließen, bei denen ähnliche Symptome auftreten können, wie z. B. Blasenkrebs, Nierenerkrankungen, Tuberkulose, Vaginalinfektionen, Geschlechtskrankheiten, Entzündungen der Gebärmutter Schleimhaut, Strahlenzystitis und Nervenkrankungen.

Eine Blasenspiegelung (Zystoskopie) unter Vollnarkose durchführen, wenn keine Infektion vorliegt und keine andere Erkrankung festzustellen ist. Die Zystoskopie während einer Routineuntersuchung lässt die charakteristischen Merkmale der IC kaum erkennen und kann für Patienten mit IC sehr schmerzhaft sein. Es ist daher erforderlich, unter Vollnarkose die Blase zu dehnen, um die stecknadelkopfgroßen Blutungen in der Blasenwand zu sehen, die ein typisches Merkmal der Krankheit sind. Eine Biopsie der Blasenwand ist ebenfalls sinnvoll, um andere Erkrankungen wie z. B. Blasenkrebs auszuschließen und die Diagnose „interstitielle Cystitis“ zu unterstützen. Der Pathologe muss den Auftrag erhalten, das Gewebe mit Blick auf IC zu untersuchen, da hierbei ein spezielles Verfahren angewandt werden muss. Ab einem gewissen Stadium ist die IC pathologisch einwandfrei nachzuweisen. Im Frühstadium der IC ist in der Regel noch keine Gewebsveränderung zu erkennen.

Fragen und Antworten zur IC

Wer ist betroffen?

An einer IC können Menschen jeden Alters, jeder Rasse und jeden Geschlechts erkranken. Die Krankheit ist jedoch am häufigsten bei Frauen anzutreffen. Es gibt keine zuverlässigen epidemiologischen Zahlen. Wir schätzen, dass inzwischen in Deutschland 15.000 - 25.000 Erkrankte diagnostiziert wurden.

Ist die IC ansteckend?

Nein. Es gibt keinerlei Anzeichen dafür, dass die IC ansteckend ist.

Spielt die Ernährung eine Rolle?

Gesundes, nährhaftes Essen ist wichtig für jeden, nicht nur für IC-Patienten. Sie sollen normale Mengen an Früchten und Gemüse essen; aber wenn Ihre normale Diät stark gewürzte Speisen enthält, sollten Sie diese eine Zeitlang vermeiden. Sie sollten auch bedenken, dass die IC oft Perioden einer vermeintlichen Besserung zeigt. Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, dass die folgenden Speisen und Getränke die Schmerzen verstärken können: Alkohol, kohlen säurehaltige Getränke, Coffein (enthalten in Kaffee, Tee, Schokolade), sehr saure Speisen und Getränke (Orangen, Pampelmusen, Zitronen und Tomaten), älterer Käse, Joghurt und sauer eingelegte „Pickles“. Künstliche Süßstoffe und Zucker sind ebenfalls als Reizstoffe bekannt. Das Vermeiden bestimmter Nahrungsmittel (säurehaltige, scharfe) kann die Schwere der IC-Symptome häufig lindern. IC wird u. U. auch durch Rauchen, Kaffee oder Tee und alkoholische Getränke verschlimmert. Individuell sind die Erfolge aber sehr unterschiedlich und insbesondere dort zu finden, wo Allergien für die Krankheit mitverantwortlich sind. Vom ICA-Deutschland wird eine Broschüre bereitgehalten, die unter Mitwirkung von Ärzten des Medizinischen Beirats verfasst wurde: „IC und Diät“.

Selbsthilfe

Selbsthilfetechniken können die Lebensqualität verbessern und die Schwere von Anfällen verringern. Dazu gehören u. a. Änderungen im Lebensstil, Stressreduzierung, Visualisierung, Biofeedback, Blasentraining und leichte sportliche Betätigung, die die Durchblutung im Unterleib verbessern.

Der ICA ermöglicht persönliche Kontakte und individuelle Gespräche, die aus der Vereinsamung herausführen können.

Was macht der ICA Deutschland e. V.?

Der ICA-Deutschland wurde 1993 als erste europäische IC-Vereinigung gegründet. Informationsbroschüren, Pressemitteilungen, Fachbücher, Ärztefortbildungen, nationale und internationale Fachkongresse, Messebeteiligungen, Patiententreffen und vieles mehr machte den ICA-Deutschland e. V. zu einer international anerkannten Institution. Unsere Mitglieder sind Patienten, Ärzte, Freunde und Förderer, deren Spenden Verwendung finden, um

- ▶ Aufmerksamkeit zu erzielen, um diese schwere Krankheit in der Öffentlichkeit bekannt zu machen,
- ▶ Hilfestellung zu geben bei Schwierigkeiten mit Versicherungen, Behörden, Arbeitgebern oder in der Familie,

- ▶ eine Informationsstelle für Ärzte, Wissenschaftler und Patienten zu installieren,
- ▶ die Forschung nach effektiven Behandlungs- und Heilungsmethoden zu fördern.

Wir versuchen, mit Hilfe unterschiedlichster Anregungen und Ratschlägen aus der Praxis ein wenig Erleichterung in den leidgeprägten Alltag zu bringen.

Der Verein ist nicht in angewandter Medizin engagiert. Er ist keine medizinische Autorität und erhebt keinen Anspruch über medizinische Kenntnisse zu verfügen. In jedem einzelnen Fall empfiehlt der Verein im Krankheitsfall einen Arzt aufzusuchen, der über eine Behandlung und Medikation entscheidet.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

ICA-Deutschland e.V.
Förderverein Interstitielle Cystitis
Untere Burg 21
53881 Euskirchen
ICA-Mobiltelefon: 0169 908 4493

Zitat:

„Man kann kein perfekter Arzt sein, wenn man selber nicht schon einmal Patient war“
Sir James Paget, (1814 . 1899)
englischer Chirurg

Haus der Krebs-Selbsthilfe

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. wurde aufgenommen

Am 19. Juni 2006 wurde in Bonn das „Haus der Krebs-Selbsthilfe“ eröffnet. In ihm befinden sich die Bundesgeschäftsstellen bzw. die Nebenstellen von sieben bundesweit tätigen, von der Deutschen Krebshilfe e. V. geförderten Krebs-Selbsthilfe-Organisationen.

Unter dem Motto „Kompetenz unter einem Dach“ soll die Zusammenarbeit in einem Haus einen ständigen Erfahrungsaustausch ermöglichen, Ressourcen gemeinsam genutzt und Aktivitäten besser abgestimmt werden.

Die gemeinsamen Ziele und Aufgaben sind:

1. Stärkung der Patientenkompetenz
2. Erhalt und Verbesserung der Qualität von medizinischen und psycho-sozialen Versorgungsleistungen
3. Gegenseitige Förderung in der Selbsthilfearbeit.

Die gemeinsame Struktur ermöglicht die Stärkung und Weiterentwicklung der Krebs-Selbsthilfe und trägt maßgeblich dazu bei, ihr noch mehr Akzeptanz und gebündelte Durchsetzungskraft - auch auf politischer Ebene - zu verschaffen.

Als Anlaufstelle für alle Menschen, die Krebskranke haupt- und ehrenamtlich begleiten, hat sich das Haus der Krebs-Selbsthilfe zu einem festen Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens entwickelt.

Der Vorstand des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. unterstützt diese Ziele und Aufgaben und ist seit Mai 2009 Mitglied im Haus der Krebs-Selbsthilfe.

Im Haus der Krebs-Selbsthilfe können Informationen und Ansprechpartner in der jeweiligen Region erfragt werden.

Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 33 88 9 0
E-Mail: info@hksh-bonn.de

Haus der Krebs-Selbsthilfe
Koordinierungsstelle Berlin, Charitéplatz 1
10117 Berlin, Telefon: 030 547 33 060
E-Mail: info@hksh-berlin.de



Informationstag „Harnblasentumor“ in Erfurt

Der Selbsthilfegruppe Harnblasentumor Thüringen gelang es am 21. Februar 2009 in Erfurt einen weiteren, gut besuchten Informationstag „Harnblasentumor“ durchzuführen. Dieser Informationstag wurde fachlich gemeinsam vom Tumorzentrum Erfurt e. V. und dem Helios Klinikum getragen. Durch die Veranstaltung führte der Chefarzt der Klinik für Urologie Herr Prof. Dr. med. Berthold Ulshöfer.

Den zentralen Vortrag mit dem Thema

Diagnostik und Therapie des Harnblasenkarzinoms hielt der leitende Oberarzt Herr Dr. med. Klaus Elsebach.

Natürlich ist es in gut zwei Stunden nicht möglich, das sehr komplexe Gesamtspektrum zum Harnblasentumor in allen Facetten abzuhandeln. Doch mit Sicherheit hat dieser Informationstag einen kleinen Beitrag dazu geleistet, diesen bedeutsamen Tumor ein wenig mehr bekannt zu machen.

Vielleicht gelang es auf diesem Wege auch, Anregungen für eine weitere Selbsthilfegruppe zum Harnblasentumor im Raum Erfurt zu übermitteln.

Endoskopische Untersuchung der Ersatzblase

Wie wichtig solche fachlich seriösen Informationsveranstaltungen auch in Teilaussagen sein können, zeigt sich am Beispiel des fast mehr beiläufigen Hinweises

von Herrn Oberarzt Dr. Klaus Elsebach in seinem Vortrag, wonach regelmäßige endoskopische Untersuchungen der Ersatzblasen ab dem 5. Jahr nach der Operation dringend empfohlen werden. Diese Untersuchung sollte dann einmal pro Jahr durchgeführt werden. Die ganz einfache Begründung für diese Untersuchung: Wo die Harnleiter auf das fremde Dünndarmmaterial treffen, entsteht eine konkurrierende Materialsituation, die leider die Eigenschaft zeigt, zu einer stillen Tumorbildung zu neigen.

Wie wichtig gerade ein solches Detailwissen für uns Betroffene ist, wird auch daran deutlich, dass der Verfasser dieses Beitrages seit 1996 mit einer Dünndarmneoblase lebt. Seine letzte Endoskopie erhielt er 1998 - also vor über 10 Jahren. Nach den Aussagen von Herrn Dr. Elsebach hätte also schon lange wieder eine endoskopische Untersuchung der Ersatzblase stattfinden müssen.

Eine anschließende Recherche ergab, dass die von 1999 bis 2004 geltenden autorisierten „Nachsorgeleitlinien mit Harnableitung unter Verwendung von Darmsegmenten“ diese Endoskopie bereits vor dem 5. Jahr nach der Operation forderten.

Eine gute Veranstaltung! Dank an die Macher!

Claus Hofmann, Selbsthilfegruppe Harnblasentumor Thüringen

BUCHTIPP



Michael Imhof

OPERATION GESUNDHEIT

Über Risiken und
Nebenwirkungen der
modernen Medizin



PATTLOCH

„Sollte je eine Gesundheitsindustrie ohne jegliche staatliche Kontrolle bei uns Wirklichkeit werden (und vieles spricht dafür), so dürfen wir eine Orwellsche Welt erwarten.“

Bekanntermaßen befindet sich das deutsche Gesundheitssystem mitten in einem dramatischen Umbruch. Doch wo geht der Weg hin? Wird auch in Zukunft noch das Wohl des Patienten und eine flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung im Mittelpunkt aller Bestrebungen stehen? Oder werden die Geschäftemacher regieren?

„Der verkaufte Patient“ ist der eindringliche Appell von Renate Hartwig an niedergelassene Ärzte und Patienten sich aktiv den bereits jetzt deutlich erkennbaren Tendenzen entgegenzustellen, das bisherige Gesundheitssystem zu einem kommerzialisierten System verkommen zu lassen, in dem in- und ausländische Investoren regieren und der Patient in erster Linie Mittel zum Zweck der Gewinnmaximierung ist. Renate Hartwig deckt Hintergründe zu den Gesundheitsreformen auf, stellt Zusammenhänge zwischen den agierenden Personen her, hinterfragt deren Motivation und analysiert so das gesamte System in seiner bisherigen und kommenden Entwicklung. Ihre Schlussfolgerung ist eindeutig und dramatisch: Nur wenn Ärzte und Patienten schnellstmöglich klare Signale setzen, wird sich die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland in Richtung eines durchkommerzialisierten Systems, in dem Pharmaindustrie, private Krankenhausbetreiber und Investoren weitgehend ungestört von der Politik ihr Spiel der Gewinnoptimierung betreiben können, noch aufhalten lassen.

Vom Halbgott in Weiß zum Deppen der Nation?

Michael Imhof, Chirurg und einer der führenden Medizingutachter Deutschlands, stellt in seiner faktenreichen Streitschrift „Operation Gesundheit“ eine vernichtende Diagnose: Das deutsche Gesundheitssystem wird beherrscht von den Kartellen der Gesundheitsbürokratie, der kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen und der Krankenhausbetreiber. Das ist nicht nur nachteilig für den Patienten, sondern auch für den Arzt, meint Imhof: „Der Arzt ist auf dem Wege vom Halbgott in Weiß zum Deppen der Nation.“

Imhofs Therapieempfehlung: Wir brauchen einen neuen Eid des Hippokrates, der die ethischen Maßstäbe medizinischen Handelns wieder klar stellt. Denn in den letzten Jahrzehnten hat der wissenschaftliche und technische Fortschritt die Medizin zwar wunderbar revolutioniert, doch ökonomischer und bürokratischer Druck drohen unserem Gesundheitssystem den letzten Rest von Menschlichkeit zu nehmen. Darunter leiden nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzte, die sich nur noch finanziell attraktiven Patienten mit einfachen Fallgeschichten leisten können und für die die Beherrschung von verwaltungstechnischen Codierungsverfahren zunehmend wichtiger ist als ärztliches Können. Die Frage nach den ethischen Maßstäben wird außerdem umso dringlicher, wenn es zunehmend auch um Stammzellenforschung, Gentechnik, vorgeburtliche Diagnostik und Sterbehilfe geht.

Der Autor: Michael Imhof arbeitete viele Jahre als Chirurg mit Schwerpunkt Onkologie an der Universitätsklinik Würzburg. Heute leitet er eine Praxis, die Tumorkranken berät und auf Gutachten in arzt haftungsrechtlichen Streitfällen spezialisiert ist. Dem Fachpublikum ist er durch mehr als 100 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Büchern bekannt.

Vereinsangaben

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Beachten Sie bitte!

Wenn Sie von dem Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. eine Mitteilung erhalten, werden Sie im Briefkopf unter dem Hinweis **"Zuständig in dieser Angelegenheit"** immer Ihre Ansprechpartnerin oder Ihren Ansprechpartner mit Anschrift, Telefonnummer usw. aufgeführt vorfinden. Setzen Sie sich bitte in der jeweiligen Angelegenheit nur mit dieser aufgeführten Person in Verbindung.

Dies ist notwendig, weil wir einen Geschäftsverteilungsplan erstellt haben. Bei dieser Geschäftsverteilung haben nicht nur die fünf Vorstandsmitglieder Aufgaben übernommen, sondern auch weitere Mitglieder, die sich bereit erklärt haben, mitzuarbeiten. Dadurch haben wir erreicht, dass die Aufgaben auf mehrere Personen verteilt wurden, die Arbeit für die einzelne Person nicht zu viel wird und die Arbeiten ehrenamtlich ausgeführt werden können. Wollen Sie mitarbeiten, rufen Sie uns bitte an.

Bitte beachten!

- ☞ Telefonnummer: 0208 62 19 60 41
- ☞ Internet: www.selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de
- ☞ Online-Forum: www.forum-blasenkrebs.de

Anschrift der Geschäftsstelle

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.
Siepmanns Hof 9
45479 Mülheim an der Ruhr

Anschriften der Vorstandsmitglieder

Peter Schröder, Vorsitzender

Siepmanns Hof 9
45479 Mülheim an der Ruhr
Telefon: 0208 62 19 60 41
Fax: 0208 42 25 17
Fax: 01805 060 340 202 24
E-Mail: schroeder@selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de

Karl-Heinz Bockelbrink

Tulpenstraße 13
44289 Dortmund
Telefon: 0231 40 36 76
Fax: 0231 40 36 76
E-Mail: bockelbrink@selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de

Dr. Manfred Petrik

Kuhstraße 34
58239 Schwerte
Telefon: 02304 23 98 60
Fax: 01805 060 34 01 91 64
E-Mail: petrik@selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. ist eingetragen beim

Amtsgericht Mülheim an der Ruhr
Zeichen: VR 1704
Finanzamt Mülheim an der Ruhr
Steuer-Nr.: 120/5702/1288

Bankverbindung

Konto-Nr.: 15 339 995
Bankleitzahl: 660 908 00
Kreditinstitut: BBBank

Alfred Marenbach

Teuschstr. 1
41539 Dormagen
Telefon: 02133 4 53 65
Fax: 01805 060 340 202 22
E-Mail: marenbach@selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de

Bernd W. Balser

Am Sportplatz 4
07646 Quirla
Telefon: 036428 49 332
Fax: 036428 49 334
E-Mail: balser@selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de

Wir danken

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

Krankenkassen

BKK Bundesverband Essen
GKV Gemeinschaftsförderung (VdAK)

Deutsche Krebshilfe e.V.



Firmen / Wirtschaftspartner

Abbott GmbH & Co.KG, Wiesbaden
Matritech GmbH, Freiburg
Kessel GmbH, Mörfelden-Walldorf

Selbsthilfegruppen Harnblasenkrebs (Stand: Mai 2009)

Allgäu	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Allgäu Ansprechpartnerin: Margot Sammet Telefon: 08370 82 34
Berlin	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Berlin in der Selbsthilfe Harnblasenkrebs e.V. Ansprechpartner: Detlef Höwing Tel.: 030 639 134 11, Mobil: 0178 27 77 132 Internet: www.selbsthilfe-harnblasenkrebs.de
Bocholt	Selbsthilfegruppe für Träger einer Ersatzblase Bocholt (STEBB) e.V. Ansprechpartner: Peter Schröder Telefon: 0208 42 15 11, Fax: 0208 42 25 17 Internet: www.stebb-blasenkrebs-bocholt.de.ms/
Bonn	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Bonn Ansprechpartner: Alfred Marenbach Telefon: 02133 4 53 65, Fax: 01805 060 340 202 22
Dortmund	Selbsthilfegruppe Blasenkrebskrankungen Dortmund Ansprechpartner: Karl-Heinz Bockelbrink Telefon: 0231 40 36 76, Fax: 0231 40 36 76 Internet: www.shg-blasenkrebs-do.de
Friesland	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Friesland Ansprechpartner: Uwe Pawlowski Telefon: 04422 999 237, Fax: 04422 99 92 37
Hamburg	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hamburg Ansprechpartner: Horst Speetzen Telefon: 04152 74 3 99 Anneliese Ferch Telefon: 040 64 04 494
Hessen	Selbsthilfegruppe-Blasenkrebs-Hessen Ansprechpartner: Franz Hagenmaier Telefon: 06039 93 10 94 Internet: www.selbsthilfegruppe-blasenkrebs-hessen.de
Karlsruhe	Mainz Pouch Gruppe Karlsruhe Ansprechpartnerin: Hildegard Verron-Beetz Telefon: 0721 68 91 18
Leipzig	Selbsthilfegruppe Mainz-Pouch I Leipzig Ansprechpartner: Renate Dergel Telefon: 0341 23 21 368
München	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs München Ansprechpartner: Frank Zeitlmann Telefon: 089 46 03 789
Niederrhein	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Niederrhein (Oberhausen) Ansprechpartner: Wolfhard Brüggemann Telefon: 02041 51 0 85 Hans-Peter Jelissen Telefon: 0203 73 01 87
Nürnberg	Selbsthilfegruppe Ersatzblase Nürnberg Ansprechpartnerin: Helga Rottkamp Telefon: 0911 63 20 540
Pfullendorf	Selbsthilfegruppe Harninkontinenz + Blasenkrebs Pfullendorf Ansprechpartner: Michael Wiontzek Telefon: 0171 10 30 58 7
Recklinghausen	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs / Cystektomie Recklinghausen Ansprechpartner: Franz Pölking, Telefon: 02361 45 679
Rhein-Kreis Neuss	Selbsthilfegruppe Harnblasenkrebs Rhein-Kreis Neuss Ansprechpartner: Manfred Papenheim Telefon: 02131 54 12 42, Fax: 02131 59 37 44
Rhein-Main-Gebiet	Selbsthilfegruppe Männer aktiv gegen Krebs e.V. Ansprechpartner: Thorsten Fittkau, Telefon: 06182 94 76 76 Internet: www.maenner-aktiv-gegen-krebs.de
Südbaden	Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Südbaden (Breisgau) Ansprechpartnerin: Gaby Maas-Vester Telefon: 07631 73 15 0, Fax: 07631 79 29 52 2
Thüringen	Selbsthilfegruppe Harnblasentumor Thüringen Ansprechpartner: Claus Hofmann, Weimar Telefon: 03643 500 370, Fax: 03643 500 370 Internet: www.harnblasentumor-thueringen.de
Zwickau	Selbsthilfegruppe Blase-Prosta-Krebs Ansprechpartner: Jürgen Löffler, Zwickau Telefon: 0375 29 64 55, Fax: 0375 29 64 56
Online/Forum	Online Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Ansprechpartner: Eckhard Petersmann Internet: www.forum-blasenkrebs.de

Jede Mitgliedschaft zählt

Werden Sie Mitglied im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Wir möchten erreichen, dass der Selbsthilfe-Bund-Blasenkrebs e. V. eine noch stärkere Interessenvertretung für Blasenkrebspatienten und deren Angehörige wird. Darüber hinaus gibt es viele Pluspunkte, die für eine Mitgliedschaft sprechen.

Hinweise zu Ihrer Mitgliedschaft:

Mitglieder können alle natürlichen und juristischen Personen werden, die die Ziele des Vereins unterstützen.

Ordentliche Mitglieder sind Blasenkrebspatientinnen und Blasenkrebspatienten. Sie verfügen über alle Rechte und Pflichten eines Vollmitgliedes im Sinne des Vereinsrechts.

Pro Blasenkrebspatient/in können 2 Angehörige ordentliche Mitglieder des ShB werden. Alle anderen Angehörigen können außerordentliche (fördernde) Mitglieder im ShB werden.

Die Rechte von außerordentlichen (fördernden) Mitgliedern beschränken sich auf das Teilnahme- und Rederecht an der Delegiertenversammlung sowie auf das Recht, Auskünfte zu erhalten, Anträge zu stellen und die Einberufung einer außerordentlichen Mitgliederversammlung mit schriftlich begründetem Antrag zu verlangen, soweit mehr als 25 Prozent der gewählten Delegierten zustimmen.

Die Mitgliedschaft wird erworben durch schriftliche Beitrittserklärung und Beschluss durch den Vorstand.

Senden Sie bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung an die aufgeführte Anschrift.

Sie erhalten vom Vorstand des Selbsthilfe-Bund-Blasenkrebs e. V. eine schriftliche Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft mit der gültigen Satzung.

Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben.

Der Austritt ist jederzeit möglich und erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand.



BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich bin Mitglied der Selbsthilfegruppe: _____

An den
Selbsthilfe-Bund
Blasenkrebs e.V.
Siepmanns Hof 9

45479 Mülheim an der Ruhr

Ich bitte um Informationen über eine Selbsthilfegruppe ☐

Ich bin ☐ Blasenkrebspatient/in

☐ Angehörige/r bzw. Lebenspartner/in von _____
und möchte ordentliches Mitglied werden.

☐ Ich möchte außerordentliches (förderndes) Mitglied werden.

Datum, Unterschrift: _____



Ihre Spende

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, dass Sie unsere Zeitschrift lesen und danken Ihnen sehr für Ihr Interesse. Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. finanziert seine wichtigen Aufgaben aus Spenden und freiwilligen Beiträgen. Er ist daher auf die Unterstützung engagierter Mitmenschen angewiesen.

Helfen auch Sie! Herzlichen Dank.

Ihre Spende ist steuerlich abzugsfähig. Auf Wunsch erhalten Sie eine Spendenbescheinigung.

Unser Spendenkonto:

Empfänger: Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Konto-Nummer des Empfängers: 15339995 Bankleitzahl: 660 908 00 bei: BBBank

Nützliche Adressen hilfreicher Organisationen

Deutsche Krebshilfe e. V.

Buschstraße 32, 53113 Bonn
 Telefon: 0228 7 29 90 0
 Fax: 0228 7 29 90 11
www.krebshilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Straße des 17. Juni 106 - 108, 10623 Berlin
 Telefon: 030 322 93 29 00
 Fax: 030 322 93 29 66
www.krebsgesellschaft.de

Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
 Telefon: 06221 420
 Fax: 06221 42 29 95
 Service-Telefon Krebsinformationsdienst
 0800 4 20 30 40
www.dkfz.de

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V.

Voßstraße 3, 69115 Heidelberg
 Telefon: 06221 13 80 20
 Fax: 06221 13 80 220
www.biokrebs.de

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Alte Straße 4, 30989 Gehrden
 Telefon: 05108 92 66 46
 Fax: 05108 92 66 47
 Beratungs-Hotline: 0180 5 28 75 74
www.prostatakrebs-bps.de

Deutsche ILCO e. V.

(künstliche Harnableitung,
 künstlicher Darmausgang)
 Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33 88 9 450
 Fax: 0228 33 88 9 475
www.ilco.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V.

(tumorbedingte Erschöpfung)
 Maria-Hilf-Straße 15, 50667 Köln
 Telefon: 0221 - 93 115 96
 Fax: 0221 - 93 115 97
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Inkontinenz Selbsthilfe e. V.

(ungewollter Verlust von Harn)
 Berliner Straße 13 - 15, 35415 Pohlheim
 Telefon: 06403 96 97 933
 Fax: 06403 96 97 933
www.inkontinenz-selbsthilfe.de

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 124, 34119 Kassel
 Telefon: 0561 78 06 04
 Fax: 0561 77 67 70
www.kontinenz-gesellschaft.de

Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion (Impotenz)

Weierstraße 30 A, 82194 Gröbenzell
 Telefon: 08142 59 70 99
www.impotenz-selbsthilfe.de

ICA-Deutschland e.V.

Förderverein Interstitielle Cystitis
 (chronische Entzündung der Blasenwand)
 Untere Burg 21, 53881 Euskirchen
 Telefon: 0163 90 84 493
www.ica-ev.de, www.multinationalica.org

Bundesministerium für Gesundheit

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
 Telefon: 030 206 400 www.bmg.bund.de

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Frau Helga Kühn-Mengel
 Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
 Telefon: 030 18 441 34 20
 Fax: 030 18 441 34 22
www.patientenbeauftragte.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
 Telefon: 0221 89 92-0, www.bzga.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

UPD gemeinnützige GmbH
 Bundesgeschäftsstelle
 Littenstraße 10, 10179 Berlin
 Telefon: 030 200 89 23 43
 Fax: 030 200 89 23 50
www.upd-online.de

INKA - Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e. V.

Theodor Springmann Stiftung, Patientenberatungsstelle
 Reuchlinstraße 10-11, 10553 Berlin
 Telefon: 030 44 02 40 79
 Fax: 030 44 02 40 99, www.inkanet.de

Nakos

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
 und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
 Wilmersdorfer Straße 39, 10627 Berlin
 Telefon: 030 31 01 89 60
 Fax: 030 31 01 89 70 www.nakos.de

Risikocheck Blasenkrebs www.blasenkrebs.net

Unter www.blasenkrebs.net befindet sich ein Risikocheck Fragebogen Blasenkrebs.

Er dient zur Erfassung von risikorelevanten Daten eines möglichen Blasenkrebses und berechnet das Blasenkrebsrisiko.

NMP22® BladderChek® und Zystoskopie optimieren das Monitoring zu **99 Prozent***

* H. Barton Grossman, Mark Soloway, Edward Messing et al. Journal of the American Medical Association (JAMA) Vol 295, No 3:299-305, 2006



Die Kombination von Zystoskopie und **NMP22® BladderChek®** bietet Ihnen die umfassendste Diagnostik an, welche momentan verfügbar ist. Sie profitieren von den Vorteilen der visuellen Untersuchung der Blase einhergehend mit einem fortschrittlichen Proteomics-Tumor-Marker.

Anwendungsbereiche des Tumormarkers

- > Komplette urologische Vorsorgeuntersuchung
- > Früherkennung bei Risikogruppen:
Raucher, Arbeiter in der chemischen und Farbstoff-Industrie, Tankwarte, Fernfahrer, Frisörberufe
- > Nachsorge bei Tumorpatienten (Monitoring)

Krebs-Neuerkrankungen in Deutschland pro Jahr (Quelle: Robert-Koch-Institut, Krebs in Deutschland, Auflage 2008)

> Männer	Prostata 58.570	Darm 37.250	Lunge 32.850	Harnblase 21.410	Magen 11.000	Niere 10.750	Schwarzer Hautkrebs 8.380	Bauchspeicheldrüse 6.320	Hoden 4.750	Speiseröhre 3.880
> Frauen	Brustdrüse 57.230	Darm 36.000	Lunge 13.190	Eierstöcke 9.950	Magen 7.780	Schwarzer Hautkrebs 6.520	Harnblase 7.340	Bauchspeicheldrüse 6.620	Gebärmutterhals 6.190	



Matritech