



5. TAG DER UROLOGIE

in der Urologischen Klinik Sindelfingen,
Samstag, 12. Oktober 2019, 12–17 Uhr



Für Betroffene, Angehörige und Interessierte – Schritt für Schritt von der Früherkennung über die Diagnose bis hin zu den Therapiemöglichkeiten bei Prostataerkrankungen und Blasenkrebs



Klinikverbund
Südwest



IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN SELBSTHILFEGRUPPEN PROSTATATA- UND BLASENKREBS

SHG Prostatakrebs Böblingen

Dieter Werner Schmidt
Offenburger Str. 50
71034 Böblingen
deweschmidt@t-online.de

SHG Prostatakrebs Calw

Michael Roller
Oberdorfstr. 12
75387 Neubulach
prostatakrebsselfhilfecalw@gmail.com

SHG Prostatakrebs Herrenberg

Josef Wolpert
Herzogweg 32
71083 Herrenberg
shg-prostatakrebs-herrenberg@gmx.de

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs

Peter Schröder
Siepmanns Hof 9
45479 Mülheim an der Ruhr
schroeder@blasenkrebs-shb.de

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Interessierte und Angehörige,

bereits zum fünften Mal laden wir Sie herzlich zu unserem Patiententag ein, den wir gemeinsam mit den Selbsthilfegruppen der Region veranstalten. Die hervorragende bisherige Resonanz freut uns, zeigt sich doch, wie groß einerseits der Informationsbedarf ist, andererseits aber auch, dass unser Ziel, Ihnen die oft komplexen Informationen in verständlicher Form nahezubringen, zu gelingen scheint.

Wie bei der letzten Veranstaltung wollen wir uns vor allem den Prostata- und Blasenkrebskrankungen widmen. Der Blasenkrebs ist nach dem Prostatakrebs die zweithäufigste urologische Tumorerkrankung, der Verlauf oft tückisch. Ursache und Therapiemöglichkeiten sind vielen nicht bekannt, die Möglichkeiten der Informationsgewinnung sind deutlich eingeschränkter als beim Prostatakrebs. Dies liegt nicht zuletzt auch daran, dass es wesentlich weniger Selbsthilfeangebote gibt. Wir freuen uns daher besonders, dass erneut Herr Schröder vom Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs über die Möglichkeiten und Vorteile des Informations- und Erfahrungsaustauschs von Betroffenen und Angehörigen berichten wird.

Darüber hinaus bleibt die Prostata mit ihren gutartigen und bösartigen Erkrankungen ein zentrales Thema der Veranstaltung. Wir werden Ihnen zu allen Aspekten ausführliche Informationen geben, selbstverständlich mit ausreichenden Möglichkeiten zur Diskussion.

Die einzelnen Themen werden in drei verschiedenen Räumen parallel behandelt. Sie selbst entscheiden, was Sie am meisten interessiert, und Sie können jederzeit zwischen den Sälen wechseln.

Wir sind uns sicher, dass wir Ihnen wieder ein interessantes Programm zusammengestellt haben, und freuen uns auf Ihr Kommen!

Prof. Dr. Thomas Knoll
Chefarzt Urologische Klinik
Sindelfingen

Dieter Werner Schmidt
SHG Prostatakrebs Böblingen

Peter Schröder
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs

Josef Wolpert
SHG Prostatakrebs Herrenberg

Michael Roller
SHG Prostatakrebs Calw

PROGRAMMÜBERSICHT

Uhrzeit	Chesterfield-Saal
12.00 – 13.00 Uhr	Eintreffen der Teilnehmer, Besuch der Ausstellung
13.00 Uhr	Begrüßung <i>Dr. Jörg Noetzel, Klinikverbund Südwest</i>
13.10 Uhr	Worüber reden wir? Eine kurze urologische Anatomievorlesung <i>Prof. Dr. Thomas Knoll</i>
13.20 Uhr	Sport und Krebs <i>Dr. Ulrike Wilde-Gröber</i>
Vortragsblock 1	Prostatakrebs – Frühe Stadien
14.00 Uhr	Wie diagnostiziert man Prostatakrebs? <i>Dr. Roland Steiner</i>
14.20 Uhr	Zuwarten, Operation, Bestrahlung? Welche Therapie ist für wen die richtige? <i>Prof. Dr. Thomas Knoll & Dr. Danilo Trijic</i>
15.00 – 15.20 Uhr	Besuch der Ausstellung, Kaffee
Vortragsblock 2	Prostatakrebs – Späte Stadien
15.20 Uhr	Medikamentöse Therapie des Prostatakrebses <i>Dr. Miriam Hegemann</i>
15.55 Uhr	Was tun, wenn der Tumor wieder ausbricht? <i>Dr. Ulrich Haag</i>
16.30 Uhr	Psyche und Krebs <i>Anne Michel</i>
17.00 Uhr	Schlusswort <i>Prof. Dr. Thomas Knoll</i>

Rubaga-Saal	Corbeil-Essonnes-Saal
Gutartige Prostatavergrößerung	Blasenkrebs
Wenn's schlecht läuft: Medikamentöse Therapien <i>Dr. Nabil Atassi</i>	Unterschätztes Risiko Blasenkrebs: Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten <i>Dr. Roland Umbach</i>
Wenn's nicht mehr läuft: Operative Therapien <i>PD Dr. Gunnar Wendt-Nordahl</i>	Warum Selbsthilfe bei Blasenkrebs? <i>Peter Schröder</i>
Probleme, über die Man(n und Frau) nicht spricht	Wie Man(n und Frau) wieder auf die Beine kommen
Harninkontinenz: Ursachen und Therapiemöglichkeiten <i>Johannes Dlugosch</i>	Möglichkeiten der urologischen Rehabilitation <i>Jens Leiendecker</i>
Potenzstörungen: Was kann man dagegen tun? <i>Dr. Ralf Eschner</i>	Warum Physiotherapie? <i>Inge Schröcker</i>

SPORT UND KREBS

Dr. Ulrike Wilde-Gröber

Bewegung und sportliche Aktivität zählen mittlerweile zum festen Bestandteil in der Krebsnachsorge und werden derzeit begleitend während der Krebstherapie empfohlen, um gezielt deren Nebenwirkungen entgegensteuern zu können. Neuesten Studien zufolge verhindert ein leichtes sportliches Training den behandlungsbedingten Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit, mildert das Fatigue-Syndrom, verbessert das Immunsystem und steigert das Wohlbefinden und die Lebensqualität.

Wenngleich die aktuelle Studienlage bei Prostatakrebs noch nicht so umfassend ist wie zum Thema Sport bei Brustkrebs, konnte gezeigt werden, dass ein gesundheitsorientiertes Kraft- und/oder Ausdauertraining bei Prostatakrebs sowohl sicher durchführbar als auch sehr effizient ist.

Oberste Priorität haben die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur sowie ein gezieltes Schließmuskeltraining zur Wiedererlangung der Kontinenz. Mittelfristig müssen Rücken und Beine in das Kräftigungsprogramm aufgenommen werden, da sie unterstützend auf die Beckenbodenmuskulatur wirken.

Moderates Ausdauertraining tritt erst später in den Fokus der sportlich aktiven Nachsorge. Schwimmen und Radfahren sollte zunächst während der Inkontinenzsituation vermieden werden. Uneingeschränkt können Sportarten wie Wandern, Nordic Walking oder Skilanglauf empfohlen werden. Angesichts der Überlastungs- und Verletzungsgefahr sind Sportarten mit Wettkampfcharakter und Körperkontakt ungeeignet.

Prostatakrebserkrankte, die mit Hormonen behandelt werden, leiden oftmals unter Nebenwirkungen, wie Müdigkeit, Verlust an Muskelkraft oder Abnahme der Knochendichte. Gerade hier hat ein sportliches Trainingsprogramm nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen eine Zunahme an Vitalität und eine Verbesserung der Muskelfunktion zur Folge und kann dadurch der Osteoporose entgegenwirken.

Für einen optimalen Therapieerfolg kommt es beim Sport auf die richtige Dosierung an. Nach jedem sportlichen Training sollte man sich etwas müde, aber keinesfalls erschöpft fühlen. Ideal ist, wenn die Belastungen beim Kraft- und Ausdauertraining als „etwas anstrengend“ bis „anstrengend“ eingeschätzt werden. Beim schnellen Gehen, Walken oder Laufen soll die Intensität so hoch sein, dass ein Gespräch problemlos möglich ist. Beim Krafttraining sollten die entsprechenden Übungen mit 14 bis 20 Wiederholungen möglich sein.

Insgesamt sollte man sich langsam an sportliche Belastungen gewöhnen und sich zur Betreuung am besten einer Krebsportgruppe anschließen.

WIE DIAGNOSTIZIERT MAN PROSTATAKREBS?

Dr. Roland Steiner

Die meisten Männer erfahren heute von einem Prostatakrebsverdacht aufgrund eines Bluttests (PSA) und durch Früherkennungsuntersuchungen. Beschwerden sind seltener der Anlass für eine weiterführende Diagnostik. Im Frühstadium macht sich ein Prostatakrebs kaum bemerkbar. So sind etwa Probleme beim Wasserlassen zumindest bei kleineren Tumoren eher selten, während sie für die gutartigen Veränderungen der Vorsteherdrüse fast als typisch gelten. Schmerzen verursacht ein Prostatakrebs ebenfalls meist erst, wenn sich Tumorzellen über das Organ hinaus ausgebreitet haben: Rücken- oder Knochenschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen und Geschlechtsverkehr oder Blutbeimengungen im Urin oder in der Samenflüssigkeit können bei der Erkrankung auftreten.

Die körperliche Untersuchung einschließlich der Tastuntersuchung der Prostata vom Enddarm aus ist wichtigster Teil der Früherkennungsuntersuchung. Zusätzlich kann – muss aber nicht – die Messung des prostataspezifischen Antigens (PSA) in einer Blutprobe erfolgen. In der Abklärung eines Krebsverdachts gehört diese Messung jedoch zur Routine. Bei Verdacht auf Prostatakrebs kann eine Ultraschalluntersuchung hinzukommen, die vom Enddarm aus durchgeführt wird: die transrektale Sonographie. Diese kann mit der Elastographie, einer Untersuchung, die tumorverdächtige Verhärtungen im Ultraschall farblich sichtbar macht, kombiniert werden.

Wirklich gesichert wird die Diagnose erst durch die Entnahme von Prostatagewebe bei einer Biopsie durch den Enddarm hindurch und dem Nachweis von Tumorzellverbänden in dieser Probe unter dem Mikroskop. Bisher lässt sich diese Methode nicht ersetzen.

Weitere Untersuchungsverfahren veranlasst der Arzt nur, wenn sich der Krebsverdacht nach der Biopsie erhärtet. Dazu gehört je nach Situation zum Beispiel eine Knochenuntersuchung (Szintigraphie). Diese und weitere Diagnosemethoden sollen zeigen, ob sich Tumorzellen über die Prostata hinaus in andere Körperregionen abgesiedelt haben: Sie zählen zur sogenannten Ausbreitungsdiagnostik.

Aus den Ergebnissen lässt sich dann die eigentliche Diagnose erstellen. Sie beinhaltet Angaben über die Art, die Ausbreitung oder das Stadium der Tumorerkrankung. Diese Informationen sind wesentlich für die Planung einer Therapie.

ZUWARTEN, OPERATION, BESTRAHLUNG: WELCHE THERAPIE FÜR WEN?

Prof. Dr. Thomas Knoll

Dr. Danilo Trijic, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Klinikum Stuttgart

Durch den PSA-Test wird heute bei vielen Männern Prostatakrebs festgestellt, ohne dass sich die Erkrankung bereits durch Symptome bemerkbar gemacht hat. Es ist daher für Betroffene besonders schwer, sich für eine Behandlung zu entscheiden, da keine Beschwerden bestehen. Dieser Vortrag soll eine Übersicht über die Therapiemöglichkeiten bei solchen früh diagnostizierten Tumoren geben.

ZUWARTEN

In frühen Stadien der Erkrankung kann es möglich sein, unter engmaschiger Überwachung gar nicht zu behandeln. Diese Vorgehensweise wird als Aktive Überwachung (engl. Active Surveillance) bezeichnet. Studien haben belegt, dass den Patienten bei richtiger Indikationsstellung keine Nachteile entstehen. Voraussetzung ist ein lokal begrenzter kleiner Tumor, der eine geringe Aggressivität aufweist.

OPERATION

Wenn die Entscheidung für eine Behandlung gefallen ist, zählen die Operation, die verschiedenen Formen der Bestrahlung und die antihormonelle Therapie zu den gängigen Verfahren.

Kann ein Prostatatumor operiert werden, zielt die Behandlung in der Regel darauf ab, eine langfristige Heilung zu erreichen. Die Operation wird als radikale Prostatektomie bezeichnet.

Die radikale Prostatektomie gilt als Standardverfahren bei lokal begrenzten Tumoren. Bei größeren Tumoren, die die Prostata kapsel befallen haben oder sogar über diese hinauswachsen, kann die Operation allein häufig nicht zu einer Heilung führen und wird oft im Sinne einer sogenannten multimodalen Therapie im Verlauf mit einer Bestrahlung kombiniert.

Ziel der Operation ist die Entfernung der gesamten Prostata und der Samenbläschen. Meist werden auch Lymphknoten in der Umgebung der Prostata entfernt, um sie auf Tumorzellbefall hin zu untersuchen. Blasenhalshals und Harnröhre werden anschließend vernäht, die Patienten bekommen während des Anheilens für vier bis sieben Tage einen Blasenkatheter.

Die Operation kann mittels Bauchschnitt oder minimalinvasiv (Schlüssellochoperation) erfolgen. Eine Weiterentwicklung der Schlüssellochoperation basiert auf einem computergestützten System, auf das der Chirurg seine eigenen Handbewegungen verfeinert überträgt. Nach dem Namen des meistgenutzten technischen Systems, das an der Urologischen Klinik Sindelfingen in der Regel angewendet wird, wird diese Operation auch als Da-Vinci-Laparoskopie bezeichnet. Allerdings ist nicht jedes Verfahren bei jedem Patienten durchführbar. Prostatagröße, Voroperationen im Unterbauch oder auch Übergewicht beeinflussen die Therapieentscheidung mit. Soweit möglich wird heute bei allen Operationsverfahren versucht, die Blutgefäße und vor allem die Nerven im Umfeld der Prostata zu schonen.

Der Erfolg einer radikalen Prostatektomie wird zunächst daran gemessen, dass der PSA-Wert schon kurze Zeit nach dem Eingriff sehr niedrig ist und dies auch bleibt.

Die häufigsten Befürchtungen der Patienten betreffen den Verlust der Potenz und die Unfähigkeit, Urin zurückzuhalten, die sogenannte Harninkontinenz. Die Angaben dazu, wie viele Patienten davon betroffen sein werden, sind ganz wesentlich von der Erfahrung der Operateure abhängig. Insgesamt sind die Raten in den letzten Jahren aufgrund verbesserter Operationsverfahren deutlich gesunken und stellen heute selten ein längerfristiges Problem dar. Die Fähigkeit zur Erektion wird durch die Operation bei einer größeren Zahl von Patienten beeinträchtigt. Dies liegt zum einen daran, dass durch fortgeschrittenere Tumore kein Nerverhalt möglich ist. Auch leiden viele betroffene Männer aufgrund von Vorerkrankungen oder altersbedingten Veränderungen bereits vor der Diagnose Prostatakrebs unter Erektionsproblemen, sodass vergleichsweise leichte Schädigungen zu einem vollständigen Verlust der Fähigkeit zur Gliedsteife führen. Insgesamt scheinen die Potenzraten durch die computergestützte Da-Vinci-Methode etwas besser als bei der offenen Operation zu sein.

BESTRAHLUNG

Die Bestrahlung gehört bei kleinen, auf die Prostata begrenzten Tumoren zu den Möglichkeiten, das Tumorwachstum dauerhaft zu stoppen. Sie stellt dann je nach Situation eine Alternative zur Operation oder zum Abwarten unter engmaschiger Kontrolle dar. Die Bestrahlung ist überdies auch eine Indikation bei Patienten, bei denen sich der Tumor bereits weiter ausgedehnt hat oder bei denen es zu einem nach

wie vor örtlich begrenzten Rückfall nach der Operation kommt. Bei fortgeschrittenen Tumoren kann auch die Kombination von Operation und Bestrahlung eine Behandlungsoption darstellen.

Bei der Entscheidung spielt nicht nur das Tumorstadium eine Rolle. Auch das Alter und eventuell vorhandene Begleiterkrankungen werden berücksichtigt. Betroffene Männer sollten sich auf jeden Fall mit ihren Ärzten beraten, welche Therapie in ihrer individuellen Situation die jeweils richtige ist.

Mehrere Bestrahlungsmethoden stehen heute zur Behandlung von Prostatakrebs zur Verfügung:

- die Bestrahlung von außen (perkutane Radiotherapie), die für die meisten Patienten in jedem Krankheitsstadium infrage kommt, ist in der Regel die intensitätsmodulierte, bildgestützte Radiotherapie (IMRT). Diese kann allein oder in Kombination mit einer lokalen Aufsättigungsbestrahlung von innen (sogenannter HDR-Boost; HDR = High Dose Rate) durchgeführt werden.
- die alleinige Bestrahlung von innen, die Brachytherapie, auch Seeds, bei der eine Strahlenquelle direkt an den Tumor selbst eingebracht wird. Diese Therapie erfolgt an der Urologischen Klinik Sindelfingen sowie an der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Klinikums Stuttgart in Kooperation mit den Kollegen der Urologie im Hause.

Die Bestrahlung der Prostata ist eine für die meisten Patienten gut verträgliche Methode, sie ist aber nicht völlig ohne Nebenwirkungen. Auch setzt die Wirkung nur mit einiger Verzögerung ein: Die Strahlendosis ist nie so hoch, dass alles Gewebe unmittelbar zerstört würde. Sie regt vielmehr biologische Prozesse an, die zum Abbau des geschädigten Gewebes führen. Daher kann es bei einer Bestrahlung zum Beispiel einige Zeit dauern, bis ein erhöhter PSA-Wert absinkt.

BESTRAHLUNG VON AUSSEN

Die perkutane Bestrahlung – perkutan steht für „durch die Haut“ – ist das klassische Bestrahlungsverfahren, mit dem die meiste Erfahrung in der Prostatakrebstherapie vorliegt.

Als Patient liegt man bei der eigentlichen Behandlung auf einer Liege unter einem sogenannten Linearbeschleuniger. Von den die Haut durchdringenden Strahlen spürt man nichts. Die einzelne Bestrahlungssitzung dauert nur wenige Minuten.

Deren Vorbereitung ist allerdings zeitaufwändiger: Die Strahlendosis und das Strahlenfeld werden heute per Computer berechnet. Grundlage sind Computertomographie-Aufnahmen. Dies soll sicherstellen, dass möglichst nur der Tumor bestrahlt wird und gesundes Gewebe soweit wie möglich geschont bleibt. Die erforderliche Strahlendosis wird in der physikalischen Einheit Gray angegeben (Abkürzung: Gy). Betroffene Männer erhalten nie die gesamte Dosis auf einmal: Sie wird in einem Zeitraum von etwa sieben bis acht Wochen auf fünf Bestrahlungen pro Woche aufgeteilt oder „fraktioniert“; Abweichungen von diesem Zeitplan sind möglich. Perkutan bestrahlte Patienten sind nicht radioaktiv oder gar gefährlich. Beim Umgang mit der Familie oder Freunden sind keine Vorsichtsmaßnahmen erforderlich. Seitens des Patienten bedarf es auch gewisser Vorbereitungen. Bereits zum Planungs-CT sollte man mit einem so gut wie möglich geleertem Enddarm sowie gefüllter Blase erscheinen, um diese Organe, die der Prostata unmittelbar anliegen, optimal schonen zu können und täglich ein reproduzierbares Kontrolle-CT (sogenanntes Cone-Beam-CT) durchführen zu können, das sicherstellt, dass der Patient immer in gleicher Lage bestrahlt wird.

BESTRAHLUNG VON INNEN MIT DER HDR-BRACHYTHERAPIE

Im Rahmen der sogenannten HDR-Brachytherapie wird eine lokale Aufsättigung der Prostata in der Regel in Vollnarkose durchgeführt. Dabei liegt der Patient (wie bei der Seed-Implantation) in Steinschnittlage und es werden über den Damm Hohlnadeln in die Prostata eingeführt, wodurch eine 192-Iridium-Strahlerquelle in die Prostata einfährt und somit eine lokale „Vor-Ort“-Bestrahlung stattfindet. Diese Art der Bestrahlung eignet sich für Patienten mit Prostatakarzinomen der mittleren und insbesondere hohen Risikogruppe, bei denen auch die Lymphabflusswege mitbestrahlt werden. Der Vorteil dieser lokalen Aufsättigung ist eine biologisch höhere Strahlendosis vor Ort als bei der äußeren Bestrahlung und eine bessere Schonung von Enddarm und Blase verglichen mit der alleinigen äußeren Bestrahlung. Auch hierzu sollte die Prostata nicht zu groß sein ($\leq 60 \text{ cm}^3$) und der Patient sollte im Voraus wenig obstruktive Beschwerden bei der Miktion haben. Im Vergleich zu der LDR-Brachytherapie (Seed-Implantation), wird nach Beendigung der Bestrahlung die

Strahlerquelle aus dem Patienten entfernt und es wird keine Strahlung nach außen weitergegeben.

BESTRAHLUNG VON INNEN MIT SEEDS

Voraussetzung für das Einbringen von Strahlungsquellen in den Tumor ist eine nicht zu große Prostata. Männer, die wegen einer gutartigen Prostataerkrankung oder aus anderen Gründen voroperiert sind, können meist nicht mit einer Brachytherapie behandelt werden. Die Brachytherapie ist besonders für kleine, wenig aggressive Tumore in frühen Stadien geeignet.

Bei der Brachytherapie werden winzige radioaktive Metallteilchen in das Gewebe der Prostata eingebracht. Sie geben Strahlung ab, die nur wenige Millimeter weit reicht. Der Eingriff erfolgt in Voll- oder nur Teilnarkose des Unterleibs. Als Strahlungsquelle wird meist Jod-125 verwendet. Ihre Strahlung beschränkt sich im Wesentlichen auf den Tumor und hält nur wenige Wochen an. Die Gesamtstrahlendosen können wegen der punktgenauen Einbringung in die Prostata weit höher gewählt werden als bei der perkutanen Bestrahlung.

Weil die Reichweite der Strahlung aber pro Metallteilchen so gering ist, müssen abhängig von der Prostatagröße mehrere Dutzend Seeds über das Organ verteilt werden, um überall die notwendige Dosis zu erreichen. Wegen der geringen Reichweite wird die Behandlung auch englisch als Low Dose-Rate-Brachytherapie (LDR) bezeichnet.

In den ersten Tagen sollte man als Patient sehr engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren oder Kindern vermeiden, so die Empfehlung von Strahlenexperten. Ganz isolieren müssen sich mit Seeds behandelte Patienten aber auf keinen Fall. Besuche, die Begrüßung mit Handschlag oder Umarmung, der Aufenthalt im selben Zimmer stellen selbst direkt nach der Behandlung kein Problem dar. Vorübergehend tragen die Patienten nach der Seed-Implantation eine Bleihose. Ist die Strahlung nach einigen Wochen weitgehend abgeklungen, können die Seeds gefahrlos im Körper verbleiben.

Der Erfolg einer Therapie wird beim Prostatakarzinom anhand des PSA-Wertes beurteilt. Nach einer Strahlentherapie dauert es jedoch Monate, bis sich ein deutlicher



Effekt abzeichnet. Bis der PSA-Wert mancher Patienten seinen individuell tiefsten Wert erreichte, den sogenannten Nadir, vergingen laut bisher veröffentlichter Daten sogar bis zu zweieinhalb Jahre. Auch sinkt der Wert nach einer Strahlentherapie oft nicht bis an die Nachweisgrenze wie nach einer Operation. Die besten Heilungsraten beobachten Experten allerdings tatsächlich bei Patienten, deren Nadir unterhalb von 0,5 Nanogramm pro Milliliter lag. Kompliziert wird die Beurteilung weiter durch ein biologisches Phänomen, das bei vielen bestrahlten Patienten auftritt: Nach anfänglichem Abfall steigt ihr PSA-Wert einige Zeit nach dem Ende der Therapie sogar noch einmal an, um erst dann weiter abzusinken. Dieses Ansteigen wird auch als PSA-Bounce bezeichnet.

Akute Strahlenfolgen stehen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Therapie. Sie heilen bei den meisten Patienten praktisch folgenlos aus. Langzeitfolgen sind viel seltener. Zu den akuten Folgen gehören bei etwa jedem dritten Mann Entzündungen der Schleimhäute in Blase und Harnröhre: Betroffene Patienten fühlen sich wie bei einer Blasenentzündung (Strahlencystitis), selten ist auch etwas Blut im Urin. Die Behandlung sieht krampf- und schmerzlindernde Mittel vor, außerdem hilft viel Trinken. Schwillt die bestrahlte Prostata stark an, kann es vorübergehend notwendig werden, zum Wasserlassen einen Katheter zu verwenden.

Auch der Enddarm kann Entzündungsreaktionen zeigen. Dann kann der Stuhlgang vorübergehend schmerzhaft sein, leichte Blutungen oder Durchfälle sind ebenfalls möglich.

Aus Studien ist bekannt, dass nach perkutaner Bestrahlung Durchfallneigung, dauerhafte Darmveränderungen, Blasen- und Harnröhrenveränderungen und Probleme beim Zurückhalten des Urins (Inkontinenz) bei einem kleinen Anteil der Patienten bestehen bleiben können. Etwa die Hälfte der Männer, die vor der Bestrahlung eine Erektion bekommen konnten, ist dazu auch nach der Strahlentherapie noch in der Lage.

ZUSAMMENFASSUNG

Sie sehen, die Entscheidung für eine Therapie des Prostatakrebses ist komplex und die Wahl des Therapieverfahrens muss individuell auf den Patienten zugeschnitten werden. Kompetente ausführliche Beratung durch den niedergelassenen Urologen, Operateur und Strahlentherapeuten sind erforderlich. Das Prostatakarzinomzentrum möchte Betroffenen und Angehörigen hier eine Anlaufstelle sein, in der zugehört und beraten wird. Die Durchführung der jeweiligen Therapie auf höchstem medizinischem Niveau ist selbstverständlich.

WENN'S SCHLECHT LÄUFT: MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DER GUTARTIGEN PROSTATAVERGRÖSSERUNG

Dr. Nabil Atassi

Es ist ein häufiges Problem: Nächtliches Aufstehen, um auf die Toilette zu gehen, stört den Schlaf; der Harnstrahl wird dünner, häufiger Harndrang – manchmal sogar mit Urinverlust – und die damit verbundenen Toilettengänge bestimmen den Alltag. Dazu kommt häufig das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können. Dieser Symptomkomplex, der unter dem Akronym LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) zusammengefasst wird, ist teilweise mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden und sorgt oft für ein Krankheitsgefühl. Ursache dafür ist meist die gutartige Prostatavergrößerung. Ihre Häufigkeit nimmt mit steigendem Lebensalter zu.

Männer mit den oben genannten Symptomen finden sich dann beim Urologen wieder und dieser leitet nach der üblichen Diagnostik in der Regel eine Therapie ein. Die gutartige Prostatavergrößerung kann mit Medikamenten oder operativ therapiert werden. Für gewöhnlich wird zunächst eine medikamentöse Therapie versucht. Hierbei gibt es neben pflanzlichen Präparaten eine Vielzahl an Medikamenten, die zur Anwendung kommen.

Medikamente der ersten Wahl sind sogenannte Alphablocker, bei stärkeren Beschwerden und wenn die Prostata sehr groß ist, kommen aber auch 5-Alpha-Reduktaseinhibitoren zum Einsatz. Darüber hinaus werden in bestimmten Fällen Muskarinrezeptorantagonisten eingesetzt. Seit 2012 ist mit Tadalafil auch ein Phosphodiesterase-5-Inhibitor zur medikamentösen Therapie zugelassen. Die Wahl des Medikaments sollte dabei individuell für jeden einzelnen Patienten im Hinblick auf die bestehenden Symptome und nicht zuletzt vor dem Hintergrund weiterer Begleiterkrankungen sowie der zu erwartenden Nebenwirkungen erfolgen.

Der Beitrag beschreibt die Wirkweisen der gängigen Medikamente und die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der medikamentösen Therapie der gutartigen Prostatavergrößerung.

WENN'S NICHT MEHR LÄUFT: OPERATIVE THERAPIEN

PD Dr. Gunnar Wendt-Nordahl

Trotz der verfügbaren medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der gutartigen Prostatavergrößerung (Benignen Prostatahyperplasie, BPH) benötigen viele der betroffenen Patienten im Laufe der Erkrankung eine operative Therapie.

Neben der Zunahme der Beschwerden trotz Medikamenteneinnahme stellen wiederkehrende Harnverhalte, Blutungen, Infekte, Blasensteine und Restharnbildung absolute Operationsindikationen dar. Die operative Therapie wird heute in aller Regel minimalinvasiv durch die Harnröhre durchgeführt. Die früher gebräuchlichen offenen operativen Verfahren sind fast vollständig verdrängt worden. Seit Langem ist die Transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) als Standardverfahren etabliert, bei der das störende Prostatagewebe mit einer elektrischen Schlinge abgetragen wird. Sie liefert die dauerhafte Verbesserung der Symptome bei einer niedrigen Komplikationsrate.

Alternativen stellen in erster Linie lasergestützte Verfahren dar. Bei der Fotoselektiven Vaporisation der Prostata mit dem Greenlight-Laser wird das überschüssige Gewebe mit einem Laserstrahl verdampft. Vorteil gegenüber der TUR-P ist weniger Blutverlust bei jedoch geringerer Effizienz des Verfahrens. Eine weitere Alternative ist die Laser-Enukleation der Prostata mit einem Thulium- oder Holmium-Laser (ThuLEP; HoLEP). Hierbei wird das Prostataadenomgewebe mit dem Laserstrahl im Ganzen herausgetrennt, anschließend in der Blase zerkleinert und abgesaugt. Aufgrund der hohen Effizienz kommen diese Verfahren vor allem bei großen Prostatatae zur Anwendung.

Der Vortrag gibt einen Überblick über die Indikationen, Vorteile und Risiken der einzelnen Verfahren.

UNTERSCHÄTZTES RISIKO BLASE

Dr. Roland Umbach

Die Blase ist, ebenso wie die Harnleiter und das Nierenbecken, mit einer besonderen Schleimhaut, dem Urothel, ausgekleidet. Dieses Urothel kann an Krebs erkranken, der sich in fast allen Fällen in der Blase findet. Der Blasenkrebs ist der zweithäufigste urologische Tumor. Pro Jahr befällt er in Deutschland fast 30.000 Menschen, bei einem Drittel ist die Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits fortgeschritten, das heißt in die Muskelschicht der Blase eingewachsen oder hat gar Metastasen (Tochtergeschwulste) gebildet. Männer sind etwa dreimal häufiger als Frauen betroffen.

Risikofaktoren für den Urothel- und Blasenkrebs sind: 1. Rauchen, 2. Kontakt mit bestimmten chemischen Stoffen, 3. Chronische Harnwegsinfektionen und 4. Erkrankungen durch bestimmte Parasiten in tropischen Regionen.

Symptome für das Vorliegen eines Blasenkrebses können sein: Veränderungen beim Wasserlassen (häufiger Harndrang, brennender Schmerz beim Wasserlassen, Blut im Urin), die auf eine Entzündung, aber auch auf eine Blasenkrebskrankung hindeuten können. In diesen Fällen empfiehlt es sich, den Hausarzt oder Facharzt für Urologie zu konsultieren. Vor allem wenn Blut im Urin auftritt, ist eine Klärung mittels Blasenspiegelung unbedingt erforderlich.

Bei einer Blasenspiegelung (Zystoskopie) wird unter lokaler Betäubung über die Harnröhre mit einem Endoskop in die Blase eingegangen, sodass der Urologe diese von innen beurteilen kann. Die meisten Blasentumore wachsen zum Glück eher oberflächlich sozusagen wie Büsche in das Blaseninnere und können so gut identifiziert werden. Seltener treten sehr aggressive sogenannte Carcinoma in situ auf, die flach in der Blasenwand wachsen und besser unter einem speziellen blauen Laserlicht identifiziert werden (Fotodynamische Diagnostik).

Wenn tatsächlich Tumore nachgewiesen werden, besteht die Behandlung aus einer minimalinvasiven Entfernung mit einer elektrischen Schlinge, ein Eingriff, der über die Harnröhre erfolgt und einen kurzen Krankenhausaufenthalt erfordert. Wichtig sind anschließend regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen bei einem Urologen, die auch wiederholte Blasenspiegelungen beinhalten, da die Blasen Tumore nicht selten erneut auftreten. Die Häufigkeit von Rezidiven (das heißt neuen Tumoren) kann durch Blasenspülungen mit speziellen Substanzen gesenkt werden.

Zum Glück ist es eher selten, dass wiederholt auftretende Tumore aggressiver werden als beim ersten Auftreten. Wenn der Tumor aber in tiefere Schichten einwächst, kann dieser nicht mehr über die Harnröhre entfernt werden. In diesen Fällen muss die Blase durch eine größere Operation vollständig herausgenommen werden, damit der Tumor nicht fortschreitet und streut. Nach Entfernung der Blase kann der Urologe aus dem Darm entweder eine neue Blase oder einen künstlichen Ausgang formen. Die Entscheidung, welche Möglichkeit der Harnableitung geeignet ist, wird gemeinsam mit dem Patienten getroffen.

WARUM SELBSTHILFE BEI BLASENKREBS?

Peter Schröder

Es ist ihrem Engagement zu verdanken, dass für betroffene Menschen mit der Diagnose Blasenkrebs hier die Gelegenheit geboten wird, sich über die Krankheit und ihren Verlauf – vor allem aber auch ihre Bewältigung – zu informieren.

In einer Selbsthilfegruppe treffen sich Menschen, um mit anderen Betroffenen über ihre Krankheit oder Probleme zu sprechen. Wichtig aus meiner Sicht ist dabei, dass Sie, liebe interessierte Gäste, feststellen, dass Sie nicht alleine sind:

- In Gesprächen untereinander werden Erfahrungen ausgetauscht.
- Betroffene finden in der Gruppe neue Kontakte und Unterstützung.
- Es werden Fragen der Lebensbewältigung angesprochen.
- Sie erhalten Anregungen für ein gutes Leben auch nach der Operation.

Das alles hilft, Ängste und Isolation abzubauen und wieder mehr Mut und Selbstvertrauen zu finden.

Gemeinsam geht es einfach besser.

Ich erhielt meine Diagnose Blasenkrebs im Jahr 1999.

Daraufhin tauchten Fragen auf: Wie geht es weiter? Geht es überhaupt weiter? Warum ausgerechnet ich? Ich bekam eine Ersatzblase ... Ich suchte Kontakt zu anderen Betroffenen, was mir damals sehr geholfen hat. Später konnte ich sogar meinen Beruf wiederaufnehmen.

Die Hilfe, die ich damals gesucht habe, bekam ich in der Selbsthilfegruppe Bocholt, die die älteste SHG in Deutschland ist. Die Treffen und Aktivitäten der Gruppe gestalten wir vollkommen eigenverantwortlich und unabhängig. Wir haben keine professionelle Leitung, suchen uns jedoch für das ein oder andere Thema professionelle Unterstützung. So klären wir zum Beispiel in Verbindung mit Klinikärzten oder niedergelassenen Urologen medizinische Fragen. Wenn wir Themen nicht in der Gruppe klären können, versuchen wir die richtigen Ansprechpartner zu finden.

Gegenseitige Achtung und Wertschätzung ist uns sehr wichtig. Alles, was wir besprechen, wird selbstverständlich nicht nach außen getragen.

Ich kann nur sagen, dass mir die Selbsthilfe sehr am Herzen liegt. Ich stehe jedoch heute nicht nur als Betroffener und Gruppensprecher vor Ihnen, sondern auch als Vertreter des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Dem Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. gehören bundesweit 52 Selbsthilfegruppen und ein Onlineforum an, die vor Ort selbstständig – meist in monatlichem Abstand – Treffen organisieren.

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. unterstützt Blasenkrebs-Selbsthilfe-Gruppen – vor allem in der Gründungsphase. Er stellt Infomaterial zur Verfügung und hilft mit Tipps. Für Gruppensprecher gibt es ein jährliches Schulungstreffen und interessierte Mitglieder können sich alle zwei Jahre auf der medizinischen Fachtagung informieren. Bei den Treffen des ShB sind Erfahrungsaustausch, Gespräche und Geselligkeit ein wichtiger Bestandteil.

Die Geschäftsstelle des ShB ist im Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn. Hier haben zehn Selbsthilfe-Bundesorganisationen ihren Sitz. So können sie sich auf kurzem Weg austauschen und Entscheidungsgremien von Politik, Krankenkassen oder auch Forschung einberufen. Der ShB arbeitet zum Beispiel auch an der S3-Leitlinie Blasenkrebs mit, die jetzt bald verabschiedet wird.

Auch hier gilt: Gemeinsamkeit macht stark!

So, damit genug über den ShB. Sie wollen heute mehr zu den Möglichkeiten hier vor Ort erfahren.

Ich wünsche mir, dass über eine aktive Mitarbeit nicht nur Sie als Teilnehmer mehr Zufriedenheit und Zuversicht gewinnen, sondern auch wir im ShB Anregungen von Ihnen bekommen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DES PROSTATAKREBSSES

Dr. Miriam Hegemann

Die medikamentöse Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms wird immer komplexer – zum Glück, denn das bedeutet: mehr Therapieoptionen für unsere Patienten!

Der Vortrag wird einen Überblick über die aktuellen Behandlungsstandards geben und zum Management der häufigsten und seltenen Nebenwirkungen informieren. Neben der Hormontherapie soll auch das Thema Chemotherapie beleuchtet werden, das bei vielen Patienten weiterhin zum Teil unberechtigte Ängste schürt. In aktuell vorgestellten Studien wurde der Stellenwert der Chemotherapie in der Systemtherapie des Prostatakarzinoms neuerlich gefestigt und ist somit essenzieller Bestandteil der Sequenz sowie Kombinationspartner in der erfolgreichen Therapie der fortgeschrittenen Erkrankung.

WAS TUN, WENN DER TUMOR WIEDER AUSBRICHT?

Dr. Ulrich Haag

Nach primär kurativer (heilender) Intention in der Behandlung eines Prostatakarzinoms durch Operation oder Strahlentherapie treten in 27 bis 53 Prozent Rezidive auf. 16 bis 35 Prozent der Betroffenen erhalten innerhalb von fünf Jahren eine Salvage-Therapie.

Salvage bedeutet Rettung. Durch eine weitere Maßnahme, Operation, Bestrahlung, HIFU oder Ähnlichem soll das Rezidiv so behandelt werden, dass eine Langzeitheilung gelingt.

Dr. Haag wird in seinem Vortrag die Empfehlungen der S3-Leitlinie, ergänzt durch aktuelle Ergebnisse von Studien und Erfahrungen darstellen:

- Definition und Diagnostik des Rezidivs
- Muss eine Biopsie des Rezidivs erfolgen?
- Unterscheidung lokales oder systemisches Rezidiv
- Erweiterte Diagnostik? Skelettszintigraphie, PET-CT?
- Therapie des PSA-Rezidivs nach radikaler Prostatektomie
- Therapie der PSA-Progression nach Strahlentherapie
- Hormonablativ Therapie bei PSA-Progression oder PSA-Rezidiv

HARNINKONTINENZ: URSACHEN UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Johannes Dlugosch

Mit über neun Millionen Betroffenen in Deutschland ist die Inkontinenz eine häufige Erkrankung. Für diese Menschen stellt sie eine schwerwiegende Einschränkung ihrer Lebensqualität dar und das Selbstgefühl ist oft erheblich beeinträchtigt. Dennoch wird dieses Tabuthema sowohl von Ärzten als auch Betroffenen meist nicht angesprochen. Diese Sprachlosigkeit muss überwunden werden.

HARNINKONTINENZ IST HÄUFIG HEILBAR!

Da es viele verschiedene Formen und sehr unterschiedliche Ursachen für eine Inkontinenz gibt, ist eine sorgfältige Diagnostik wichtig. Nur so können wirksame Therapien gefunden werden. Dabei ist das Gespräch mit einem Facharzt der erste Schritt. Zusammen mit einer Basis-Diagnostik (körperliche Untersuchung, Sonographie, Miktionsprotokoll, Urinanalyse und ggf. Harnstrahlmessung oder Blasenspiegelung) kann meist eine wirksame Therapie gefunden werden. In unklaren oder komplexen Situationen ist eine weitere Abklärung mittels Blasendruckmessung (Urodynamik) notwendig.

DIE HÄUFIGSTEN FORMEN DER INKONTINENZ SIND:

1. Belastungsinkontinenz: Dabei kommt es bei körperlicher Belastung (Husten, Niesen, schweres Heben usw.) zu einem Urinverlust. Als Ursache liegt eine Schwäche des Schließmuskelapparates vor. Diese kann unter anderem durch vorangegangene Operationen wie zum Beispiel eine Prostataoperation oder eine Schwächung des Beckenbodens durch Schwangerschaft und Geburt sowie hormonell (Wechseljahre) bedingt sein. Die Belastungsinkontinenz ist je nach Ausprägung behandelbar mit Beckenboden-Training, verschiedenen Elektrostimulationsverfahren, ggf. dem Einsatz von Pessaren, Medikamenten oder durch operative Wiederherstellung der Harnröhren- und Beckenbodenfunktion. Hierfür stehen bei der Frau verschiedene spannungsfreie Schlingen (TVT-, TOT-Schlingen) und beim Mann sowohl Schlingen (beispielsweise AdVance®-Band) als auch eine künstlicher Schließmuskel zur Verfügung.

2. Die überaktive Blase: Dabei kommt es zu einem starken überfallartigen Harn-drang, der mit oder ohne Urinverlust auftreten kann. Die Ursachen können unwill-

kürliche Blasenmuskelkrämpfe (Instabilitäten), eine Blasenentzündung, Tumore oder neurologische Erkrankungen (Morbus Parkinson, Schlaganfall usw.) sein.

Die überaktive Blase wird zunächst medikamentös mit Tabletten oder Pflastern und einem Verhaltenstraining behandelt. Sollte die Inkontinenz fortbestehen, kann eine Therapie durch Spritzen von Botox in den Blasenmuskel oder eine Fußnervenstimulation (tibiale Nervenstimulation) oder die Implantation eines dauerhaften Blasenschrittmachers (sakrale Neuromodulation) erfolgen.

Die Wahl des Therapieverfahrens richtet sich immer nach den Wünschen des Patienten und der individuellen Situation.

Das Wichtigste ist: Sprechen Sie darüber!

POTENZSTÖRUNGEN – WAS KANN MAN DAGEGEN TUN?

Dr. Ralf Eschner

Erektionsstörungen können in jedem Alter beim Mann auftreten; ab etwa 40 Jahren haben sie meist auch organische Ursachen.

Diese Ursachen werden dargestellt, Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Wichtig ist ausreichend Zeit zur Diskussion nach dem Vortrag, auch besteht im Anschluss die Möglichkeit, persönlich mit dem Referenten zu sprechen.

Der Vortrag kann den Besuch beim Urologen in der Praxis jedoch nicht ersetzen.

MÖGLICHKEITEN DER UROLOGISCHEN REHABILITATION

Jens Leiendecker

Urologische und insbesondere uroonkologische Erkrankungen und ihre spezifischen Therapien führen oft zu Einschränkungen über die betroffene Organregion hinaus. Gründe hierfür können unter anderem Folgeerscheinungen der Therapien, Einflüsse auf die Psyche oder sich neu entwickelnde Begleiterkrankungen sein.

Nach Abschluss der Behandlung durch Operation, Bestrahlung, Chemotherapie oder bei einer Hormontherapie hilft die Rehabilitation, die vielfältigen Nebenwirkungen der Therapien, wie zum Beispiel die Harninkontinenz nach einer Prostataoperation, wieder zu verbessern.

Neben den körperlichen Veränderungen sind die Krankheitsverarbeitung, die Zukunftsplanung, die berufliche Reintegration, Veränderungen im privaten Umfeld, aber auch die Sexualität wichtige Aspekte der Rehabilitation.

Urologische Erkrankungen wie zum Beispiel das Prostatakarzinom sind häufig Erkrankungen des älteren Menschen mit entsprechend altersbedingten Begleiterkrankungen. Hier ist in der Rehabilitation ein indikationsübergreifender Ansatz sinnvoll und zeitgemäß. Die MediClin Staufenburg Klinik pflegt daher bewusst eine fachübergreifende Zusammenarbeit. Die Interdisziplinarität ist dabei nicht auf den ärztlichen Bereich beschränkt, sondern umfasst auch alle anderen Therapiebereiche.

Der Vortrag stellt diese umfassenden und interdisziplinären Therapiekonzepte in der modernen urologischen Rehabilitation vor.

WARUM PHYSIOTHERAPIE?

Inge Schröcker

Die Beckenmuskulatur ist eine Gruppe von Muskeln, die wie das Zwerchfell quer durch den Körper verläuft. Die Hauptfunktion dieser Muskeln ist die Kontinenzsicherung. Da sie willkürlich und unwillkürlich arbeitet, ist die Beckenmuskulatur in unserem Körper einzigartig und kann trainiert werden. Durch ihre Lage tief im kleinen Becken und ihre minimalen Bewegungen ist sie schwer zu spüren. Das macht das Trainieren jedoch schwierig.

Das Tanzberger-Konzept® ist eines von mehreren Übungsprogrammen, das sich speziell mit der Beckenbodenmuskulatur beschäftigt. Durch Einsatz von Atemübungen und Gesten wird versucht, die Bewegungen der Muskulatur für den Patienten begreifbarer zu machen, um diese besser ansteuern zu können.

Ein anderer Ansatz des Tanzberger-Konzepts® ist, den Beckenboden Reizen auszusetzen, um die unwillkürlichen Anteile der Muskulatur zu trainieren, damit diese ihre Arbeit wieder von sich aus machen, ohne dass man darüber nachdenken muss.

PSYCHE UND KREBS

Anne Michel

Die Diagnose einer Krebserkrankung trifft die meisten Menschen unerwartet und unvorbereitet. Von einem Tag auf den anderen verändert sich das Leben. Denn die Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche – Partnerschaft und Familie, Beruf und Alltag, Hobbys und Freizeitverhalten. Noch unter dem Schock der Diagnose sind Entscheidungen zu treffen, welche weiteren Maßnahmen ergriffen werden müssen.

Psychische Veränderungen können sich durch die Diagnosemitteilung einstellen. Das Wissen um eine Krebserkrankung setzt einen Prozess in Gang, es verändert die Gedanken und hat Einfluss auf die Gemütsverfassung.

Zweifellos reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf eine schwierige oder bedrohliche Situation und bewältigt sie auf seine Weise. Doch jeder Patient legt sich eine individuelle Strategie zurecht, mit der Erkrankung umzugehen.

Emotionale Belastungen können durch die Diagnose selbst, durch das Stadium der Erkrankung, durch körperliche Beschwerden, Funktionsverluste oder Funktionsbeeinträchtigungen, durch Begleiterecheinungen der Behandlung entstehen. Gibt es ohnehin schon Vorerkrankungen oder Morbidität, belastende Lebensumstände wie den Verlust naher Angehöriger, Krankheit oder Pflege, Probleme am Arbeitsplatz, schwierige familiäre Umstände oder andere traumatische Vorerfahrungen, können sich psychische Störungsbilder entwickeln.

Häufiger zu beobachten sind psychische Reaktionen infolge der Krebserkrankung sowie im Krankheitsverlauf. Das können der soziale Rückzug, der Verlust an Lebensfreude, eine depressive Stimmungslage, Lustlosigkeit, Angstgefühle, das Kreisen der Gedanken, Hilflosigkeit und Zukunftsangst sein.

Psychoonkologische Beratung hilft, Antworten zu finden auf diese seelischen Herausforderungen. Sie sucht nach Möglichkeiten, eigene Kräfte und Stärken freizusetzen, um mit einer guten Krankheitsbewältigung Lebensfreude und Lebensqualität zu erhalten.

Es geht in der Psychoonkologie nicht um den Blick, was belastet, sondern um das, was stärkt!

WICHTIG ZU WISSEN

Termin Samstag, 12. Oktober 2019, 12–17 Uhr

Ort Kliniken Sindelfingen
Chesterfield-Saal/Rubaga-Saal/Corbeil-Essonnes-Saal
Arthur-Gruber-Str. 70
71065 Sindelfingen

Kontakt Sandra Stöppke/Gabriele Schüssler/Jutta Penker
Tel.: 07031 98-12501
Fax: 07031 98-12342
urologieSI@klinikverbund-suedwest.de

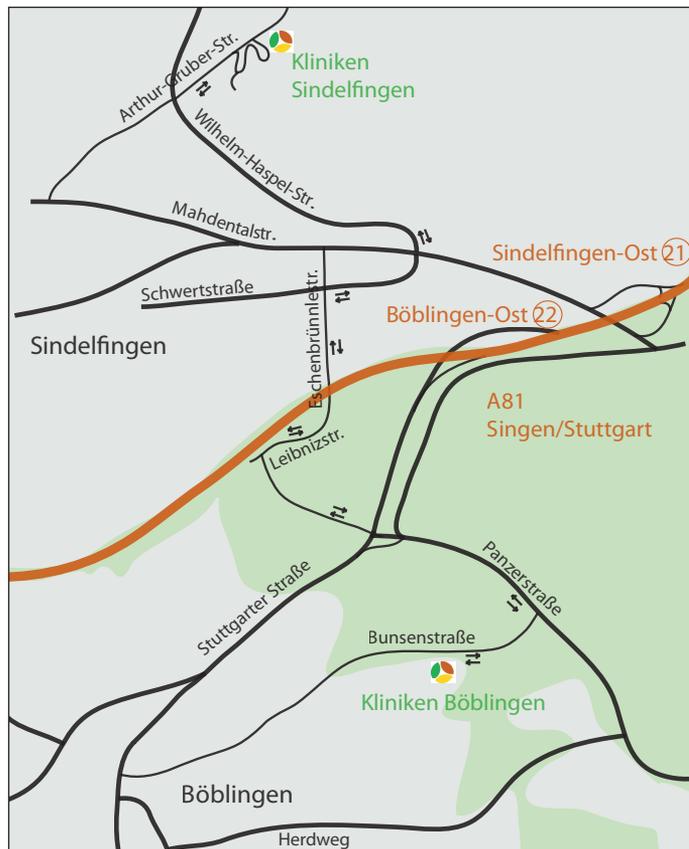
Das Parken während der Veranstaltung ist kostenfrei.



Wir danken folgenden Firmen für ihre freundliche Unterstützung:

PubliCare GmbH 500 €, Coloplast GmbH 500 €, Astellas Pharma GmbH 300 €,
Dr. Pflieger Arzneimittel GmbH 300 €, Janssen-Cilag GmbH 300 €,
KARL STORZ SE & Co. KG 200 €, INTUITIVE Surgical Deutschland Demogerät Da Vinci,
Boston Scientific Medizintechnik GmbH Demogerät Greenlightlaser

ANFAHRT



Mit dem Auto: A81 von Stuttgart oder Singen kommend, Autobahnausfahrt Sindelfingen-Ost. Aus allen Richtungen finden Sie eine gute Beschilderung innerhalb der Stadt vor. Es stehen kostenfreie Parkplätze im Parkhaus und offene Stellplätze zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Parkplätze Dauerparkplätze sind.

Mit Bus und Bahn: Mit der S-Bahnlinie S1 bis zur Haltestelle Goldberg, dann mit der Buslinie 708 über den Busbahnhof Sindelfingen direkt zu den Kliniken Sindelfingen in die Arthur-Gruber-Straße 70.

REFERENTEN

Prof. Dr. Thomas Knoll

Chefarzt
Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
t.knoll@klinikverbund-suedwest.de

Dr. Nabil Atassi

Oberarzt
Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
n.atassi@klinikverbund-suedwest.de

Johannes Dlugosch

Funktionsoberarzt
Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
j.dlugosch@klinikverbund-suedwest.de

Dr. Ralf Eschner

Urologe
Hahnweidstr. 21, 73230 Kirchheim/Teck

Dr. Ulrich Haag

Klinik für Urologie Nagold
Röntgenstr. 20, 72202 Nagold
u.haag@klinikverbund-suedwest.de

Dr. Miriam Hegemann

Oberärztin
Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
m.hegemann@klinikverbund-suedwest.de

Jens Leiendecker

Oberarzt
MediClin Staufenburg Klinik
Burgunderstr. 24, 77770 Durbach

Anne Michel

Psychoonkologin (WPO)
Psychoonkologischer Dienst
Kliniken Sindelfingen
a.michel@klinikverbund-suedwest.de

Peter Schröder

Selbsthilfe-Bund-Blasenkrebs
Siepmanns Hof 9,
34479 Mühlheim a. d. Ruhr
schroeder@blasenkrebs-shb.de

Inge Schröcker

Physiotherapie
Kliniken Böblingen
i.schroecker@klinikverbund-suedwest.de

Roland Steiner

Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
r.steiner@klinikverbund-suedwest.de

Dr. Danilo Trijic

Oberarzt und Leitung Therapiebereich
Klinik für Strahlentherapie/Radioonkologie
Katharinenhospital Stuttgart
Kriegsbergstr. 60, 70174 Stuttgart

Dr. Roland Umbach

Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
r.umbach@klinikverbund-suedwest.de

PD Dr. Gunnar Wendt-Nordahl

Urologische Klinik Sindelfingen
Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
g.wendt-nordahl@klinikverbund-suedwest.de

Ulrike Wilde-Gröber

Dipl.-Psychologin
Lehrbeauftragte „Sport nach Krebs“
Eberhard Karls Universität Tübingen
Geschwister-Scholl-Platz, 72074 Tübingen



FÜR IHRE NOTIZEN

FÜR IHRE NOTIZEN



Klinikverbund Südwest

Klinikum Sindelfingen-Böblingen

Kliniken Sindelfingen

Arthur-Gruber-Straße 70

71065 Sindelfingen

Tel.: 07031 98-0

www.klinikverbund-suedwest.de