

Zivilisationskrankheit Blasenkarzinom

Urologie konkret

**Rauchen begünstigt
das Auftreten von
Tumoren der
Harnblase**

- 6 *Grünes Licht für die Prostata*
- 7 *Hervorragende Noten bei Patientenbefragung*

- 7 *Deutschlands erste Kontinenzzeitschrift*
- 8 *Warum ein Oberarzt zur Vorsorge geht*

PDD (Photodynamische Diagnostik): Eine Blasen-tumorvorstufe, das sogenannte „Carcinoma in situ“ wird in einem bestimmten Licht definierter Wellenlänge unter Zuhilfenahme einer bestimmten Chemikalie (5-alpha-Laevulinsäure) für das menschliche Auge sichtbar gemacht.

Zivilisationskrankheit Blasenkarzinom

Gewohnheiten wie das Rauchen, aber auch die Arbeit mit bestimmten chemischen Substanzen begünstigt das Auftreten von Tumoren in der Harnblase. Gute Heilungschancen bei oberflächlichen Karzinomen

Wie Blasenkrebs entsteht

Entartung gehört zu den alltäglichen Geschehnissen in unserem Körper. Einzelne Zellen fangen an, sich unkontrolliert zu teilen, zu wuchern und sich uferlos auch in die gesunde Nachbarschaft auszuweiten. Körpereigene Reparaturmechanismen sind in der Lage, diese Entartung aufzuhalten, wuchernde Zellen zu eliminieren. „Übersehen“ diese Reparaturmechanismen solche Zellen, kann aus dem alltäglichen Betriebsunfall ein ernstes Problem werden: Wird ein solcher Tumor früh entdeckt, bevor er sich unhaltbar ausgebreitet oder sogar gestreut hat, ist eine Heilung gut möglich.

Die Auslösung einer solchen Entartung kann viele Gründe haben: Veränderungen im Erbgut der Zelle, chronische Reize oder jahrelange Entzündungen können zu einem bösartigen Tumor

führen. So ist das UV-Licht ein Reiz für die Haut, Krebs zu entwickeln, Zigarettenrauch und Alkoholkonsum können zu Tumoren im Hals- und Rachenbereich führen, chronische Virusinfekte des Gebärmutterhalses erhöhen das Risiko eines Gebärmutterhalskrebses.

Für die Blase sind es einige chemische Substanzen aus der Gruppe der aromatischen Amine, die einen Risikofaktor für die Entstehung eines Blasenkarzinoms darstellen. So ist in bestimmten Industriezweigen wie der Chemie- und Stahlindustrie sowie im metall- und teerverarbeitenden Gewerbe ein Blasenkrebs als Berufserkrankung anerkannt. Risikofaktor Nummer eins ist jedoch das Rauchen, weil die genannten aromatischen Amine im Zigarettenrauch vorkommen. Diese werden über den Urin ausgeschieden und haben so Kontakt mit der Harnblasenschleimhaut.

Häufigkeit

Männer erkranken häufiger als Frauen in einem Verhältnis von 3:1 an einem Blasenkarzinom. Dieses Verhältnis ist im Wandel: In einigen Jahren wird es nur noch bei 2:1, später vermutlich bei 1:1 liegen. Grund hierfür ist das veränderte Verhalten beim Rauchen: Während die Zahl der männlichen Raucher zurückgeht, steigt die der rauchenden Frauen und damit die Zahl der weiblichen Blasentumor-erkrankten.

Das Harnblasenkarzinom tritt in Industrieländern mit der gestiegenen Belastung der Bevölkerung mit Chemikalien und einer höheren Quote an Rauchern ungleich häufiger auf als in Entwicklungsländern. Insgesamt liegt das Harnblasenkarzinom in der Rangliste der Neuerkrankungen bösartiger Tumore bei den Männern an der vierten, bei den Frauen (noch) an der zehnten Stelle. Ein Charakteristikum für das Harnblasenkarzinom ist, dass es häufig zu Rezidiven führt. Damit ist gemeint, dass die Blase auch nach erfolgreicher Beseitigung eines Tumors nach Monaten und Jahren neue Karzinome ausbildet. Die Häufigkeit dieser Rezidive wird abhängig von dem Typ des Blasenkarzinoms mit 50 bis 70 Prozent innerhalb von zwei Jahren angegeben.

Beschwerden

Ein Harnblasenkarzinom äußert sich fast immer durch schmerzlose Blutverfärbungen des Urins. Dabei kann der blutige Urin nur kurzfristig, manchmal sogar nur

einmalig auftreten und wird vom Betroffenen übersehen oder als nicht ernst (weil nicht schmerzhaft) interpretiert. Das ist tückisch, denn weitere Symptome wie Schmerzen im Knochensystem, erschwertes Wasserlassen oder Schmerzen in den Nieren durch einen Harnaufstau sind Spätfolgen des Harnblasenkrebses.

Untersuchungen

Zu den Routine-Untersuchungen, die der Urologe bei einer schmerzlosen Blutbeimengung zum Urin durchführt bzw. veranlasst, gehören neben einer Urinuntersuchung ein Röntgenbild der Nieren



Abb. 2: ein kompakter, breit auf der Schleimhaut sitzender Blasen-tumor.



Abb. 1: Ultraschall der Harnblase: In der Blase (schwarz dargestellt) gut erkennbar ist eine runde Ausbuchtung, die sich von unten vorwölbt.

und ein Ultraschall. In der Ultraschalluntersuchung können in der Blase manchmal große Tumore gesehen werden (Abb. 1).

Kleinere Tumore werden bei der Blasenspiegelung entdeckt. Hierbei wird ein flexibles, weiches Instrument in die Blase eingeführt, das entweder direkt oder per Kamera einen Blick in die Blase erlaubt (Abb. 2). Diese zentrale und auch in der Nachsorge unumgängliche Untersuchung ist nicht schmerzhaft und kann ohne spezielle Vorbereitung nach Rücksprache

mit dem behandelnden Arzt auch unter blutverdünnenden Medikamenten durchgeführt werden. Liegt der Verdacht nahe, dass sich ein Blasen-tumor in die Umgebung der Blase oder sogar in andere Organe wie den Knochen, die Lunge oder die Leber ausgebreitet hat, werden ein Knochenszintigramm (Abb. 3) und eine Computertomographie zur Beurteilung der Blase, der Lymphknoten und der Nachbarorgane angefertigt (Abb. 4.).



Abb. 4: Computertomographie: Lymphknotenmetastase neben der linken Niere (konzentrische Formation rechts oberhalb der weißen kreisrunden Struktur in Bildmitte)

Behandlung

Ein Blasen-tumor wird in den allermeisten Fällen endoskopisch, das heißt über eine Optik entfernt (Abb. 5). Das Instrument wird in Narkose über die Harnröhre in die Blase eingeführt, der Operateur sieht über eine Kamera und einen Bildschirm in die Blase. Mit einem Elekt-roinstrument kann er den Tumor entfernen (Abb. 6 und Abb. 7). Dieses hat die Form einer beweglichen Schlinge. Mit Spezialstrom ist es möglich, das erkrankte Gewebe von den gesunden Schichten der Blase zu trennen und es in ein pathologisches Institut

einzuschicken. Der Pathologe beurteilt dabei die entfernten Gewebespäne daraufhin, ob es sich um eine gutartige oder bösartige Veränderung handelt und wie tief in letzterem Falle der Harnblasentumor in die Blasenwand eingedrungen ist. Dieses ist für die Beurteilung der Risiken, die von dem Blasen-tumor ausgehen, von entscheidender Bedeutung (siehe Abschnitt „Klassifikation“).

Je nach Gewebeunter-suchung, Ausdehnung oder Lokalisation des oder der Tumore wird entschieden, ob es bei der einmaligen Operation durch die Harnblase bleibt, ob der Eingriff wiederholt wird, ob zusätzliche Maßnahmen notwendig sind (siehe Abschnitt Nachbehandlung) oder ob sogar weitergehende chirurgische Methoden ange-wandt werden müssen.

In seltenen Fällen, wenn der Tumor die äußeren Wand-schichten der Harnblase erreicht hat, ist eine Entfernung der Harnblase notwendig.



Abb. 5: TUR (transurethrale Resektion) – Entfernung eines Blasen-tumors durch die Harnröhre hindurch: Der Operateur erhält über eine Kamera und einen Monitor Einblick in die Harnblase und kann einen Blasen-tumor mit einem Elekt-roinstrument entfernen.

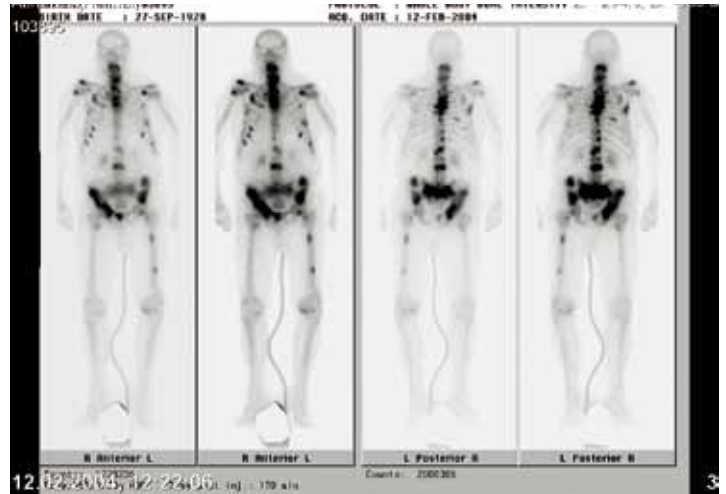


Abb. 3: Knochenszintigramm: Mit einem radioaktiv markierten Medikament werden Zonen mit erhöhtem Knochenumbau als schwarze Flecken dargestellt. Diese können Absiedlungen des Tumors entsprechen.

Dieser größere Eingriff beinhaltet neben der eigentlichen

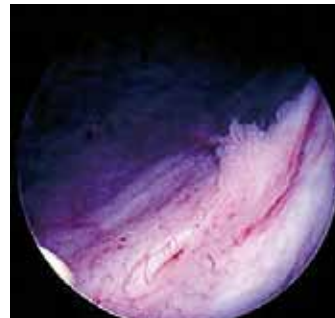


Abb. 6: Papillärer Blasen-tumor: kleiner, zottiger Blasen-tumor rechts neben der Harnleitermündung (kleine, oval-schlitzförmige Vertiefung in der Blasenwandung)

Diese ist prinzipiell in drei Formen möglich. Eine einfa-

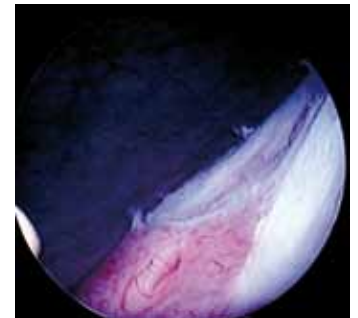


Abb. 7: Nach der Elektroresektion ist der Tumor entfernt, es bleibt eine kraterförmige Wunde in der Blase, die in den nächsten Wochen abheilen wird.

Entfernung der Harnblase mit ihren Lymphknoten immer auch die Harnableitung.

che Harnableitung bedeutet, dass der Urin außerhalb des Körpers in einem Beutel gesammelt wird. Diese Operationsmethode stellt, weil mit kurzer OP-Zeit verbunden, eine größtmögliche Entlastung des Patienten dar und wird vor allem bei älteren Patienten jenseits der 70 Jahre angewandt. Am komfortabelsten ist eine sogenannte „Neoblase“, die aus Dünndarmanteilen geformt den Urin innerlich an der Stelle der natürlichen Harnblase sammelt und über die körpereigene Harnröhre abgibt. Eine Mittelstellung nimmt der sog. „Pouch“ (engl. Tasche) ein. Auch hier wird der Urin im Körperinneren gesammelt,

muss aber mit einem Katheter vom Patienten mehrmals am Tag entnommen werden. Das Tragen eines Beutels ist hierbei nicht erforderlich (Abb. 8).



Abb. 8: Pouchkatheterismus: Der Patientin wurden die Harnblase und die Harnröhre entfernt und ein „Pouch“ angelegt. In dieser „Tasche“ aus Dünndarm wird der Urin innerlich gesammelt und dreimal am Tag über einen Katheter entnommen. Das Tragen eines Beutels ist nicht notwendig – alle Freizeitaktivitäten wie Saunabesuche oder Strandspaziergänge im Bikini sind möglich.

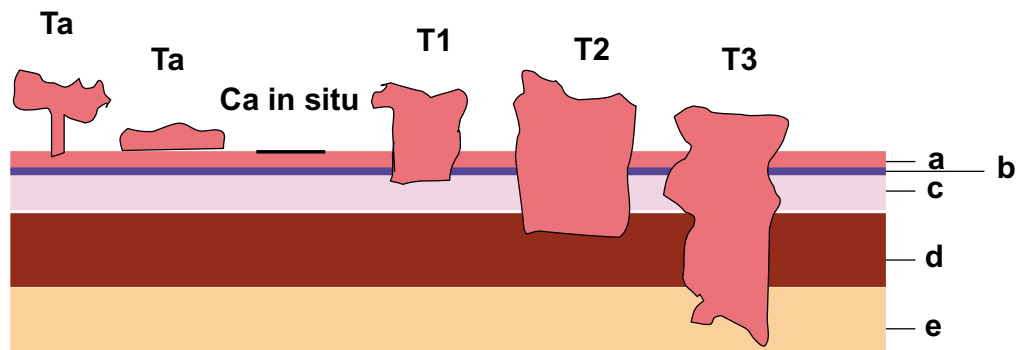
Klassifikation

Grundsätzlich wird das oberflächliche Harnblasenkarzinom von dem invasiven, das heißt in die Tiefe der Harnblasenwandung eindringenden Tumor, un-

terschieden. Zu den tiefen Wandschichten gehört die Muskulatur der Harnblase (d), dahinter befindet sich bereits das Fettgewebe, das die Blase umgibt (e).

Ein Tumor, der dieses Fettgewebe erreicht, erhält in der internationalen Klassifikation der bösartigen Tumore die Bezeichnung „T3“. „T“ steht

innen



außen

Abb. 9: Klassifikation der Harnblasentumore:
 a = Harnblasenschleimhaut, innen
 b = „lamina propria“, Grenzlinie Harnblasenschleimhaut/Bindegewebe (c)
 c = Bindegewebe zwischen Harnblasenschleimhaut und Harnblasenmuskulatur
 d = Harnblasenmuskulatur
 e = umgebendes Fettgewebe
 Ta (links) = Tumor oberflächlich, nur in der Schleimhaut, gestielt wachsend
 Ta (rechts) = Tumor oberflächlich, nur in der Schleimhaut, flächig wachsend
 T1 = Tumor durchbricht die lamina propria und infiltriert das Bindegewebe
 T2 = Tumor infiltriert die Muskulatur der Harnblase
 T3 = Tumor erreicht das die Blase umgebende Fettgewebe

dabei für die Beschreibung des Tumors lokal (in Abgrenzung zu den Lymphknoten, die mit „N“ bezeichnet werden). Ein Tumor, der die Muskulatur der Blase erreicht hat, erhält den Code „T2“. Hier unterscheidet die Klassifikation ein Stadium „T2a“ von einem Stadium „T2b“, je nachdem, ob die innere Hälfte („T2a“) oder die äußere Hälfte („T2b“) befallen ist.

Sehr viel häufiger sind jedoch oberflächliche Harnblasentumore, die meistens nur in der innersten Schicht der Harnblase, der Schleimhaut (a) lokalisiert sind. Ein solcher Tumor erhält die Bezeichnung „Ta“. Sie können wie ein Bäumchen mit einem Stiel aus der Schleimhaut herauswachsen, oder aber flächenhaft die Blase befallen (Abb. 10).

Hat ein Blasentumor die Grenzlinie zwischen Harnblasenschleimhaut und Harnblasenbindegewebe durchwachsen, wird er als „T1“

klassifiziert. Ein Tumor, der nicht mehr auf die reine Harnblasenschleimhaut begrenzt ist, muss als gefährlich eingestuft werden. Ähnlich potent bösartig ist eine tückische Sonderform des oberflächlichen Harnblasentumors, das sogenannte „Carcinoma in situ“. Es wächst nicht aus der Harnblasenschleimhaut heraus, sondern befindet sich flach wachsend in der Blase, ist aber besonders aggressiv („Ca in situ“). Es ist mit bloßem Auge bei einer einfachen Spiegelung nur schwer an einer samtartigen Rötung zu erkennen. Hier bedient sich der Urologe eines speziellen Lichtes, das das Carcinoma in situ nach lokaler Gabe eines Medikamentes hellrot aufleuchten lässt (Abb. 11).

Zu der genauen Beschreibung eines Tumors im Allgemeinen und eines Blasentumors im Besonderen gehört auch die Klassifikation seines Aggressivitätsgrades. Dieses wird international mit dem



Abb. 10: Flächiger Blasentumor: Der Tumor befällt wie ein zottiger Badezimmersertepich die gesamte Seitenwand der Harnblase.

Zusatz „G“ und einer Ziffer von eins bis vier vorgenommen. „G1“ bedeutet, dass der Tumor wenig aggressiv, fast noch gutartig ist, „G2“ beschreibt eine mittlere Differenzierung und „G3“ einen aggressiven, „G4“ einen höchst aggressiven Tumor (Abb. 12). Durch die Kombination der beschriebenen Ziffern und Buchstaben gelingt dabei eine präzise Charakterisierung des Blasentumors: Ta, G3 beschreibt beispielsweise einen oberflächlichen, nur in der Schleimhaut befindlichen, aber aggressiven Tumor, „T2, G4“ eine ausgesprochen bösartigen, die Muskulatur der Blase infiltrierenden Harnblasenkrebs.

Nachbehandlung

Ein Problem des oberflächlichen Harnblasentumors ist seine Rezidivneigung. Damit ist die Häufigkeit gemeint, mit der sich neue Tumore in der Harnblase bilden. Offenbar durch eine genetische Veränderung der Schleimhaut bedingt, bildet diese in ei-

ner Häufigkeit von 50 bis 70 Prozent nach der Entfernung eines Harnblasentumors wieder solche Tumore aus.

Zur Senkung dieser Zahl mit der notwendigen erneuten Operation hat es sich als günstig erwiesen, Medikamente lokal in die Blase einzubringen. Dies kann einmal in Form einer Immuntherapie oder auf dem Wege einer lokalen, nur örtlich wirkenden Chemotherapie geschehen.

Immuntherapie

Hierbei werden abgetötete, ungefährliche Tuberkulose-Bakterien in die Blase in einem bestimmten Rhythmus eingebracht. „BCG“, wie sich die Methode abgekürzt nach dem verwendeten Bakterienstamm nennt, wird in Kuren pro Woche ein Mal über sechs Wochen gegeben. Dabei wird eine Flüssigkeit mit den Bakterien in die Blase über einen Katheter eingebracht. Ähnlich einer Impfung wird dadurch das Immunsystem aktiviert. Es greift nun entartete Zellen vermehrt an, ehe ein Tumor

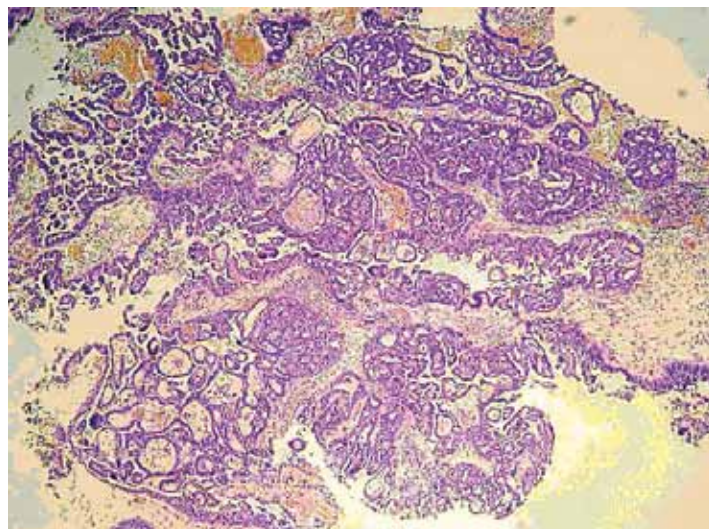


Abb. 12: Aggressiver Blasentumor im Mikroskop: Girlandenartige, dunkelblaue Tumorzellen durchziehen die Blasenwandung – „mesonephroides, aggressives G3- Adeno-Ca der Harnblase“.

entsteht. Nebenwirkungen entsprechen denen einer milden, selten auch deutlichen Blasenentzündung.

Chemotherapie

Hier werden Medikamente in die Blase eingegeben, die Zellwachstum hemmen können. Die in Untersuchungen effektivste Substanz ist auch die am weitesten verbreitete: Mitomycin C. Auch sie wird in einem definierten Rhythmus anfangs wöchentlich, dann 14-tägig, später monatlich und zuletzt pro Quartal als charakteristisch blaue Substanz in die Blase eingegeben. Insgesamt dauert die Behandlung bis zu zwei Jahre.

Eine Sonderform ist die sogenannte „Mitomycin-C-Frühinstillation“. So liegen Hinweise darauf vor, dass der effektivste Zeitpunkt für die Gabe des Medikamentes die ersten Stunden nach der Entfernung des Tumors („TUR-Blase“) ist. Offenbar wird die Substanz kurz nach der Operation besonders gut in der Harnblase aufgenommen und kann winzige Reste des Tumors beseitigen.

Die Frühinstillation kann mit der Langzeitinstillation über zwei Jahre kombiniert werden. Mitomycin wird in

aller Regel gut vertragen, die Nebenwirkungen beschränken sich auf Beschwerden wie bei einer Reizblase. Sie sind insgesamt seltener und weniger stark als bei der Immuntherapie.

Was kann ich tun

Wenn bei Ihnen ein Harnblasentumor vorliegt, sind für Sie zwei Dinge von entscheidender Wichtigkeit: Rauchstopp (falls Sie Raucher sind) und die Befolgung von Nachsorgeterminen.

Wenn Sie es schaffen, die Blase von Risikofaktoren wie dem Rauchen zu befreien, liegen bei einem oberflächlichen Blasentumor nahezu 100-prozentige Heilungschancen vor, auch wenn das Harnblasenkarzinom nach einem gewissen Abstand wiederkommen sollte. Wenn ein solches Rezidiv frühzeitig entdeckt wird, kann es erneut effektiv entfernt werden, ehe es größer wird und in die Tiefe der Blase einwächst. Geschieht dies, sinken die Heilungschancen und einschneidende Therapiemaßnahmen können notwendig werden. So ist die Wahrnehmung von Kontroll- und Spiegelungsterminen besonders wichtig. •



Abb. 11: Carcinoma in situ im Blaulicht: Die befallenen Blasenschleimhautareale leuchten rot auf.

Neue Hightech-Geräte in der Urologie

Grünes Licht für die Prostata und Langzeit-Rekorder für die Blase

Gesichter aus der Urologischen Klinik



Seit Anfang November 2011 verstärkt einen neuer Assistenzarzt das Team der Urologie: **Mahmoud Abdulhadi** studierte in Aleppo in Syrien und blickt bereits auf fünf Weiterbildungsjahre in Syrien und auf weitere drei Jahre Urologie in Dresden und Mechnich zurück. Abdulhadi ist ledig, seine Hobbys sind Schwimmen und Reisen.

Herzlich willkommen! •

Jeder zweite Mann über 60 Jahren leidet an einer gutartigen Vergrößerung der Prostata. Für viele Männer sind häufiger nächtlicher Harndrang und verminderter Harnstrahl so schwerwiegend, dass nur eine Operation Abhilfe schaffen kann. Als Alternative zur klassischen Prostataschälung bietet die Urologische Klinik des Evangelischen Krankenhauses Witten bereits seit einigen Jahren die praktisch unblutige Lasertherapie an. Ein neues Lasersystem der aktuellen Generation ermöglicht jetzt deutlich mehr Patienten als bisher eine Behandlung mit dem besonders schonenden Verfahren.

„Mit dem herkömmlichen Lasergerät war die Menge der Gewebeabtragung begrenzt“, erklärt Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Urologischen Klinik. „Der neuartige GreenLight XPS™ Laser arbeitet mit maximal 180 Watt und der doppelten Geschwindigkeit, so dass wir nun auch größere Prostata-Volumen von über 100 Milliliter behandeln können.“ Beim GreenLight XPS™ Laser wird grünes Licht mit einer Wellenlänge von 532 Nanometern mittels eines flexiblen Lichtleiters durch die Harnröhre an die Innenseite der Prostata geführt. In der Folge verdampft das störende Prostatagewebe und der Abfluss wird wieder frei.

„Dank des höheren Energielevels kann Gewebe effektiver abgetragen werden und der Operateur hat eine bessere Sicht“, nennt Dr. Wiedemann weitere Vorteile des neuen Geräts. „Da die Bildübertragung auf HD-Technologie erfolgt, kann millimetergenau gearbeitet werden.



Oberarzt Dt. Igor Sonak (l.) und Chefarzt Dr. Andreas Wiedemann operieren mit dem neuen Greenlight-Laser.

Verletzungen, die eine Inkontinenz oder gar dauernde Impotenz zur Folge haben, können nahezu ausgeschlossen werden.“

Alles in allem dauert der Eingriff zwischen 30 und 60 Minuten. Vorteile sind die geringen Blutungen und die schnelle Mobilisierung des Patienten, da keine Operationsnarbe verheilen muss. Das Verfahren eignet sich besonders für ältere Patienten, die das Risiko eines operativen Einsatzes mit höherer Komplikationsrate meiden möchten. Sogar ein Eingriff unter Blutverdünnung ist möglich.

Langzeiturodynamik

Als erste urologische Abteilung in Westfalen hat die Klinik für Urologie im Evangelischen Krankenhaus Witten ein Gerät zur Langzeit-Urodynamik eingeführt. Bei der urodynamischen Messung werden Blasendruck, Blasen volumina und Harndranggefühl sowie der Schließmuskeldruck PC-gestützt gemessen. Damit ist es möglich, bei Fällen von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen die Ursache aufzudecken, die Therapie zu

überwachen oder auch das Ausmaß der Blasenfunktionsstörung zu quantifizieren.

War es bisher nur möglich, eine Messung von 20 oder 30 Minuten bis zur kompletten Blasenfüllung auszuführen, gibt es neuerdings tragbare Geräte, die einem 24-Stunden-EKG-Rekorder ähneln. Diese erlauben eine kontinuierliche Messung im Alltag über sechs oder sogar acht Stunden. Funktionsstörungen, die der punktuellen Messung verborgen bleiben, können nun aufgedeckt werden. Zusammen mit den Partnern der Wittener Urologen in den angeschlossenen Kontinenz- und Beckenbodenzentren in Hagen und Herne können nun auch solche Blasenfunktionsstörungen erkannt und therapiert werden.

Eine weitere Neuheit in der Urologie ist ein digitaler urologischer Arbeitsplatz („Uromat“). Er ermöglicht digitale Röntgenaufnahmen der Harnwege und hilft dem Operateur bei endoskopischen urologischen Eingriffen. Die digitale Bildgebung gestattet eine hervorragende Auflösung und bietet gleichzeitig einen optimalen Strahlenschutz für Patient und Personal. •

Hervorragende Noten bei Patientenbefragung

Das Ev. Krankenhaus Witten einschließlich der Urologie erzielte überdurchschnittliche Zufriedenheitswerte

Die Ergebnisse der Patientenbefragung im Jahr 2011 waren für das Ev. Krankenhaus Witten außerordentlich positiv: Noch nie habe ein Krankenhaus so gut abgeschnitten, teilte die Agentur, die schon für 150 Krankenhäuser eine solche Befragung vorgenommen hatte, mit. Es wurden nach dem Zufallsprinzip 60 Patienten aus jeder Abteilung angeschrieben und um das Ausfüllen eines Fragebogens sowie eigene Kommentare gebeten.

In nahezu allen Bereichen fiel das Stimmungsbild der befragten Patienten günstig aus: Die Freundlichkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals, die Kommunikationsbereitschaft und Ver-

ständigkeit bei der Erklärung medizinischer Sachverhalte, aber auch die „Sekundärbereiche“ wie Einrichtung, Sauberkeit, Appetitlichkeit und Auswahl des Essens wurden positiv bewertet.

Besonders gut ist offenbar die urologische Endoskopie angekommen: 100 Prozent der Patienten bejahten die Aussage „in der urologischen Endoskopie fühlte ich mich hervorragend behandelt“ und verneinten zu 100 Prozent das Aufkommen von längeren Wartezeiten. So lagen, was besonders hervorzuheben ist, besonders die Bereiche, die eine hohe Wertigkeit im Hinblick auf die Wiederempfehlung des Hauses besitzen, im grünen Bereich.

Auf die wenigen nur mit befriedigend bewerteten Punkte wurde inzwischen reagiert: Die Einrichtung eines Beschwerdemanagements und die Bekanntmachung des ehrenamtlichen Besuchsdienstes sind direkte Konsequenzen aus der Patientenbefragung. Ihre Ergebnisse wurden bei einer Betriebsversammlung den Mitarbeitern von Heinz-Werner Bitter, Geschäftsführer des Ev. Krankenhauses Witten, vorgestellt.

„Es ist uns neben der Freude über das Erreichte auch ein Ansporn, auf dem Weg der Betreuung unserer Patienten weiterzumachen. Wir wissen uns gemäß unserem Motto – menschliche Zuwen-

und Hightech-Medizin – bestätigt“ sagt Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Klinik für Urologie im Evangelischen Krankenhaus Witten. Zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität der Abteilung haben die Urologen ein Informationsblatt „Urologie von A – Z“ aufgelegt, das wie in einem Hotelführer nach Stichworten wie „MRT“, „Lithotripter“, „Aufnahme“ dem Patienten helfen soll, sich zu orientieren und zurechtzufinden. „Informierte Patienten sind angstfreie Patienten“ unterstützt Stationsleitung Schwester Gitta Dornieden dieses Projekt. Das Informationsblatt liegt ab sofort bei jedem stationären Patienten den Aufnahmepapieren bei. •

Deutschlands erste Inkontinenzzeitschrift

„kontinenz aktuell“ schließt eine Lücke bei den medizinischen Fachzeitschriften

Wissenschaftliche Zeitschriften existieren zu Hunderten in allen Sprachen dieser Welt. Darin werden medizinische Fachartikel publiziert, die der Weitergabe von Studien, Methoden oder Kenntnissen über neue Therapien oder Medikamente dienen. In der Medizin sind diese Fachzeitschriften entweder nach Fachrichtungen wie zum Beispiel Urologie oder Gynäkologie sortiert, oder bilden thematische Schwerpunkte wie zum Beispiel „Infektion“ oder „Onkologie“.

Keine einzige deutschsprachige Zeitschrift beschäftigte sich bisher mit dem Thema „Kontinenz“. Diesem Missstand will die Deutsche Kontinenzgesellschaft mit ihren 2000 Mitgliedern abhelfen: Das drei mal jährlich erscheinende Mitteilungs-



(v.l.) Christa Thiel, Thomas Leufgens, Dr. Andreas Wiedemann, Stefan Lücke und Markus Boucsein und Prof. Dr. Ingo Füsgen bei der Redaktionssitzung

blatt wird auf Anregung des Präsidenten der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Prof. Peter Jünemann aus Kiel, in Zukunft einen wissenschaftlichen Schwerpunkt erhalten. Zur ersten Redaktionssitzung trafen sich Stefan Lücke und Markus Boucsein vom Verlag bibliomed, Prof. Dr. Ingo Füsgen, Mitglied des Expertenrates der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Christa Thiel, Geschäftsführerin der

Deutschen Kontinenzgesellschaft, Thomas Leufgens, Vorsitzender des Förderkreises der Deutschen Kontinenzgesellschaft und Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Klinik für Urologie am Evangelischen Krankenhaus Witten und Mitglied des Redaktionsteams.

Erste Artikel wurden besprochen, Layout und Umfang geklärt und die Bedingungen für Ärzte und Wissenschaftler

festgelegt, die für eine Veröffentlichung eines Fachartikels in der „kontinenz aktuell“ maßgeblich sein sollen. Thematisch wird sich die erste Ausgabe im Februar 2012 mit den Zusammenhängen zwischen Reizblase und Verstopfung, dem Diabetes und der Harninkontinenz, den Auswirkungen einer Multiplen Sklerose auf den Harntrakt sowie einer „TÜV-Prüfungsmethode“ für Vorlagen beschäftigen. Alle Beteiligten drückten ihre Hoffnung aus, dass mit dem Projekt „erste deutsche Kontinenzzeitschrift“ das Problem der Harninkontinenz bei allen Lesern eine höhere Aufmerksamkeit erfährt und dass es gelingen wird, durch die Verbreitung neuer Forschungsergebnisse den Betroffenen auch in der Fläche besser zu helfen. •

Impressum

Herausgeber

Klinik für Urologie
Ev. Krankenhaus Witten
gGmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

Geschäftsführer

Heinz-Werner Bitter

Kontakt

Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie
Tel.: 02302/175-2521
kbrinkmann-neumann@
diakonie-ruhr.de

„Frühe Stadien sind heilbar“

Warum ein Oberarzt zur Prostatakrebs-Vorsorge geht

Interview mit Dr. Janusz Machura, Leitender Oberarzt der Klinik für Urologie im Ev. Krankenhaus Witten

Dr. Machura, gehen Sie zur Vorsorge?

Ja, unbedingt.

Warum sind sie so sehr davon überzeugt? Hat Hackethal nicht einmal gesagt: Wenn Sie einen Urologen sehen, laufen Sie!

Nun Vorsorge wird ja auch von Hausärzten durchgeführt – aber Spaß beiseite: Nur die PSA-gestützte Vorsorge kann zu einer Früherkennung des Prostatakarzinoms führen – und nur frühe Stadien sind heilbar. Und wenn ich einmal an einem Prostatakrebs erkranken sollte, möchte ich gerne davon geheilt werden. Deswegen gehe ich zur Vorsorge.

Was ist PSA?

PSA heißt „Prostata-spezifisches Antigen“. Es ist ein Wert, der im Blut bestimmt Auskunft darüber gibt, ob „etwas“ in der Prostata vor sich geht. Das kann eine Entzündung sein oder aber auch eine bösartige Umwandlung der Prostata. Unsere Aufgabe als Urologen ist es dann, aus der Höhe des PSA-Wertes, seiner Entwicklung, bestimmten Unterfraktionen wie dem „freien PSA“, der Größe der Prostata, ihrem Tastbefund und weiteren Untersuchungen abzuschätzen, ob etwas



Dr. Janusz Machura

Ernstes vorliegt und in diesem Falle Proben aus der Prostata zu nehmen.

Welche anderen Untersuchungen meinen Sie?

Vor allem den Ultraschall durch den Enddarm. Wir haben heute hochauflösende Ultraschallgeräte zur Verfügung, mit denen wir die Einzelheiten des Organs bildschirmfüllend sehen können. Problem ist hier eher, dass es nicht in allen Fällen charakteristische, ein Karzinom beweisende Gewebeveränderungen gibt.

Können hier Röntgenuntersuchungen wie die Computertomographie helfen?

Bisher nicht. Es gibt zwar erste Versuche, miniaturisierte Spulen transrektal – also in den Enddarm – einzubringen, bisher können diese Verfahren jedoch den Ultraschall in der Hand des erfahrenen

Urologen nicht ausstechen.

Für einen PSA-Wert muss der Patient bei Urologen in der Praxis bezahlen: Warum ist das so?

Das liegt an unseren Krankenkassen. In der Vorsorge wird der PSA-Wert – anders als wenn eine Prostataerkrankung vorliegt – nicht bezahlt. Obwohl sich alle Experten (und insgeheim auch die Krankenkassen) einig sind, dass eine Vorsorge nur mit der Abtastung der Prostata so gut wie keinen Sinn macht, weil nur Spätstadien eines Prostatakrebses so entdeckt werden können, muss der Patient die Kosten für den PSA-Wert von zirka 20 Euro selbst bezahlen. Ich glaube, der Grund ist einfach, dass das Gesundheitssystem die Kosten einer jährlichen PSA-Bestimmung bei allen Männern im Vorsorgealter schlichtweg nicht bezahlen könnte. •