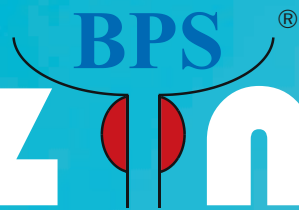


Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin



Ausgabe 3/2020

Heute an
(über)morgen
denken ...

20 JAHRE mit Sonderseiten zum Jubiläum ►

Aktuell

- 2 Der Vorstand informiert: Bericht von der 88. Vorstandssitzung des BPS
- 3 Heute an (über)morgen denken ...
- 4 Ehrungen 2020 – in einem besonderen Jahr
- 8 Prof. Dr. Axel Heidenreich erhält Wil de Jongh-Medaille

Diagnose und Therapie

- 9 Risikoadaptiertes Prostatakarzinom-Screening und individualisierte Prostatakrebs-Früherkennung
- 12 PSA-Test: Sinn oder Unsinn?
- 13 Onkologische und funktionelle Ergebnisse der radikalen Salvage-Prostatektomie
- 14 Achtsamkeit – Im Hier und Jetzt Frieden finden in existentiellen Krisen
- 16 Patienten sollen sich aktiv an klinischen Studien beteiligen
- 21 CARD-Studie: Neue Daten zur Sequenztherapie beim metastasierten, hormonunabhängigen (kastrationsresistenten) Prostatakrebs
- 24 Medikamentöse Therapien des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms – Anwendungsgebiete und Wirkstoffe
- 25 Darolutamid bei Prostatakarzinom: Hinweis auf beträchtlichen Zusatznutzen
- 26 Prostatakrebs-Risiko: Die Rolle der Verwandten

Verbandsnachrichten

- 28 Jubiläen 2020
- 28 Herbstversammlung des Regionalverbandes Neue Bundesländer
- 29 SHG Bamberg feierte 15-jähriges Jubiläum
- 30 Gruppentreffen der SHG Bergisch Gladbach in Corona-Zeiten
- 31 Erfahrungen beim Treffen nach Wiedereröffnung
- 31 Berliner Selbsthilfegruppen im Zentrum für Strahlentherapie
- 32 SHG Schönebeck auf Exkursion
- 32 Erstes BPS-Präsenzseminar mit „Hygienekonzept“
- 33 SHG Spremlingen und Umgebung trauert um Georg Schott
- 33 SHG Krefeld trauert um Karl-Friedrich Hermen
- 33 SHG Verden trauert um Günter Meusel
- 34 Arbeitskreise berichten: AK „Fortgeschrittener Prostatakrebs“; AK „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“

Für Sie notiert

- 36 Register 2020
- 37 Nachlese zur Leserumfrage von 2018
- 37 Zusätzliches, internetbasiertes Angebot



Jubiläums-Sonderseiten:

Warum Männer in eine Selbsthilfegruppe gehen

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 33889-500, E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de

Verantwortlich i.S.d.P.: Werner Seelig, Redaktion: Ute Gräfen; Ernst-Günther Carl, Udo Ehrmann,
Manfred Ohler, Werner Seelig; E-Mail: magazin@prostatakrebs-bps.de

Druck: C.V. Engelhard, Weidendam 10, 30167 Hannover

Redaktionsschluss: **Ausgabe 1/2021: 1. März 2021**; Ausgabe 2/2021: 1. Juli 2021; Ausgabe 3/2021: 1. Oktober 2021

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

Titelfoto: Volodymyr – stock.adobe.com

Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder.

Die Redaktion behält sich vor, sinnwahrende Kürzungen vorzunehmen.

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2020 neigt sich dem Ende zu. Ich bin versucht zu sagen – endlich. Dieses Jahr sollte ein besonderes werden. Ein Jahr des Erinnerns an besondere Ereignisse in unserem Verbandsleben, an Menschen, die vor Jahren oder erst kürzlich für immer von uns gingen und an solche, die sich verdient machten um unseren Verband – den BPS. Es sollte das Jahr werden, in dem wir unseren 20. Geburtstag feiern mit Freunden, Weggefährten und Ehrengästen, mit Menschen und Organisationen, die uns unterstützen.

2020 wird als das Jahr in Erinnerung bleiben, in dem ein Virus die Welt in Atem hielt und ständig neue Überlegungen und Entscheidungen von Regierungen, von Verbänden, von Menschen, von uns forderte. 2020 wird aber auch das Jahr in unserer Erinnerung sein, das uns zu neuen Erkenntnissen und Einsichten führte.

Wir alle waren plötzlich veranlasst, nach neuen Wegen zu suchen, wie wir unser Verbandsleben neu, anders organisieren. Wir fanden neue Wege der Kommunikation. Es wuchs ein neues Gefühl der Zusammengehörigkeit, die unsere Stärke ausmacht.

Doch die Pandemie schritt weiter, die Infektionszahlen nahmen wieder zu. Die erneute Sorge um die Gesundheit einer großen Zahl Teilnehmender an der Tagung ließ den Vorstand den Entschluss fassen, die Jahrestagung 2020 abzusagen. So schade wie dies ist, genauso alternativlos ist es auch.

Aus einer Veranstaltung der Freude sollte keine Veranstaltung der Ängste und sorgenvollen Mienen werden.

Jetzt aber liegen erst einmal die letzten Tage des Jahres vor uns. Dies sollen Tage der Ruhe und Besinnlichkeit, der Freude am Schenken und Beschenktwerden, der Gemeinsamkeit mit der Familie und Freunden sein. Genießen Sie die Zeit, gönnen Sie sich die Ruhe, die Sie brauchen und tanken Sie Kraft für das, was vor Ihnen liegt – für das neue Jahr, für das ich Ihnen Gesundheit und alles Gute wünsche.

Lassen Sie mich Ihnen etwas mit auf den Weg geben

*Jeder neue Tag hat zwei Griffe.
Wir können ihn am Griff der Ängstlichkeit
oder am Griff der Zuversicht halten.
(Henry Ward Beecher, 1813-1887)*

Packen wir gemeinsam den Griff der Zuversicht.

Ihr
Werner Seelig
– Vorsitzender –



Auf ein Wort!

Der BPS finanziert seine Arbeit und damit auch dieses Magazin aus Mitteln, die ihm sein Förderer, die Stiftung Deutsche Krebshilfe, und die Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung stellen. Darüber hinaus erreichen uns zahlreiche Einzelspenden. Wir versichern, dass der BPS die ihm zur Verfügung gestellten Finanzmittel mit größter Sorgfalt und verantwortungsbewusst ausschließlich für Zwecke der Verbandsarbeit gemäß seiner Satzung einsetzt.

Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Spende auch weiterhin. Dafür danken wir Ihnen herzlich!

Spendenkonto bei der Sparkasse Hannover:

IBAN: DE62 2505 0180 0007 0206 21, BIC: SPKHDE2HXXX

Der Vorstand informiert Bericht von der 88. Vorstandssitzung des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

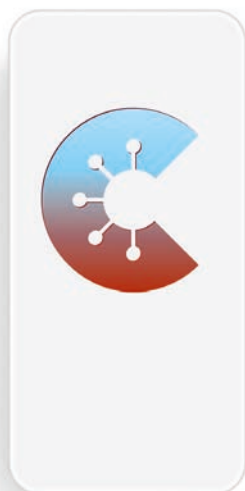
Nachdem die 87. Vorstandssitzung als Videokonferenz stattgefunden hatte, traf sich der Vorstand zu seiner 88. Vorstandssitzung vom 24. bis 26. August 2020 in Fulda.

Wichtigstes Thema war die Durchführung der 20. Ordentlichen Mitgliederversammlung und der 25. Jahrestagung, die für den 13. bis 15. Oktober 2020 nach Magdeburg einberufen werden sollten. Unter Abwägung aller zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen zum Infektionsgeschehen mit dem Coronavirus entschied der Vorstand, die Ordentliche Mitgliederversammlung im postalischen Abstimmungsverfahren durchzuführen und dabei lediglich die Beschlussanträge vorzulegen, die für die ordnungsgemäße Vereinsführung erforderlich sind. Als Datum dafür wurde der 28. Oktober 2020 bestimmt. In einer Videobotschaft habe ich alle Mitglieder des BPS über diese Entscheidung informiert. Der Wortlaut wurde auch auf die Internetseite gestellt.

Weiterhin beschloss der Vorstand die Digitale Agenda 2022 „Der BPS im Wandel“. Hierin sind die anstehenden und zu lösenden Aufgaben beschrieben, wie die Weichen für den digitalen Fortschritt im BPS zu stellen sind.

Anschließend wurde die neugestaltete Internetseite des BPS vorgestellt. Diese fand die Zustimmung des Vorstands. Als Starttermin wurde der 20. Geburtstag des BPS, der 15. September 2020 bestimmt, der auch gleichzeitig Europäischer Prostataatag ist.

Diese und die anderen Tagesordnungspunkte beschäftigten uns bis zum Mittag des 25. Oktobers, sodass wir die restliche Zeit nutzten, um eine Rückschau auf 18 Monate Vorstandsarbeit zu halten. Wir analysierten offen, wo es noch Verbesserungsbedarf in unseren Reihen gibt. Wir beschlossen neue Kommunikationswege und einigten uns darauf, künftige (Präsenz-)Vorstandssitzungen nur noch an zwei, statt wie bisher an drei Tagen durchzuführen.



DIE CORONA-WARN-APP:

**WIRD MIT
JEDEM NUTZER
NÜTZLICHER.**

Jetzt die Corona-Warn-App herunterladen
und Corona gemeinsam bekämpfen.



**Wir
unter-
stützen
die
Corona-
Warn-
App!**

Heute an (über)morgen denken ...

Seien wir doch ehrlich, so von Mann zu Mann. Ganz unter uns können wir doch darüber reden. Oder? Die PS unseres Autos kennen wir, den Hubraum natürlich auch und dass es ein Navi hat, verkünden wir ungefragt.

Fragt uns aber jemand, ob wir schon beim Urologen waren, kneifen wir. Warum auch? Klappt doch alles. Weh tut auch nichts. Ist nur was für alte Männer. Dabei vergessen wir, dass wir von der Stunde unserer Geburt an beginnen zu altern. Besser gesagt, wollen wir nicht daran denken. Alt sind immer die anderen.

Informieren. Helfen. Einfluss nehmen.

Die Prostata ist da und gut ist! Ja gut, von Prostatakrebs haben wir zwar schon mal gehört, geben wir auch zu. Haben aber die anderen, manch einen kennen wir sogar. Außerdem kann man eh nichts machen, kommt halt, wenn man Pech hat oder Stress. Können aber auch die Gene sein.

Und genau hier ist der Moment gekommen zu überlegen, was zu tun ist. Wenn schon nicht für mich, für meinen Sohn wohl auch nicht, für meinen Enkel schon eher, aber mein Ur-Enkel hat die Chance, dass wir diese Krankheit aus der Welt schaffen. Vielleicht lerne ich ihn nie kennen. Aber ich lebe und handle in der Gewissheit, etwas für ihn tun zu können.

Ich bin nämlich Mitglied im BPS, im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe. Zusammen mit rund 7000 anderen Männern meines Alters, im Durchschnitt sind wir so um die 70, versuchen wir, dem Prostatakrebs zu bekämpfen. Dies tun wir in vielerlei Hinsicht.

Wir finden uns in Selbsthilfegruppen vor Ort zusammen, tauschen uns in Foren miteinander aus, bilden uns weiter, um unsere Krankheit besser zu verstehen. Und wir vertreten unsere und die Interessen aller Männer, auch die unserer Ur-Enkel, im Gesundheitswesen. Wir nehmen Einfluss auf das Gesundheitssystem unseres Staates, bringen unsere Forderungen ein. Wir sind nur uns verpflichtet – und Ihnen.

Noch ist es ein weiter Weg, bis wir da sind, noch gibt es keinen „Impfstoff“ gegen Prostatakrebs. Wir müssen den Weg aber gehen. Wir als Männer, nicht nur als Krebserkrankte, egal, ob wir ihn für uns oder für unsere Enkel beschreiten.

Deshalb schreibe ich heute für Sie und Sie und Sie. Noch haben Sie vielleicht das Alter gar nicht erreicht, das einen Prostatakrebs befürchten lässt. Vielleicht gehören Sie auch zu den 2 bis 3 % der Männer, die das Alter nicht für den größten Risikofaktor halten, um an Prostatakrebs zu erkranken. Das sollte Sie aber nicht hindern, sich zu engagieren. Der BPS freut sich über jeden, der mithelfen will, den eingeschlagenen Weg mitzugehen.

Auf Sie warten mutige Menschen, die die Herausforderung einer schweren Erkrankung angenommen haben, die sich für sich und nachfolgende Generationen einsetzen. Auf Sie warten interessante Aufgaben, auch wissenschaftlich anspruchsvolle, auf jeden Fall aber dem Menschen neben Ihnen zugewandte.

Wollen Sie mitgestalten, dann wenden Sie sich bitte unter der Adresse vorstand@prostatakrebs-bps.de an mich. Ich freue mich auf Ihre Mail. Ihr Werner Seelig

Ehrungen 2020 – in einem besonderen Jahr

Wir hoffen, dass es Ihnen, unseren Leserinnen und Lesern, gesundheitlich gutgeht. Denn das ist etwas, was nicht nur in diesem Jahr, aber in 2020 ganz besonders, zählt. Wir haben gelernt, generationenübergreifend Rücksicht zu nehmen, weil die Gesundheit des anderen plötzlich auch von einem selbst abhängt. Hoffentlich ist es das, was bleibt: Rücksicht nehmen!

Aber wir wollen auch ein wenig „jammern“. Wie gerne hätten wir unseren 20. Geburtstag gefeiert – dem Teenageralter entwachsen und langsam erwachsen werdend. Das wollten wir feiern – zusammen mit denjenigen, die uns ausmachen, die uns

über viele Jahre begleiten und unterstützen. Danke wollten wir sagen, nicht nur mit einer Urkunde, sondern auch mit einem aufrichtigen Handschlag. Für alle wollten wir diesen Moment festhalten – mit einem Foto, ohne Maske und 1,50 Meter Abstand!

Ging alles nicht – die Gründe sind allseits bekannt. So bleiben uns nur diese wohl etwas nüchternen Aufzählungen. Mancherorts sind die Nadeln, Abzeichen und Urkunden schon übergeben worden, aber halt nicht in dem feierlichen Rahmen einer BPS-Jahrestagung, den die Geehrten tatsächlich verdient haben. Daher sagen wir an dieser Stelle – so gut das eben geht auf Papier:



DANKE für euer Engagement,
eure Unterstützung, eure Ideen, eure Uneigennützigkeit, eure Empathie und eure Bereitschaft, für andere da zu sein.

Die Ehrennadel des BPS in Silber erhalten in diesem Jahr:

Wolfgang Petter (posthum), Rüdiger Bolze, Reinhard Schalla

Das Verbandsabzeichen in Bronze, verliehen für vier Jahre Leitungstätigkeit, erhalten in diesem Jahr:

Günter Schubert (SHG Prostatakrebs Oranienburg), Horst Baade (SHG Prostatakrebs Neubrandenburg), Günther Helfricht (SHG Prostata CA Waltershausen), Helmut Krause (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Nordhausen und Umgebung), Hermann

Hägele (SHG Prostatakrebs Oberes Schussental, Bad Saulgau), Kurt Weisser (SHG Prostatakrebs Reutlingen-Tübingen e.V.), Horst Köntopp (SHG Prostatakrebs „DELFIN“, Kreis Emmendingen), Josef Wolpert (Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Herrenberg), Rainer Bürkle (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Nagold und Umgebung), Paul Heimerl (SHG Prostatakrebs Limburg-Weilburg), Klaus Emme (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wendland), Dieter Brants (Prostatakrebs SHG Emden), Edgar Gander (PSA-Prostatakrebs SHG Hagen), Dieter Günzel (Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Hamm), Paul-Otto Bungardt (Prostatakrebs SHG Viersen), Hans-Jür-

gen Schulz (SHG Prostatakrebs Neuss), Friedhelm Wirges (Prostatakrebs SHG Düren), Lothar Bouillon (SHG Prostatakrebs Vulkaneifel-Daun)

Das Verbandsabzeichen in Silber, verliehen für acht Jahre Leitungstätigkeit, erhalten in diesem Jahr:

Harold Machholz (SHG Prostatakrebs Magdeburg), Klaus-Peter Sorg (SHG-Prostatakrebs Schwäbisch Gmünd), Siegfried Hepp (SHG Prostatakrebs Waldshut-Tiengen), Reinhard Krause (SHG Prostatakrebs Alsdorf), Hans-Josef Beckers (SHG Prostatakrebs Bocholt), Klaus-Dieter Weber (Prostata-Selbsthilfegruppe Mülheim a.d. Ruhr)

Das Verbandsabzeichen in Gold, verliehen für zwölf Jahre Leitungstätigkeit, erhalten in diesem Jahr:

Rüdiger Bolze (Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e.V.), Peter Michalke (SHG Prostatakrebs Teltow), Hanns-Jörg Fiebrandt (SHG Prostatakrebs Berlin-Mitte), Wolfgang Slania (SHG Prostatakrebs Mariendorf (Berlin) e.V.), Hans-Jürgen König (SHG Prostatakrebs Schwerin), Rainer Meißner (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wittenberg), Hans Georg Köhninger (SHG Pros-

tatakrebs Renchen), Alfons Swaczyna (PROCAS Prostatakarzinom SHG Regensburg/Oberpfalz e.V.), Folker Keller (SHG krebskranker Männer Oldenburg), Volker Tobias (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wittmund), Lothar Strauch (Prostatakrebs SHG Borken und Umgegend), Ralf Kiehne (Prostatakrebs SHG Holzminden/Höxter), Ernst-Günther Carl (Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pinneberg), Manfred Olbrich (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Südpfalz)

Das Große Verbandsabzeichen, verliehen für 16 Jahre Leitungstätigkeit, erhalten in diesem Jahr:

Hans-Jürgen Weth (Prostatakrebs-SHG-Landsberg), Wolfgang Schüppler (Prostatakarzinom SHG Coburg), Roland Lippmann (SHG Prostatakrebs Rosenheim), Rüdiger Beins (Prostatakrebs SHG Celle), Dieter Claas (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Düsseldorf), Günter Pause (Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bad Schwartau)

Das Große Verbandsabzeichen in Gold, verliehen für 20 Jahre Leitungstätigkeit, erhalten in diesem Jahr:

Wolfhard D. Frost, Norbert Kehl und Manfred Seifert

Wolfhard D. Frost

– ein unermüdlicher Kämpfer für Patienteninteressen

Von Bernd Troche, Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen

Wolfhard Frost (PSA SHG Prostatakrebs Bielefeld) hat die Entwicklung der Prostatakrebs-Selbsthilfe nicht nur von den ersten durchaus abenteuerlichen Anfängen miterlebt, sondern auch entscheidend auf allen Ebenen mitgetragen.

Durch seinen kritisch hinterfragenden, aber immer fairen Charakter (mit seiner tapferen Frau Annette an der Seite) und seine unermüdliche Neugierde auf patientenrelevante medizinische Informationen hat er sich in 80



Wolfhard D. Frost mit seiner Frau Annette, © privat

Lebensjahren und 20 Jahren Selbsthilfe und in noch längerem Kampf gegen den Krebs mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln große fachliche und menschliche Autorität und Akzeptanz erworben, die die Gruppe Bielefeld und den Landesverband NRW geprägt haben.

Die Begegnungen und Diskussionen mit Uwe Peters als Protagonisten für aufgeklärte Patienten und mit verschiedenen Vorsitzenden seit BPS-Gründung sowie die Arbeit in der Ethikkommission und der BPS-Hotline haben ihm und uns wichtige Impulse gegeben, wie auch seine ausgezeichneten Kontakte mit Meinungsbildnern und Experten.

Ein Beitrag im BPS-Forum hat ihn einst zum lauten Nachdenken über „unseren Job als SHG-Leiter“ gebracht: „Wir helfen, ohne lange zu fragen. Wir trösten, unabhängig wie es uns ums Herz und unsere Seele steht, wir besorgen Infos jeglicher Art für verzweifelte Anrufer und Besucher, die sie bei ihrem Arzt kaum bekommen oder nicht verstanden haben. Wir versuchen zu interpretieren, was unverständlich geblieben ist. Und selbst, wenn wir dabei an unsere Grenzen kommen, wir achten kaum oder gar nicht darauf, weil wir es uns vorgenommen haben und es in die Tat umsetzen: uns um andere zu kümmern.“

Norbert Kehl – Mann der „ersten Jahre im BPS“

Von Wolfgang Fuchs, Vorsitzender des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V.

Im Rahmen der Vorstandssitzung des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V. wurde Norbert Kehl, Leiter der SHG Saarbrücken, mit dem „Großen Verbandsabzeichen in Gold“ des BPS geehrt.

Als Norbert Kehl 1999 erkrankte, war er ehrenamtlicher Präsident der saarländischen Triathlon-Union. Als er feststellte, dass es zu diesem Zeitpunkt keine Selbsthilfegruppen Prostatakrebs im Saarland gab, entschied er zusammen mit seiner Ehefrau Renate, am 27. November 2000 die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Saarbrücken zu gründen, die er als eine der ersten Gruppen der Bundesarbeitsgemeinschaft Prostatakrebs Selbsthilfe anschloss.

2002 gründete Norbert Kehl eine zweite Selbsthilfegruppe im saarländischen Sulzbach, die er ebenfalls bis ins Jahr 2009 leitete, aber mangels Teilnehmern im Jahr 2009 auflöste. Seine SHG



Norbert Kehl und seine Ehefrau Renate – anlässlich des 15-jährigen Bestehens der SHG Saarbrücken im November 2015 aufgenommen

Saarbrücken trifft sich weiterhin in der Kapelle des Ev. Stadtkrankenhauses Saarbrücken. Laut Norbert Kehl ist ein wesentlicher Grund für den Besuch einer Selbsthilfegruppe die moralische Unterstützung Betroffener und das offene Gespräch, mit der Krankheit zu leben.

Norbert Kehl war in den Jahren 2010 bis 2015 Vorstandsmitglied und von 2003 bis 2007 Mit-

glied der Schiedskommission des BPS. In den Jahren 2009 bis 2017 vermittelte er sein medizinisches Wissen und seine langjährigen Erfahrungen als Betroffener in Vorträgen zum Thema „Leben mit Prostatakrebs vor und nach einer Therapie“ in Reha-Kliniken des Saarlandes. Weiterhin ist Norbert Kehl mit seiner Gruppe Mitglied in der Saarländischen Krebsgesellschaft.

Nach über 2-jährigen, langwierigen Gesprächen konnten Norbert Kehl und Wolfgang Fuchs (Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V.) gemeinsam mit den Selbsthilfegruppen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland am 1. Ok-

tober 2015 den Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V. gründen.

Norbert Kehl pflegt mit seiner SHG Saarbrücken verschiedene Kooperationen mit zertifizierten PCa-Zentren wie der Universitätsklinik Homburg/Saar, der SHG-Klinik Völklingen und dem Kirchberg-Hospital in Luxemburg. Darüber hinaus war Norbert regelmäßig mit einem Infostand auf Gesundheitsmessen im Saarland präsent, weil ihm die Unterstützung Betroffener wichtiger als jede Auszeichnung ist.

Deshalb möchten wir heute an einen „Mann der ersten Jahre im BPS“ erinnern.

Manfred Seifert – Mann der ersten Stunde

Von Günter Feick, Vorsitzender des Landesverbandes Hessen

Er ist ein Mann der ersten Stunde, der allerersten, wenn man so will – denn Manfred Seifert ist der Selbsthilfe für Männer mit Prostatakrebs nicht erst seit 20, sondern bereits seit 22 Jahren verbunden. Als ihn die erschreckende Diagnose Prostatakrebs ereilte, beschloss er, aktiv bei anderen Betroffenen Rat zu suchen und fand diesen in der schon damals existierenden Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe (SGH) in Wiesbaden. Es währte nicht lange, denn nach Kurzem hatte Manfred Seifert bereits 18 betroffene Männer um sich geschart und gründete am 27. September 2000 offiziell die SHG Darmstadt. Unerwartet schnell wuchs die SHG und hatte nach wenigen Jahren bereits die Zahl von 200 Mitgliedern überschritten. Bis heute ist sie die größte SHG in Hessen.

Dies ist vor allem dem unermüdlichen Einsatz ihres Vorsitzenden und Gründers zu verdanken: Manfred Seifert leitet „seine“ SHG mit viel Herzblut. Er versteht es, auf die Bedürfnisse der Mitglieder einzugehen und organisierte regelmäßige Vortragsabende, an denen bis heute insgesamt mehr als 15.000 Zuhörer teilnahmen. Manfred Seifert arrangierte Ausflüge, nahm mit Gruppenmitgliedern an Selbsthilfe-Tagen in Darmstadt und an der Bergstraße teil und regte die Betroffenen zur Teilnahme an Seminaren und Tagungen an. Als durch das Wachstum der Gruppe das persönliche Gespräch zu kurz zu kommen drohte, wurde im September 2006 ein monatlicher Gesprächskreis als „Stammtisch“ gegründet, der sich bis heute reger Teilnahme erfreut. Mit den SHGs Wiesbaden, Rhein-Main und Rhein Neckar pflegt er kameradschaftliche Verbindungen und steht mit ihnen in gutem Informationsaustausch.

Seit nunmehr 20 Jahren ist Manfred Seifert im BPS für „seine Männer“ in Darmstadt – auch in Zeiten eigener Beschwerden – da. Dafür danken wir ihm von ganzem Herzen und ehren ihn mit Stolz und Freude mit dem Großen Verbandsabzeichen des BPS in Gold.



© privat

Prof. Dr. Axel Heidenreich erhält Wil de Jongh-Medaille

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe hat in Köln den Urologen Prof. Dr. med. Dr. h. c. Axel Heidenreich für sein überdurchschnittliches Engagement, seine ausgeprägte Patientenorientierung und Unterstützung der Selbsthilfe mit der Wil de Jongh-Medaille ausgezeichnet.

In Anwesenheit von Kolleginnen, Kollegen und Mitgliedern der Kölner Selbsthilfegruppen für Prostatakrebs überreichten die BPS-Vertreter Günter Feick, Manfred Ohler und Bernd Troche die Wil de Jongh-Medaille zusammen mit einer Urkunde an Prof. Heidenreich. Mit Freude äußerte der Geehrte: „Ich muss keine großen Worte machen,

denn Sie wissen, wie gerne ich diese Arbeit mache. Wir haben viele Patientenseminare gehalten sowie Bücher und Ratgeber geschrieben. Ich glaube, das wichtigste Anliegen, das man im klinischen Alltag umsetzen kann, ist: für die Patienten da zu sein, sie nach bestem Wissen und Gewissen zu therapieren – nicht um jeden Preis, sondern individuell angepasst an die Bedürfnisse und Situationen der Patienten. Daher freue ich mich wirklich ganz besonders, die Wil de Jongh-Medaille zu erhalten.“

Laudatio

Prof. Dr. med. Dr. h.c Axel Heidenreich hat das Expertenwissen erworben und veröffentlicht, mit dem eine Patientenversorgung auf dem besten Stand der Wissenschaft erst möglich wird. Das zu erreichen – neben der Bewältigung täglicher anspruchsvoller Aufgaben einer Klinik und ihrer Führung – verlangt außergewöhnliche Anstrengungen. Zu ihnen befähigt wird der Mensch durch Ethos, mit dem er moralisches Verhalten seiner eigenen Lebens- und Berufswelt prägt. Prof. Heidenreichs Engagement und Wissen wirkt in die Prostatakrebs Selbsthilfe. Mit seiner Unterstützung können wir Patienten evidenzbasiert mit aktuellen Informationen helfen und ihre Interessen im Gesundheitswesen glaubhaft vertreten. Unsere Ziele, unsere Arbeit und Empathie werden durch Vorbilder wie Prof. Heidenreich inspiriert.

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. dankt Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Axel Heidenreich und ehrt seine Leistungen für die Wissenschaft, für Patienten und die Selbsthilfe mit der Verleihung der Wil de Jongh-Medaille am heutigen 8. Oktober 2020.

Prof Dr. Axel Heidenreich



Über die Wil de Jongh-Medaille:

Der BPS würdigt mit dieser Ehrung hohe wissenschaftliche Kompetenz, überdurchschnittliches Engagement und insbesondere die ausgeprägte Patientenorientierung eines klinisch tätigen oder niedergelassenen Arztes. Der Namensgeber der Medaille, der Niederländer Wil de Jongh, war selbst an Prostatakrebs erkrankt. Als Patient erwarb er Kenntnisse, die in seiner Zeit ungewöhnlich umfangreich und fundiert waren und die er anderen zugutekommen ließ. Sein Beispiel inspirierte Menschen in vielen Ländern, sich mit der Erkrankung Prostatakrebs intensiv zu beschäftigen. Wil de Jongh verstarb im Jahr 2004.

Risikoadaptiertes Prostatakarzinom-Screening und individualisierte Prostatakrebs-Früherkennung

Von Univ.-Prof. Dr. Peter Albers, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Abteilung Personalisierte Früherkennung des Prostatakarzinoms, Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ, Heidelberg



© privat

Einführung

Das Prostatakarzinom stellt ein signifikantes Gesundheitsproblem in fast allen industrialisierten Ländern dar. In Europa sind im Jahr 2018 107.000 Männer am Prostatakarzinom verstorben. In Deutschland ist das Prostatakarzinom der häufigste Tumor, aber vor allem inzwischen die zweithäufigste krebssbedingte Todesursache bei Männern. Damit hat es das kolorektale Karzinom überholt, aber im Gegensatz zum kolorektalen Karzinom und anderen Malignomen gibt es bis heute in Deutschland bis auf die digito-rektale Tastuntersuchung der Prostata kein organisiertes Screening oder Früherkennungsmodell. Die große Europäische Screening-Studie (ERSPC) konnte unzweifelhaft einen Vorteil für ein PSA-basiertes Screening zeigen, ein relativer Mortalitätsunterschied von mindestens 21 % ist seit 2009 bekannt und dieser Vorteil – besonders auch in der Vermeidung von Tumormetastasen – gegenüber einer nicht gescreenten Population hat sich in den letzten zehn Jahren immer wieder bestätigt. Zu Recht wird natürlich kritisiert, dass dieser Überlebensvorteil in absoluten Zahlen nur wenige Hundert von insgesamt 160.000 Männern betrifft. Folgerichtig hat das IQWiG mit seiner im Jahr 2020 getroffenen Entscheidung, das PSA-basierte Screening in Deutschland nicht zu unterstützen, wissenschaftlich korrekt entschieden.

Intelligentes Screening – mehr Nutzen als Schaden

Die IQWiG-Entscheidung war durch den Bun-

desverband Prostatakrebs Selbsthilfe als Eingabe beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beantragt worden, und die ablehnende Haltung des IQWiG begründet sich vor allem auf dem Schaden, der ausgelöst wird, wenn klinisch irrelevante Karzinome, die die Männer während ihres Lebens nicht bedrohen würden, unnötigerweise erkannt und dann ggf. auch therapiert werden. Aus diesem Dilemma wird ersichtlich, dass zur wirksamen Bekämpfung dieses hochfrequenten Karzinoms zum einen intelligente Wege gefunden werden müssen, um eine Risikogruppe zu definieren, für die das Screening Sinn macht und in der die Rate an sog. „Überdiagnostik“ und „Übertherapie“ möglichst gering ist. Zum anderen kann man den Schaden reduzieren, indem die gefundenen Prostatakarzinome exakt definiert und eingestuft werden, denn etwa 50 % dieser Karzinome benötigen keine Therapie. Beide Strategien sind in den letzten Jahren durch große Studien untersucht worden, alleine die altersabhängige Risikozuordnung für den Beginn eines PSA-Screenings durch einen sog. „Basis-PSA-Wert“ im Alter von 45 Jahren konnte die Risikogruppe auf etwa 10 % reduzieren.

Die PROBASE-Studie

Diese retrospektive Datenanalyse einer Kohorte von vielen Tausend schwedischen Männern war dann auch Grundlage für die prospektive Untersuchung dieser Fragestellung im Rahmen der sog. „PROBASE-Studie“. PROBASE hat von 2014 bis Ende 2019 in vier Studienzentren (TU München,

Prof. Gschwend (Uni Heidelberg), Prof. Hohenfellner (MHH Hannover), Prof. Kuczyk (Uni Düsseldorf, Prof. Albers) unter Koordination durch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg (Prof. Becker, Prof. Kaaks) > 46.000 Männer im Alter von 45 Jahren in Deutschland rekrutiert. Die gesamte Studie wird durch eine großzügige Unterstützung der Deutschen Krebshilfe (DKH) finanziert. Bei der Hälfte der Männer wurde eine Basis-PSA-Bestimmung im Alter von 45 Jahren durchgeführt, die andere Hälfte wurde in die Studie aufgenommen und der Basis-PSA-Wert wird seit 2019, d.h. fünf Jahre später, bestimmt. Ziel der Studie ist zu prüfen, ob eine Basis-PSA-Bestimmung für die Risikoordnung bereits mit 45 oder ggf. auch erst mit 50 Jahren stattfinden sollte, dies hätte erhebliche Bedeutung für zukünftige Screening-Empfehlungen. Des Weiteren prüft PROBASE in beiden Armen bereits jetzt ein risikoadaptiertes Vorgehen, d.h. wenn der PSA-Wert im Alter von $45 < 1,5$ ng/ml liegt, werden die Probanden nur alle fünf Jahre zur Sicherheit zur repetitiven PSA-Wert-Bestimmung gebeten. Hierbei handelt es sich um etwa 90 % aller Männer, denen man damit im Unterschied zum aktuell üblichen opportunistischen Screening eine sehr reduzierte Frequenz von PSA-Bestimmungen empfehlen kann. Liegt der Wert $> 1,55$ bis $2,99$, empfiehlt das Studienprotokoll eine zweijährliche PSA-Kontrolle, und lediglich Probanden mit einem Wert > 3 ng/ml im Alter von 45 Jahren werden diagnostiziert.

Ein erstes bedeutsames Ergebnis dieser Studie, das auf dem Deutschen Krebsskongress 2020 präsentiert wurde, war, dass alleine die wiederholte Bestimmung des PSA-Werts als Basisparameter die Hochrisikogruppe (> 3 ng/ml) auf etwa 50 % reduzieren konnte. Dies macht deutlich, dass in diesen jungen Jahren auch der PSA-Wert vornehmlich

durch z. B. inapparente Infektionen der Prostata verändert sein kann. Damit reduzierte sich die Rate der Probanden, für die eine invasive Diagnostik empfohlen wurde, auf 0,8 %. Letztlich wurden bei nur 45 Probanden Karzinome gefunden, dies entspricht einer Detektionsrate von 0,2 % und liegt damit deutlich niedriger als vergleichbare Raten z. B. beim Mammakarzinom. Zudem deutet sich an, dass die durch Screening gefundenen Karzinome auch in diesem Alter vornehmlich niedrige Stadien aufwiesen (ISUP 1 und ISUP 2). Sollte sich dies auch in der nun anstehenden Untersuchung der 50-Jährigen bewahrheiten, dann könnte PROBASE dazu führen, dass sich der empfohlene Beginn eines PSA-Screenings ggf. um fünf Jahre verschieben lässt.

Ein zweites wichtiges Ergebnis des bisherigen Studienverlaufs war, dass im Kontrollarm ohne PSA-Bestimmung eine digito-rektale Tastuntersuchung angeboten wurde, diese wurde von 6.500 Männern wahrgenommen, und es fanden sich lediglich 61 auffällige Befunde und letztlich drei

niedriggradige Karzinome. Damit zeigt PROBASE als eine der größten Studien weltweit die eingeschränkte Sinnhaftigkeit einer digito-rektalen Tastuntersuchung als Screeninguntersuchung für das Prostatakarzinom. Als Forschungsprojekt wurde allen Probanden ein MRT der Prostata angeboten, hier stehen die exakten Ana-

lysen noch aus, aber es deutet sich an, dass das MRT in jungen Jahren wesentlich schwerer zu beurteilen ist als dies bei älteren Patienten mit Verdacht auf Prostatakarzinom der Fall ist.

Kurzfassung

In Deutschland sind zu allen Fragen des Screenings und der Früherkennung des Prostatakarzinoms in den letzten fünf Jahren große Fortschritte gemacht worden. Dies bedeutet für die Männer, die sich einer Früherkennungsuntersuchung zuwenden wollen, sich genau informieren zu müssen, welche Methoden angewandt werden, welche Vor- und Nachteile eine Früherkennung zum aktuellen Zeitpunkt für sie hat und wie mit den Resultaten verfahren wird.

Individualisierte Früherkennung

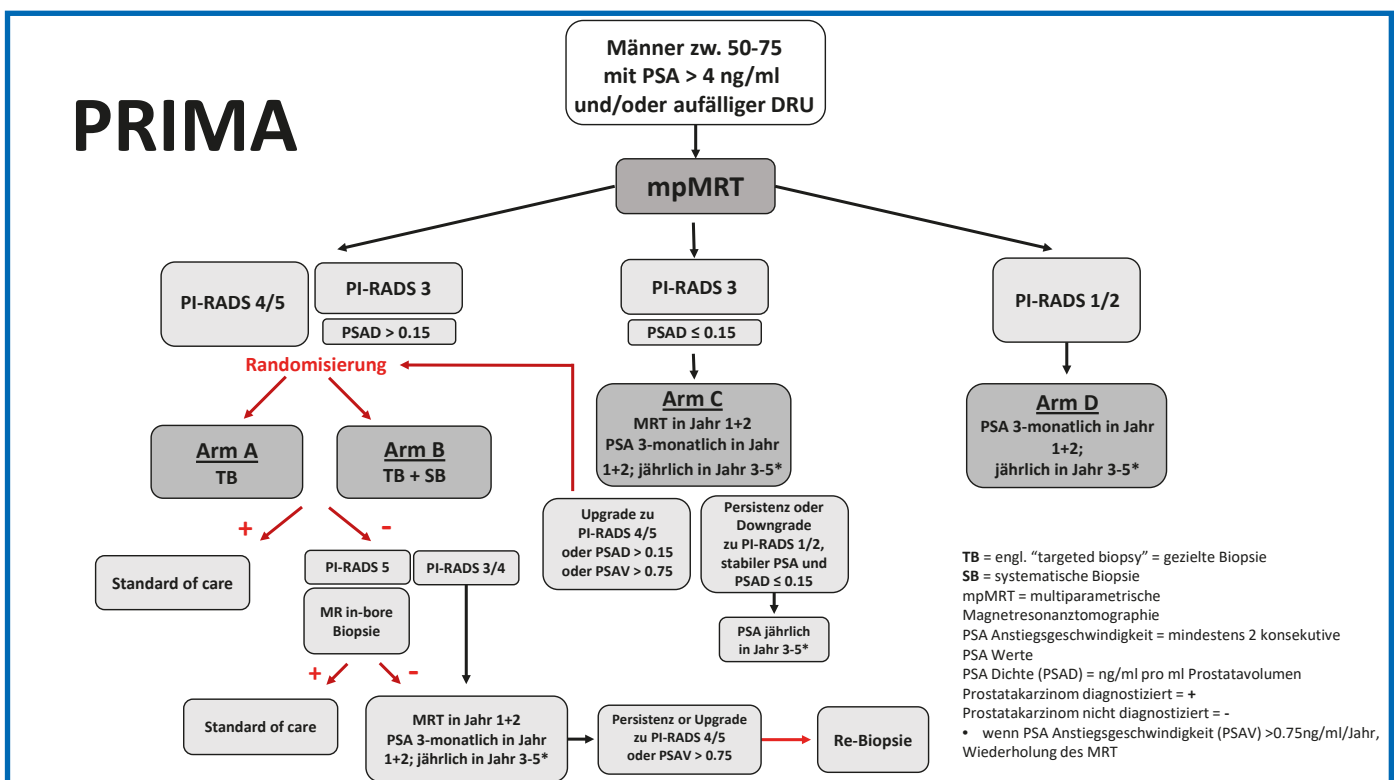
Bezüglich der Früherkennung des Prostatakarzinoms und der dann daraus resultierenden Therapien hat sich in den letzten Jahren ebenfalls viel getan. Die Einführung des MRTs gemeinsam mit dem

PSA-Wert als Erstdiagnostikum eines Prostatakarzinoms führte zu einer deutlichen Reduktion der empfohlenen Biopsien (bis zu 40 % weniger Biopsien, weil das MRT bei hohem PSA-Wert unauffällig war). Zum anderen kann die diagnostische Sicherheit der Biopsie durch das MRT wesentlich erhöht werden, so dass in den aktuellen Studien die Rate der Patienten, die z.B. nach radikaler Prostatektomie ein sog. „Upgrading“ erfahren haben, weil die initiale Diagnostik mit der früher üblichen Sextantenbiopsie erfolgte, von 30 % auf etwa 10 % reduziert werden konnte. Zudem wird das MRT zukünftig eine große Rolle auch in der Überwachung von Patienten mit Niedrigrisiko-Prostatakarzinom spielen. Erste Studien (z.B. PROMM-AS Studie an der Universitätsklinik Düsseldorf) werden dazu führen, dass weniger Rebiopsien und eine exaktere Diagnostik unter Aktiver Überwachung mit einer guten Bildgebung möglich ist.

Die PRIMA-Studie

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat 2020 eine Studie genehmigt, die von Düsseldorf aus geleitet wird und prüfen soll, ob sog. „PI-RADS

3“ Befunde (unklar ob Prostatakarzinomverdacht im MRT) überhaupt biopsiert werden müssen. Bei gut durchgeführtem MRT liegt die Rate der übersehenen signifikanten Karzinome in der Kategorie PI-RADS 3 bei $< 5\%$, so dass es verantwortlich erscheint, nicht nur Männer mit PI-RADS 1- und 2-Befunden, sondern auch mit PI-RADS 3-Befunden zunächst nicht zu biopsieren. Hier spielt auch die Prostatagröße, d.h. die Korrelation der Größe der Prostata zum PI-RADS-Befund eine große Rolle. Könnte dies in der sog. „PRIMA-Studie“ gezeigt werden, dann hätte das MRT dazu geführt, dass die Hälfte aller Männer, die einen Verdacht auf ein Prostatakarzinom durch einen erhöhten PSA-Wert haben, nicht sofort biopsiert werden müssten. Die PRIMA-Studie wird ab 2021/2022 in sechs Universitätskliniken in NRW (Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster) als Kooperationsstudie der jeweiligen urologischen und radiologischen Abteilungen durchgeführt. Probanden, die einen erhöhten PSA-Wert aufweisen und eine MRT wünschen, können diese im Rahmen dieser Studie erhalten und werden dann weiter wie bisher durch ihre einweisenden Urologen betreut.



Andere Risikoprädiktoren wie ein molekulares Profil oder genomische Risikoanalysen von Keimbahnmutationen spielen in der Früherkennung des Prostatakarzinoms noch keine klinisch relevante Rolle. Einzig zu empfehlen ist die Kombination aller klinisch eruierbaren Befunde (PSA-Wert, Prostatagröße, MRT-Befund) in einem Risikokalkulator (z. B. ERSP Risk Calculator, <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com/>). Diese Risikobestimmung sollte durchgeführt werden, bevor eine Biopsie-Entscheidung fällt.

Zusammenfassend sind in Deutschland zu allen Fragen des Screenings und der Früherkennung des Prostatakarzinoms in den letzten fünf Jahren große Fortschritte gemacht worden, und aktuell sind mehrere Studien aktiv, die den Stellenwert z.B. des risikoadaptierten Screenings durch einen alterskorrelierten PSA-Wert und eine entsprechende Strategie sowie den Stellenwert der MRT prüfen. Im Umkehrschluss heißt dies, dass sich Männer, die sich einer Früherkennungsuntersuchung zuwenden wollen, genau informieren müssen, welche Metho-

den angewandt werden, welche Vor- und Nachteile eine Früherkennung zum aktuellen Zeitpunkt für sie hat und wie mit den Resultaten verfahren wird. Eine unkritische Entnahme eines PSA-Wertes ist nicht zu rechtfertigen und löst aktuell mehr Schaden als Nutzen aus. Dem gegenüber ist eine intelligente Anwendung des PSA-Wertes durch Fachärzte für Urologie unter Zuhilfenahme z.B. der modernen Bildgebung in qualitativ ausgezeichneten radiologischen Zentren sehr hilfreich, um für jeden Mann in der Mitte des Lebens ein individuelles Risikoprofil erstellen zu können. Mittelfristig werden diese Strategien im Nationalen Krebspräventionszentrum, das durch die Deutsche Krebshilfe (DKH) am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg etabliert werden wird, zusammengeführt. Hier werden dann weitere Forschungen z.B. zur Bildverarbeitung mit Hilfe Künstlicher Intelligenz oder zu molekularen Faktoren stattfinden, so dass sie in den nächsten Jahren die individuelle Empfehlung, welche Form der Früherkennung für den jeweils Einzelnen Sinn macht, wesentlich verbessern wird.

Die Urologische Klinik und Poliklinik des Klinikums der Universität München, Klinikum Großhadern gestattet uns freundlicherweise, folgenden Auszug aus dem (bei Fortschritte der Medizin erschienenen) Artikel zu veröffentlichen:

PSA-Test: Sinn oder Unsinn?

Autoren: M. Chaloupka, A. Kretschmer, C. G. Stief, M. Apfelbeck

Der klinische Verlauf des Prostatakarzinoms zeigt eine große Bandbreite: von hochaggressiv bis indolent. Meist bleibt die Erkrankung unbemerkt, beim ersten Auftreten von Symptomen ist eine Heilung oft nicht mehr möglich. In den meisten Fällen ist eine tumorsuspekte Erhöhung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) der einzige Hinweis auf eine Erkrankung im kurativen Stadium. Die Interpretation des PSA-Wertes birgt jedoch die Gefahr der Übertherapie und wird bis heute kontrovers diskutiert. (...)

Die Diskussion um das PSA-Screening sollte rationaler mit dem individuellen Risiko umgehen als in verallgemeinerte Empfehlungen zu verfallen. Die Bestimmung des PSA-Wertes bleibt die wichtigste praktikable Möglichkeit, Risikopatienten frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Trotz neuer diagnostischer Mittel bleibt der PSA-Wert ein Baustein in der individuellen Risikostratifizierung und sollte nicht unreflektiert weitere diagnostische oder therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen.

Onkologische und funktionelle Ergebnisse der radikalen Salvage-Prostatektomie

Von Prof. Dr. med. Dr. h.c Axel Heidenreich, Dr. Florian Hartmann und Prof. Dr. David Pfister, Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, roboter-assistierte und spezielle urologische Chirurgie, Uniklinik Köln

Die Redaktion informiert: Zum Artikel aus dem Magazin 2/2020 auf Seite 8ff. zur Salvage-Prostatektomie erreichte uns ein weiterer Artikel zur selben Thematik, aus dem wir auszugsweise zitieren:

Onkologische Ergebnisse nach radikaler Salvage-Prostatektomie – hohe Rate lokal begrenzter Rezidive

Aktuell haben wir 536 Patienten aus den drei Kliniken Köln, Wien, Rochester bezüglich der onkologischen Ergebnisse ausgewertet, von denen 218 Patienten aus unserer Klinik stammen. Die mittlere Nachbeobachtungszeit liegt bei 47,4 Monaten und das mittlere Alter der operierten Patienten betrug 66,4 Jahre. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten hatte im Vorfeld eine perkutane Strahlentherapie erhalten, 15 % bzw. 26 % der Patienten hatten eine LDR- oder eine HDR-Brachytherapie erhalten. Der mittlere PSA-Wert zum Zeitpunkt der Operation betrug 4,32 ng/ml.

Die pathohistologischen Ergebnisse der RSP zeigen ein organbegrenzt bzw. ein lokal fortgeschrittenes Tumorstadium ohne Lymphknotenmetastasen bei ca. 40 % bzw. 35 % der Patienten, während 25 % der Patienten eine Lymphknotenmetastasierung aufwiesen.

Die biochemische Rezidivfreiheit fünf Jahre nach Operation betrug für pT2a-c PCA 73 %, für Patienten mit einem pT3a oder pT3b PCA 53 % bzw. 22 % und für Patienten mit positiven Lymphknoten 43 %. Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Rezidivfreiheit signifikant mit dem pT-Stadium sowie dem Lymphknotenstatus korrelierte. In der statistischen Analyse manifestierte sich ein neunfach erhöhtes Risiko für ein biochemisches Rezidiv bei Nachweis von Lymphknotenmetastasen. Auch

die Art der vorausgegangenen Strahlentherapie war bei HDR-Brachytherapie mit einem vierfach erhöhten Rezidivrisiko assoziiert. Das mediane rezidivfreie Überleben betrug 61,8 (39,5-89) bzw. 20,7 (5,9-35,4) Monate bei fehlendem Nachweis bzw. bei Nachweis von Lymphknotenmetastasen.

Funktionelle Ergebnisse nach radikaler Salvage-Prostatektomie

Bezüglich der funktionellen Ergebnisse konnten 98 Patienten präoperativ und 82 Patienten postoperativ urodynamisch sowie mittels PSA-Test evaluiert werden. Eine moderate bzw. starke Inkontinenz lag präoperativ bereits bei 35,5 % bzw. 23,7 % der Patienten vor. Postoperativ wiesen 39,1 % sowie 25,6 % der Patienten



Axel Heidenreich, © privat



Florian Hartmann © privat



David Pfister, © privat

eine moderate (2-3VL/Tag) bzw. eine starke (> 3 VL/Tag) Inkontinenz auf. Eine präoperative erektile Dysfunktion bestand bei 58,1 % der Patienten, postoperativ lag die Rate bei 89,1 %.

Komplikationen nach radikaler Salvage-Prostatektomie

Perioperative Komplikationen aller Schweregrade traten bei 24 (9,2 %) auf. Schwerwiegende Komplikationen wie die Gabe von Bluttransfusionen (1,1 %) oder eine rectourethrale Fistel (1,1 %) waren selten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

- Unsere Daten zeigen, dass die RSP mit hoher onkologischer Kontrollrate von nahezu 75 % bei Patienten mit einem organbegrenzten Tumorstadium (T1 bis T2) und bei mehr als 2/3 der Patienten mit Kapselinvasion (Tumorstadium T3) bei geringer perioperativer Komplikationsrate durchgeführt werden kann. Diese Ergebnisse sind tendenziell günstiger als die der bisher publizierten Studien,

was zum einen mit den deutlich niedrigeren PSA-Werten zum Zeitpunkt der Operation (frühe Rezidivdiagnose) sowie zum anderen mit der großen chirurgischen Expertise unserer Klinik zusammenhängen kann.

- Wir haben außerdem zeigen können, dass Patienten mit Lymphknotenmetastasen (Stadium N1 bzw. M1a) eine ungünstige Prognose mit nur kurzer Rezidivfreiheit aufweisen und bei fehlender lokaler Symptomatik am ehesten nicht von der RSP profitieren. Diesbezüglich muss es uns zukünftig gelingen, positive Lymphknoten bzw. lokal fortgeschrittene Tumorstadien bereits präoperativ verlässlich zu identifizieren. Hier zeigte das PSMA-PET/CT keinen zusätzlichen Informationsgewinn.

- Wir haben auch zeigen können, dass die RSP mit einer erhöhten Rate postoperativer Inkontinenz vergesellschaftet ist als eine primäre radikale Prostatektomie und ca. 25 % die Implantation eines artifiziellen Sphinkters benötigen. Hierüber müssen die Patienten im Vorfeld ausführlich aufgeklärt werden.

Achtsamkeit

– Im Hier und Jetzt Frieden finden in existentiellen Krisen

Von Alexander Kopp, Achtsamkeitstrainer

Als ich gefragt wurde, ob ich für dieses Magazin einen Artikel schreiben würde, hielt ich einige Zeit inne. Es kam etwas in mir in Bewegung. Es war meine Demut vor einer der größten Lebenskrisen, in wir als Menschen geraten können und die die meisten Leserinnen und Leser dieses Artikels persönlich betreffen dürfte: Die Diagnose Krebs.

Als Achtsamkeitstrainer begleite ich seit Jahren Menschen in existentiellen Krisen und kenne die Konfrontation mit schweren Erkrankungen und damit einhergehenden psychischen Belastungen für Betroffene und Angehörige bereits seit meiner frühen Kindheit. Ich schreibe nicht als Erkrankter, sondern als Berater und Angehöriger. Mein Vater ist – als ich sieben Jahre alt war – an Multipler

Sklerose erkrankt und in seinen späten Lebensjahren an Prostatakrebs.

Was kann ich Ihnen, den Leserinnen und Lesern, hier anbieten? Die Beschreibung eines möglichen Weges, der in Zeiten von Krisen und innerer Aufruhr zu mehr innerem Frieden und nach vielleicht langer Suche mehr zu sich selbst führen kann. Dieser Weg heißt: Praktizieren von Achtsamkeit.

Was ist Achtsamkeit?

Achtsamkeit ist ein Bewusstheitszustand, bei dem wir im Hier und Jetzt bewusst und präsent sind, ohne zu urteilen. Wir finden durch Achtsamkeit Abstand von mentalen Prozessen (vor allem Gedanken und Gefühlen) und einen Raum, in dem wir

uns sicherer fühlen können.

Achtsamkeitspraxis ist in der westlichen Kultur wissenschaftlich breit erforscht, die Wirksamkeit z.B. beim Umgang mit Ängsten und Depressionen ist erwiesen. Achtsamkeit geht aus den kontemplativen Traditionen (z.B. Buddhismus) hervor und kann auch als Weg zur Entwicklung von Selbst-Bewusstheit bezeichnet werden. Neben den funktionalen Aspekten, wie z.B. der Bewältigung von Stress, ist Achtsamkeit für viele Menschen ein spiritueller Weg zum Erwachen aus der Identifikation mit den leidenschaftlichen Aspekten des menschlichen Daseins. Informationen aus wissenschaftlicher Perspektive finden Sie zum Beispiel im Buch von Prof. Peter Sedlmeier „Kraft der Meditation – Was die Wissenschaft darüber weiß“.



© privat

Achtsamkeit als Weg in Krisen

Auf die Konfrontation mit einer als lebensbedrohlich eingeschätzten Erkrankung antworten die meisten Menschen mit körperlichen und vor allem auch mentalen Prozessen: Unsere Endlichkeit und die Möglichkeit seelischen und körperlichen Leidens wird uns bewusst – sie sind plötzlich viel präsenter als in den Lebensjahren zuvor. Möglicherweise als erster Gedanke nach dem Aufwachen und als letzter vor dem Einschlafen.

Die Gedanken können um eine unsicherere Zukunft kreisen, wir hadern mit der Vergangenheit, das Vertrauen in den eigenen Körper und die eigene Kraft ist möglicherweise erschüttert. Wir zweifeln. Nahestehende Menschen gehen oft anders mit Betroffenen um, sind vielleicht überfordert, unsicher. Nach dem ersten Schock folgt vielleicht Rückzug, Leugnung, Verdrängung oder Kampfbereitschaft. Ängste kommen auf, Trauer nimmt sich Raum, Unsicherheit und vielleicht auch Scham. Unser medizinisches Versorgungssystem verspricht einerseits Sicherheit, führt andererseits aber auch durch die immer wiederkehrenden Untersuchungen zu weiteren Angstansätzen.

Die gewohnten Strategien eignen sich nur kurzfristig. Durch Ablenkung kommen wir nur zur Ruhe, solange die Ablenkung anhält. Durch Grübeln entsteht eine Art mentale Schockstarre, da wir nicht

Über den Autor:

Alexander Kopp, Köln, ist über 20 Jahre als Coach, Berater und Unternehmer tätig. Er engagiert sich in den Bereichen Stressbewältigung, Achtsamkeit und Persönlichkeitsentwicklung als Gestalttherapeut, MBSR-Lehrer und Achtsamkeitsexperte.

Seine Motivation ist es, Menschen und Unternehmen bei Prävention, Nachsorge und Begleitung von stressbedingten und psychischen Erkrankungen zu helfen.

ins Handeln kommen. Betäubung ermattet uns. Rückzug geht zu Lasten unseres Grundbedürfnisses nach Verbundenheit. Angriff und Verdrängung kostet möglicherweise mehr Energie als uns zur Verfügung steht. Oft ein Teufelskreis.

Durch das Üben von Achtsamkeit lernen wir, mit den inneren Prozessen, wie unseren Gedanken, Gefühlen, Stimmungen und Körperempfindungen in Kontakt zu kommen, ohne von ihnen dauerhaft in Besitz genommen zu werden. Besser gesagt: Wir lernen, dass all das Teil unseres gegenwärtigen Erlebens ist, aber wir nicht diese Inhalte sind. Acht-

samkeit heißt, dass wir lernen können, nicht alles zu glauben, was wir denken.

Es macht insbesondere in Krisen einen großen Unterschied, ob wir in der Lage sind, die Gedanken sich selbst zu überlassen oder ob wir uns den Gedanken überlassen.

Achtsamkeit üben

Achtsamkeit zu üben erfordert die Entscheidung, über einen längeren Zeitraum einen Weg auszuprobieren, bei dem täglich zwischen 30 und 60 Minuten formale Übungen (Meditation) durchgeführt werden. Hierzu empfiehlt sich am Anfang der bewusste Rückzug an einen ruhigen Ort, an dem man ungestört ist und äußere Einflüsse reduziert werden. Diese am ruhigen Ort im Rückzug eingeübte Haltung wird dann auch in den Alltag übertragen und dort geübt, z.B. durch bewusste,

achtsame Tätigkeiten wie Spaziergänge, kochen, essen.

Wie wäre es, direkt mit einer ersten Übung zu beginnen?

Diese Übung dauert drei Minuten. Scannen Sie den abgebildeten QR-Code und finden Sie dort eine Audiodatei. Die Anleitung zur Übung finden Sie auch in Textform auf der Internetseite des BPS: www.prostatatrebs-bps.de.



Wo finde ich Unterstützung und weitere Anleitungen?

Sie finden auf meiner Internetseite einen Ablauf von Übungen über acht Wochen, mit denen Sie sukzessive Achtsamkeit üben können: <https://www.mbsr-kurs-koeln.de>.

Patienten sollen sich aktiv an klinischen Studien beteiligen

Klinische Forschung soll die Gesundheit von Patienten verbessern, oft sind sie aber nur passiv an den Studien beteiligt. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen hat jetzt eine Handreichung veröffentlicht, wie Patienten besser eingebunden werden können.

Im Rahmen von klinischen Studien wird an Patienten die Wirksamkeit neuer Diagnose- und Therapiemethoden gemessen. Auf die Gestaltung der Studie haben sie jedoch keinen Einfluss. „Das ist problematisch, denn dadurch besteht die Gefahr, dass an den Bedürfnissen und Interessen von Patientinnen und Patienten vorbeigeforscht wird“, sagt Prof. Ansgar Gerhardus vom Institut für Public Health und Pflegeforschung. Patienten sollten stattdessen aktiv in die Prozesse eingebunden werden.

Die Beteiligung von Patienten an Gruppendiskussionen oder Zusammenarbeit im Studienteam könne Forschenden helfen, relevante Fragen für den Alltag zu finden, deren Ergebnisse direkt in die

Behandlungspraxis übertragen werden. Außerdem könnten sich Patienten bei der Entwicklung leicht verständlicher Informationsmaterialien einbringen.

„Noch gibt es viele Unsicherheiten, denn die Beteiligung von Patientinnen und Patienten ist etwas ganz Neues“, sagt Dr. Imke Schilling, die an der Entwicklung der Handreichung beteiligt war. In Großbritannien und den USA ist Patientenbeteiligung bereits Standard bei klinischer Forschung. Hierzulande haben mittlerweile einige Institutionen, wie das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Patientenbeteiligung zum Kriterium für die Förderung klinischer Studien gemacht. Bislang fehle es jedoch an einer Orientierung dazu, was Patientenbeteiligung ausmacht und wie sie gelingen könne. Die 41 Seiten umfassende Handreichung soll diese Lücke nun füllen.

Quelle: gerechte-gesundheit.de,
September 2020

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zum 20-jährigen Jubiläum des BPS

„Ich gratuliere Ihnen ganz herzlich zum 20-jährigen Bestehen Ihres Verbandes! Was Sie als Betroffene ehrenamtlich leisten, ist eine großartige Stütze für viele an Krebs erkrankte Menschen! ... Viele Fragen tauchen bei den Betroffenen auf, vor allem nach der richtigen Behandlung und der Bewältigung der Erkrankung auch und gerade im Alltag. Hierbei ist die Selbsthilfe und natürlich der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. mit seinen inzwischen über 230 Selbsthilfegruppen eine sehr wichtige, heutzutage nicht mehr wegzudenkende Anlaufstelle, um mit dieser Krankheit umzugehen. ...

Sie tragen dazu bei, dass Betroffene mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Gespräche auf Augenhöhe führen können. Hervorheben möchte ich die von Ihnen angebotene Prostatakrebs-Beratungshotline mit einer gebührenfreien Service-Telefonnummer, die auch jetzt in Zeiten von Corona eine wichtige Anlaufstelle für die Betroffenen war und ist. Dem ehrenamtlichen Beraterteam möchte ich ganz besonders für diesen Einsatz danken.

Ich wünsche Ihnen alles Gute für Ihr Jubiläum und weiterhin viel Erfolg für Ihre engagierte, hervorragende Selbsthilfearbeit.“

Auszug aus dem Grußwort des Bundesministers für Gesundheit: das vollständige Grußwort finden Sie auf der Startseite der BPS-Internetseite www.prostatakrebs-bps.de.



© BMG

20 Jahre BPS – Warum Männer in eine Selbsthilfegruppe gehen

Sie halten die dritte Ausgabe des BPS-Magazins in Händen. Zum dritten Mal wenden wir uns auf den Sonderseiten zum 20-jährigen Jubiläum des BPS einer besonderen Fragestellung zu. Im ersten Heft des Jahres erinnerten wir uns an die Geburtsstunde unseres Verbands, daran, wie alles begann, wer den ersten Schritt ging und was ihn antrieb. Im folgenden Heft gedachten wir Männern der ersten Stunde(n), die den Staffeln abnahmen und weitertrugen. Nicht mehr alle weilen noch unter uns, leben aber in unserem Erinnern fort. Für diese Ausgabe wollte die Redaktion nun wissen, was Männer bewegt, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Selbsthilfe assoziieren viele, Männer aber besonders häufig, mit „Stuhlkreis“. Nun, das mag es

auch geben, aber Selbsthilfe ist vielfältig. Da steht häufig das Informieren im Vordergrund, die Wis-

sensvermittlung über die Krankheit und den Weg mit allen Höhen und Tiefen. Aber auch das Helfen, das gegenseitige Stützen und Wiederaufrichten, das Gebenwollen und Nehmendürfen sind wichtiger Teil der Selbsthilfe. Ja, und wer dann noch einen Schritt weitergehen will und kann, wird Einfluss nehmen, um für sich und nachfolgende Generationen Medizin auf höchstmöglichem Niveau zu erreichen.

Die Antworten, die der Redaktion zuzugingen und aus denen wir heute zitieren, zeigen die Vielfalt der Beweggründe sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Manch einer der Männer, die uns antworteten, ist den Weg vom Informieren bis zu Einfluss nehmen gegangen. Alle verdienen unseren Respekt für das, was sie tagtäglich leisten.

Rezidiv ab, sodass er von den Erfahrungen anderer Betroffener auf Hilfe hoffte. So verschieden wie die Beweggründe war auch das „Wie“. So berichtet u.a. Dieter Günzel aus Hamm, dass er aus der Zeitung Kenntnis über eine Selbsthilfegruppe erlangt hat. Anstöße kamen aber auch während der Anschlussheilbehandlung und in manchen Fällen, so bei Lothar Strauch aus Borken, von behandelnden Ärzten.

» Logischerweise interessierte uns auch: „Warum sind Sie immer noch dabei?“

Hans Biegert aus Lörrach beantwortet diese Frage kurz und knapp damit, dass er nun der Gruppen-

© Ljupco Smokovski – stock.adobe.com



» Zuerst wollten wir natürlich wissen, wie und warum Mann den Weg zum BPS gesucht hat.

Da beginnt doch Heinz-Walter Roth aus Sprendlingen seine Antwort mit den Worten „Ein fröhliches Hallo an alle“. Ganz offensichtlich hat da jemand den Schritt in die Selbsthilfegruppe, zu deren Treffen er seit 2013 regelmäßig geht und die er heute leitet, nicht bereut. Hajo Beckers aus Bocholt trieb die Suche nach Antworten in die Selbsthilfegruppe. Er schreibt: „Nach meiner OP habe ich mich intensiver mit den Fragen befasst, was zu meiner Erkrankung geführt haben könnte.“ Bei Georg Meyermann aus Braunschweig zeichnete sich ein

leiter wäre. Wäre er das aber geworden, wenn er nicht Sinn darin sehen würde, anderen Männern mit seinen Erfahrungen Hilfe geben zu können? Für Karl-Heinz Mevs aus Heide und all den anderen, die heute eine SHG leiten, war dies der Schritt vom Nehmen zum Geben. Helmut A. Kurtz aus Soltau schreibt dazu. „Ich habe bei der Selbsthilfegruppe sehr viel Zuwendung und Unterstützung erfahren.“, die er dann auch wieder zurückgeben wollte. Dieter W. Schmidt aus Böblingen wollte seine Kenntnisse über die Krankheit erweitern, aber auch seine Erfahrungen aus anderen Vereinstätigkeiten nutzbringend zur Verfügung stellen. Hans-

Jürgen Schulz aus Neuss zieht seine Motivation für seine Tätigkeit als SHG-Leiter aus der Überzeugung „von der wichtigen Verbandstätigkeit“.

Schwieriger war da schon, die Frage nach der Sichtweise des Umfelds auf das Engagement in der Selbsthilfe zu beantworten.

Edmund Muth aus Limburg sieht einerseits das Tabuthema Krebs, das viele verdrängen, andererseits aber auch die Anerkennung dafür, sich in der Selbsthilfe zu engagieren. Ähnliche Erfahrungen hat auch Michael Trotz aus Riesa gemacht, der schreibt: „Die Mitarbeit in der Selbsthilfe wird von meinem Umfeld als wichtig erachtet. Aber es gibt auch Stimmen, die sagen, ‚Das wäre nichts für mich‘“. Ähnlich äußert sich auch Hubert Ziemer aus Schönebeck.

Natürlich interessierte uns auch „Wie informierte und half Ihnen der BPS bei der Bewältigung der Krankheit?“

Wolfgang Slania aus Berlin verweist dabei auf die Seminare und Vorträge, die der BPS anbietet und die er stets wahrnimmt. Nach Ansicht von Hans Biegert aus könnte die Hilfe des BPS jedoch noch besser werden. Dieter W. Schmidt dagegen meint: „Allein die Tatsache, dass es den Bundesverband mit seinen zahlreichen Erfahrungen und vielfältigen Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung gibt ...“, würde schon Hilfe sein. Aus fast allen Zuschriften geht jedoch hervor, dass die bloßen Gespräche von Betroffenen untereinander Hilfe zur Selbsthilfe wären. Ebenfalls in den meisten Antworten war die Wichtigkeit einer guten und zielgerichteten Öffentlichkeitsarbeit hervorgehoben worden. Dabei wird auf die Webseite des BPS – damals noch nicht die neue – genauso verwiesen, wie auf das Magazin und die verbandsinterne Kommunikation.

Wir stellten dann die Frage: Wie ist das Gefühl, Erfahrungen zu teilen und anderen damit helfen zu können?

Hajo Beckers, der heute im Gemeinsamen Bun-

desausschuss die Interessen von Männern mit und ohne Prostatakrebs vertritt, schrieb in seiner Antwort: „Zu helfen ist für mich natürlich positiv und stärkt auch die eigene Zufriedenheit helfen zu können, bzw. geholfen zu haben.“ Er sieht aber auch den gestiegenen Bedarf an Information durch die Selbsthilfegruppen, einhergehend mit einem Mangel an ärztlicher Information. Ernst-Günther Carl aus Pinneberg verweist in seiner Antwort auf einen sehr belastenden Aspekt der Selbsthilfe – schweres Leiden und den Tod eines Gruppenmitglieds verkraften zu müssen. Georg Meyermann ist gerne bereit, anderen zu helfen, erwartet aber auch Rücksichtnahme für sich und seine eigenen Belange. Ein Aspekt, der sicher angesprochen werden darf, schließlich sind wir alle krank. Edmund Muth schreibt, dass der Erfahrungsaustausch für ihn sehr wichtig sei, weshalb er ihn auch nicht als belastend empfindet. Auch Michael Trotz empfindet seine Arbeit als SHG-Leiter „als Bereicherung“ für sich.

Abschließend fragten wir noch danach, wie der BPS der Zukunft aussehen soll.

Ginge es nach Ernst-Günther Carl, dann sollte er etwas „digitaler werden“. Dem wird sich der BPS nicht entziehen können und hat deshalb eine Digitale Agenda 2022 beschlossen. Helmut A. Kurtz beantwortet die Frage in drei Worten: „innovativ, ehrlich, patientenbezogen.“ Einigen Antworten war der Wunsch nach einer breiteren Themenvielfalt bei den Informationen und Vorträgen zu entnehmen. Etwas, was sich das Ressort Weiterbildung auf die Fahne geschrieben hat. Hans-Jürgen Schulz bricht eine Lanze für das Engagement der vielen im BPS organisierten Männer: „Der BPS lebt besonders von seiner Kreativität und dem ehrenamtlichen Engagement seiner Mitglieder.“

Das Schlusswort allerdings soll Michael Trotz haben, der schrieb: „Denn alle Aktivität und Mitarbeit in den vielfältigen Gremien in Politik und Gesundheitswesen erfolgt ehrenamtlich! Diese verantwortungsvolle Rolle im Sinne der Patienten sollte immer im Mittelpunkt stehen, dann erfüllt der BPS seine Bestimmung.“

Einen Brief, der die Redaktion erreichte, wollen wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, nicht vorenthalten, stammt er doch von einem inzwischen über 85-jährigen Mann, der nach eigenem Bekunden noch einige Zeit weitermachen will, damit er einen Nachfolger für sich suchen kann. Diese Zeilen haben mir gezeigt, dass es nicht das Alter ist, das uns am Helfen hindert. Aber lesen Sie selbst:

Sehr verehrte Frau Gräfen,

bei mir wurde im Herbst 2015 Prostatakrebs diagnostiziert und durch eine Biopsie bestätigt. Zu diesem Zeitpunkt war ich 80 Jahre alt und zugegebenermaßen wenig über diese Erkrankung informiert. Durch einen Zeitungshinweis in der hiesigen Presse wurde ich auf einen Treffpunkt von dieser Krankheit Betroffener im hiesigen Krankenhaus aufmerksam. Ich besuchte dieses allmonatlich stattfindende Treffen und erhielt dort umfassende Aufklärung über die Krankheit an sich und über die möglichen und erforderlichen Therapieansätze. Diese Prostata-selbsthilfegruppe war dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. angeschlossen.

Diese Gruppe besteht aus ca. 20 Personen, die ständig teilnehmen und aus Besuchern, die sich bei uns im Verlauf ihrer Erkrankung Hilfe und Auskunft über die weiteren Heilungsmöglichkeiten erfragen.

Meine erste Teilnahme im November 2015 zeigte mir sehr deutlich, wie sinnvoll und auch notwendig solch eine Selbsthilfeeinrichtung für Erkrankte ist. Der offene Meinungsaustausch untereinander, die vom Verband zur Verfügung gestellten Hilfsmittel (Bücher, Fachliteratur, Flyer usw.) sind wertvolle Hilfen, mit der Krankheit wirkungsvoller und vielleicht auch gelassener umzugehen.

Zu diesem Zeitpunkt – Ende 2015 – hatte der Sprecher der seit 15 Jahren bestehenden SHG sein Ausscheiden angekündigt und es fand sich aus der bestehenden Gruppe kein Nachfolger. Obwohl ich erst das 2. Mal dabei war, erklärte ich mich bereit, diesen Posten zu übernehmen – mit Unterstützung einiger Gruppenmitglieder. Es war mir wichtig, dass diese SHG nicht in einer Selbstauflösung endet. Seit Anfang 2016 fungiere ich nun als Sprecher und versuche mit der Hilfe aller Gruppenmitglieder, unsere Treffen informativ und interessant zu gestalten.

Ich halte eine solche SHG für einen wichtigen und auch notwendigen Bestandteil als Unterstützung zur medizinischen Therapie. Leider stellen wir immer wieder fest, dass eine gewisse Scheu und auch Unwissenheit bei den Besuchern besteht, unser Angebot anzunehmen.

Die Unterstützung, die wir vom BPS und LPS erhalten, ist hilfreich und erleichtert unsere Arbeit in großem Maß.

Inzwischen bin über 85 Jahre alt und werde versuchen, den Posten noch einige Zeit auszufüllen und einen Nachfolger zu finden.

Mit freundlichen Grüßen,

Dieter Günzel (Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Hamm)



© privat

CARD-Studie: Neue Daten zur Sequenztherapie beim metastasierten, hormonunabhängigen (kastrationsresistenten) Prostatakrebs

Von Prof. Dr. med. Gunhild v. Amsberg, Klinik für Onkologie, Hämatologie und Knochenmarkstransplantation mit Abteilung Pneumologie, Zentrum für Onkologie und der Martini-Klinik Hamburg



© privat

Hintergrund

Im Praxisalltag kommen beim metastasierten, hormonunabhängigen (kastrationsresistenten) Prostatakrebs häufig die neuen antihormonellen Medikamente Abirateron und Enzalutamid zum Einsatz. Für beide Medikamente konnte in klinischen Studien gezeigt werden, dass sie die Lebenserwartung der betroffenen Männer verlängern, auch wenn das Tumorwachstum nicht mehr durch die klassische Hormonentzugsbehandlung mit GnRH-Analoga aufgehalten werden kann (Kastrationsresistentes Stadium). Dies ist unabhängig davon, ob zuvor

eine Chemotherapie mit Docetaxel erfolgt ist oder nicht. Dabei unterscheidet sich die Wirkweise bei den Medikamenten im Körper: Während Abirateron die Bildung der männlichen Geschlechtshormone (Androgene) in Hoden, Nebenniere und Tumor hemmt, blockiert Enzalutamid die Bindungsstelle (Rezeptor) der Androgene auf den Krebszellen und verhindert so, dass Signale an den Zellkern als Schaltzentrale der Zelle weitergeleitet werden.

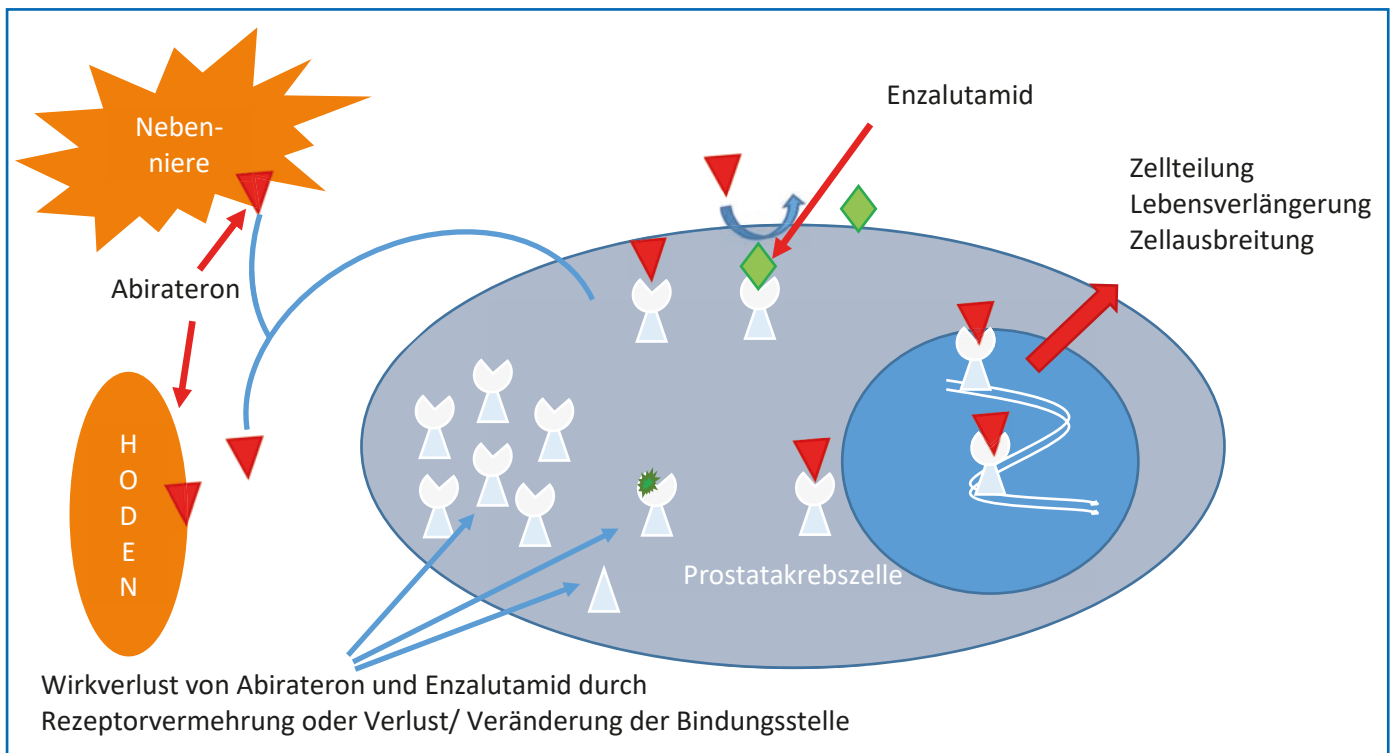


Abb. 1. Wirkweise der antihormonellen Medikamente Abirateron und Enzalutamid und mögliche Mechanismen der Resistenzentstehung

Aufgrund ihrer guten Verträglichkeit und der einfachen Handhabung kommen Abirateron und Enzalutamid im Praxisalltag häufig in direkter Abfolge oder unter „Zwischenschaltung“ einer Chemotherapie mit Docetaxel zum Einsatz. Erste Daten zu den verschiedenen Behandlungssequenzen haben allerdings gezeigt, dass es zu einem deutlichen Wirkverlust der zweiten Substanz im Therapieverlauf kommt. Dies scheint unabhängig davon zu sein, ob zwischen den beiden antihormonellen Therapien eine Docetaxel-Behandlung erfolgt ist. Dabei liegen der Resistenzentwicklung auf die antihormonellen Medikamente unterschiedliche Mechanismen zugrunde. So kann es zu einer Vermehrung des Androgenrezeptors kommen (Amplifikation) oder die Bindung der Hormone bzw. Medikamente an den Rezeptor durch eine Veränderung oder einen Verlust der Hormonbindungsstelle verhindert werden (Mutation; Splicevarianten) (Abb. 1). Folge ist eine häufig hormonunabhängige Aktivierung des Androgenrezeptors. Dies führt zu einer vermehrten Teilung und Lebensverlängerung der Krebszellen sowie zu deren ungehemmter Ausbreitung.

Ein Wirkverlust des Docetaxels ist dagegen häufig auf eine vermehrte Ausschleusung der Chemotherapie aus der Tumorzelle durch einen Energieabhängigen Transporter zurückzuführen. Hierdurch sinkt die Docetaxel-Konzentration in der Tumorzelle in einen wirkungslosen Bereich ab. Cabazitaxel wurde entwickelt, um diesen Resistenzmechanismus zu überwinden; durch eine chemische Veränderung der Struktur entgeht es dem aktiven Abtransport aus der Zelle.

Tatsächlich konnte in der Zulassungsstudie von Cabazitaxel gezeigt werden, dass insbesondere auch Patienten mit einem frühen Docetaxel-Versagen von der Cabazitaxel-Behandlung profitieren.

Eine rückwirkende Untersuchung von mehr als 940 Docetaxel-vorbehandelten Patienten wies zudem einen deutlichen Überlebensvorteil der Ca-

bazitaxel-haltigen Sequenztherapie im Vergleich zu einer alleinigen antihormonellen Medikamentenabfolge mit Abirateron und Enzalutamid auf.

Eine prospektive Studie zur optimalen Sequenz bei Männern mit hormonunabhängigem Prostatakrebs fehlte allerdings bislang.

Die CARD-Studie

In der CARD-Studie wurde nun erstmals prospektiv (= vorausschauend, Anm. d. Red.) überprüft, ob der Einsatz von Cabazitaxel in der Sequenztherapie nach Vorbehandlung mit Docetaxel und Abirateron oder Enzalutamid dem zweiten antihormonellen Medikament überlegen ist.

Studienaufbau

Insgesamt wurden 255 Patienten randomisiert mit Cabazitaxel 25mg/qm Körperoberfläche alle drei Wochen oder Abirateron (1000mg/Tag) bzw. Enzalutamid (160mg/d) behandelt. Voraussetzung für eine Teilnahme an der Studie war eine Vortherapie mit Docetaxel und dem jeweils anderen antihormonellen Medikament mit einer Ansprechdauer unter zwölf Monaten. Primär überprüft wurde die Zeitdauer bis zum Voranschreiten der Erkrankung in der Bildgebung. Zudem wurden das Gesamtüberleben, die Ansprechrate sowie das Sicherheitsprofil der Medikamente untersucht.

Ergebnisse

Tatsächlich war die Zeit bis zum Voranschreiten der Erkrankung unter Cabazitaxel mit 8,0 Monaten im Vergleich zu 3,7 Monaten mit dem zweiten antihormonellen Medikament deutlich verlängert. Dieser Vorteil übersetzte sich auch in ein längeres Überleben der Patienten. Ein PSA-Abfall >50 % wurde bei 35,7 % der Männer unter Cabazitaxel und 13,5 % unter antihormoneller Medikation beobachtet. Ein Rückgang der Tumorausdehnung konnte bei 36,5 % der Männer unter Chemotherapie und 11,5 % unter der zweiten

Kurzfassung

Basierend auf den Ergebnissen der CARD-Studie ist der frühzeitige Einsatz der Chemotherapie beim Hormon-unabhängigen fortgeschrittenen Prostatakrebs empfehlenswert. Voraussetzung ist eine ausreichende körperliche Fitness der betroffenen Männer.

Studien-Endpunkt	Cabazitaxel	Zweites antihormonelles Medikament
PSA-Abfall >50 %	35,7 %	13,5 %
Messbarer Rückgang des Tumorumfangs	37 %	12 %
Rückgang von Schmerzen	45 %	19,3 %
Häufigkeit skelettaler Ereignisse wie Knochenbrüche oder Einengung des Rückenmarkkanals	18,6 %	27,8 %

Tabelle 1. Überblick über die Behandlungsergebnisse mit Cabazitaxel bzw. dem zweiten antihormonellen Medikament in der CARD-Studie im Vergleich

antihormonellen Behandlung nachgewiesen werden (Tabelle 1). Dabei war es für die Ergebnisse unerheblich, ob als zweites antihormonelles Medikament Abirateron oder Enzalutamid eingesetzt wurde.

Relevante Nebenwirkungen traten bei 56,3 % der Patienten unter Chemotherapie und in 52,4 % unter antihormoneller Therapie auf.

In der Cabazitaxel-Gruppe erhielten 23,3 % der Patienten im Anschluss eine antihormonelle Behandlung, 33,3 % der Patienten mit Enzalutamid- oder Abirateron-Therapie wurden mit Cabazitaxel weiter behandelt.

Schlussfolgerung

Cabazitaxel ist nach Vorbehandlung mit Docetaxel und Abirateron oder Enzalutamid (Ansprechdauer < 12 Monate) dem jeweils anderen antihormonellen Medikament überlegen. Dies zeigt sich in einer Verlängerung der Zeit bis zum bildmorphologischen Voranschreiten der Erkrankung sowie einer erhöhten PSA- und Tumorausbrechrate. Obwohl 33 % der Patienten nach dem zweiten antihormonellen Medikament Cabazitaxel erhielten, hatte die Cabazitaxel-Gruppe einen deutlichen Überlebensvorteil. Dies war unabhängig davon, ob das erste antihormonelle Medikament vor oder nach Docetaxel eingesetzt wurde.

Kommentar

Die häufig gute Verträglichkeit und die einfache Verabreichungsform verleiten im klinischen Alltag Arzt und Patienten dazu, zunächst die antihormonellen Therapien auszuschöpfen und den Einsatz

von Cabazitaxel solange wie möglich hinauszuzögern.

Die CARD-Studie hat nun als erste randomisierte, prospektive Studie gezeigt, dass dies der falsche Weg ist und die Männer tatsächlich Lebenszeit kostet. So blieb ein deutlicher Überlebensvorteil für die Cabazitaxel-Gruppe bestehen, obwohl 33 % der Patienten nach dem zweiten antihormonellen Medikament Cabazitaxel erhielten. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit eines frühzeitigen Einsatzes der Chemotherapie.

Ursache für die Zurückhaltung der Behandler und Patienten gegenüber der Chemotherapie sind neben dem intensiveren Arztkontakt häufig die befürchteten Nebenwirkungen, insbesondere schwere Infekte. Diese potentiell lebensbedrohlichen Komplikationen wurden in der Zulassungsstudie von Cabazitaxel bei 7,5 % der Patienten beobachtet. Sie stellen insbesondere für ältere und gebrechliche Patienten ein großes Problem dar.

In der PROSELICA-Studie wurde daher die Nichtunterlegenheit einer reduzierten 20mg/qm Dosierung im Vergleich zur Standarddosierung von 25mg/qm alle drei Wochen untersucht. Bei vergleichbarer Wirksamkeit konnte die Nebenwirkungsrate durch die Dosisreduktion deutlich gesenkt werden. So konnte die Rate schwerer Infektionen von 9,2 % auf 2,1 % reduziert werden. Zudem traten auch Durchfall und eine Blutbeimengung im Urin seltener auf.

In der CARD-Studie wurde aufgrund der in Europa bestehenden Zulassung die höhere 25mg/qm Dosierung gewählt. Dabei kam allerdings frühzeitig der Wachstumsfaktor G-CSF zur Verhinderung

eines Abfalls der weißen Blutzellen (Leukozyten) zum Einsatz. Unter dieser prophylaktischen Maßnahme betrug die Rate schwerer Infektionen nur 3,2 %. Etwa jeder 5. Patient brach die Behandlung aufgrund von Nebenwirkungen ab.

Die Frage nach der optimalen Cabazitaxel-Dosierung bei älteren Patienten ab dem 65. Lebensjahr adressiert die CABASTY-Studie. Hier wird Cabazitaxel in der Standarddosierung verglichen mit einer Dosierung von 16mg/qm alle zwei Wochen.

Eine ähnliche Studie mit Docetaxel 50mg/qm alle zwei Wochen versus 75mg/qm alle drei Wochen hatte eine vergleichbare Wirksamkeit der niedrigeren Dosierung bei allerdings deutlich besserer

Verträglichkeit gezeigt.

Studien zur Dosismodifikation sind für den klinischen Behandlungsalltag von unmittelbarer Bedeutung, da die Ergebnisse zur optimierten Verabreichung zugelassener Medikamente unmittelbar den betroffenen Männern zu Gute kommen. An der CABASTY-Studie sind verschiedene französische und deutsche Zentren beteiligt, so auch Hamburg.

Zusammenfassend möchten wir – basierend auf den Ergebnissen der CARD-Studie – den frühzeitigen Einsatz der Chemotherapie beim Hormonunabhängigen fortgeschrittenen Prostatakrebs empfehlen. Voraussetzung ist eine ausreichende körperliche Fitness der betroffenen Männer.

Medikamentöse Therapien des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms – Übersicht über Anwendungsgebiete und Wirkstoffe¹

Der BPS-Arbeitskreis Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen stellt nachfolgend von Prostatakrebs Betroffenen eine Übersicht von Wirkstoffen bei der Therapie im fortgeschrittenem Stadium zur Verfügung. Diese Übersicht können sich Interessenten auch unter www.prostatakrebs-bps.de/download/ herunterladen. Rückfragen beantwortet der Arbeitskreis unter seiner Mailadresse patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de.

Nicht-metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC) ²	Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC) ³	Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC) ⁴	
Androgendeprivationstherapie (ADT): Buserelin, Degarelix, Goserelin, Leuprorelin oder Triptorelin ⁵			
+	+	+	+
Apalutamid oder Darolutamid oder Enzalutamid	Abirateron ⁶ oder Apalutamid oder Docetaxel ⁹ oder Enzalutamid	Erstlinientherapie: Abirateron oder Docetaxel oder Enzalutamid	Zweitlinientherapie ⁷ : Cabazitaxel ⁸ oder Abirateron nach Docetaxel oder Enzalutamid nach Docetaxel oder Radium-223 ¹⁰
		+	
		Zoledronsäure oder Denosumab ¹¹	

- 1 Stand Herbst 2020, Wirkstoffnamen (keine Handelsmarken), Autor: Udo Ehrmann
- 2 EAU-Definition der Kastrationsresistenz: Serumtestosteron auf Kastrationsniveau (<50 ng/dl) bei gleichzeitiger biochemischer Progression (drei aufeinanderfolgende PSA-Anstiege mit einwöchigem Abstand, die zwei Anstiege um 50 % über Nadir ergeben, und einem PSA-Spiegel >2 ng/mL) oder radiologischer Progression (Bildgebung). Die drei Antiandrogene neuer Generation (Tabl.) verlängern (median) das mehrjährige Überleben um mehrere Monate. Ihre Zulassung ist beschränkt auf das Hochrisiko-nmCRPC mit PSA-Verdopplungszeiten von unter 10 Monaten. Sie unterscheiden sich in ihren Nebenwirkungen. Z.B. zeigte Darolutamid eher wenige der Nebenwirkungen geistige Beeinträchtigung, Stürze, Knochenbrüche, Fatigue oder Hautausschläge.
- 3 Andere Bezeichnungen: metastasiertes kastrationssensitives/kastrationsnaives Prostatakarzinom (mCSPC, mCNPC). PSA und Tumor sprechen noch auf die ADT an. Die für mHSPC zugelassenen Medikamente verlängern (median) das mehrjährige Überleben um mehr als ein Jahr.
- 4 Die für mCRPC zugelassenen Medikamente können (median) das mehrjährige Überleben um einige Monate verlängern.
- 5 Andere Begriffe: Hormontherapie / Testosteronentzugstherapie (GNRH-Depotspritzen). Häufige Nebenwirkungen sind u.a. Hitzewallungen, Libidoverlust, Muskel- und Knochenabbau oder Gewichtszunahme. Noch nicht zugelassen ist der GNRH-Antagonist Relugolix (Tablette).
- 6 Androgensynthesehemmer (Tablette, nur nüchtern) + Prednison oder Prednisolon (Tabl.). Erfordert Kontrolle der Leberwerte. Keine Kombination mit Radium-223 erlaubt.
- 7 In den seltenen Fällen, wo eine BRCA1/2- oder ATM-Genmutation vorliegt, ist ein Therapieversuch mit dem PARP-Hemmer Olaparib möglich.
- 8 Frühe Sequenzen mit Chemotherapie (Docetaxel/Cabazitaxel) sind vorteilhaft. Abirateron und Enzalutamid führen häufig zu wechselseitiger Resistenz (Kreuzresistenz).
- 9 Frühe Chemotherapie (Infusionen). Sie wird im frühen Stadium am besten vertragen. Mögliche Nebenwirkungen sind u.a. Neuropathien.
- 10 Radionuklid-Therapie (Injektion), nur bei Knochenmetastasen, ohne sonstige Fernmetastasen. Eine andere Radionuklid-Therapie ist 177-Lutetium-PSMA-Radioligandentherapie (RLT), die auch auf Weichteilmetastasen wirkt. Die Studienlage ermöglicht noch keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.
- 11 Für den Knochenschutz (Infusion, Injektion). Mögliche Nebenwirkungen sind u.a. Kiefernekrosen. Prophylaxe: zahnärztliche Kontrolle der Mundhygiene.

Darolutamid bei Prostatakarzinom: Hinweis auf beträchtlichen Zusatznutzen

Vorteile bei Gesamtüberleben, Symptomatik und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Erwachsene Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen, führten bisher meist ihre konventionelle Androgendeprivationstherapie (ADT) fort, und man wartete das Auftreten von Metastasen ab (sogenanntes beobachtendes Abwarten). In einer frühen Nutzenbewertung hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nun untersucht, ob die Hinzunahme des Wirkstoffs Darolutamid den Patienten einen Zusatznutzen gegenüber dieser zweckmäßigen Vergleichstherapie bietet.

Da den Vorteilen beim Gesamtüberleben, bei Symptomen und Folgekomplikationen sowie bei

der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine Nachteile gegenüberstehen, gibt es einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen.

Studie läuft noch

Die frühe Nutzenbewertung beruht auf Daten aus der noch laufenden randomisierten Studie ARAMIS, in der Darolutamid in Kombination mit ADT verglichen wird mit einer Placebo-Behandlung in Kombination mit ADT. Eingeschlossen wurden erwachsene Männer mit einem Hochrisiko-nmCRPC, denen entweder beide Hoden entfernt worden waren oder die zusätzlich zur Studienmedikation (Darolutamid bzw. Placebo) ihre medikamentöse ADT beibehielten.

Die Studie war bis zur Metastasierung bzw. dem Eintreten einer inakzeptablen Toxizität doppelblind.

Nach der Entblindung konnten die Patienten auf Wunsch mit ihrer Darolutamid-plus-ADT-Behandlung fortfahren bzw. anstelle des Placebos Darolutamid erhalten. Bezüglich anderer Folgetherapien gab es keine Einschränkungen.

In der Nutzenbewertung wurde für alle Endpunkte außer dem Gesamtüberleben der erste von zwei Datenschnitten herangezogen. Denn zum zweiten Datenschnitt liegen nicht für alle eingeschlossenen Endpunkte Auswertungen vor. Zudem ist die Nachbeobachtung in der Studie für alle Endpunkte außer dem Gesamtüberleben systematisch verkürzt. Darüber hinaus hatten bereits zum ersten Datenschnitt etliche Probanden (und zwar in den beiden Studienarmen ungleich viele) die Behandlung abgebrochen, und nach dem ersten Datenschnitt wechselten viele Betroffene aus dem Placebo-plus-ADT-Arm in den Darolutamid-plus-ADT-Arm.

Patienten leben länger und haben weniger Symptome

Für das Gesamtüberleben wird die Ergebnissicherheit als hoch, für alle anderen Endpunkte als niedrig eingeschätzt. Entsprechend gibt es in der Endpunktkategorie Mortalität einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen, in den anderen End-

punktkategorien aber höchstens Anhaltspunkte: Der Zusatznutzen ist bei der Morbidität (Symptome und Folgekomplikationen) beträchtlich bis erheblich und bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gering. In der Kategorie Nebenwirkungen gibt es keinen Anhaltspunkt für einen geringeren oder größeren Schaden des neuen Wirkstoffs.

In der Gesamtschau gibt es somit einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen von Darolutamid plus ADT gegenüber einem abwartenden Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen ADT.

Quelle: IQWiG, Köln, 03.08.2020

Am 15. Oktober 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen Beschluss zur Nutzenbewertung von Darolutamid für die Behandlung von Patienten mit nicht-metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom und hohem Metastasierungsrisiko (Hochrisiko-nmCRPC) gefasst. Er kommt zu dem Ergebnis, dass ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen vorliegt im Vergleich zu abwartenden Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation (ADT).

Prostatakrebs-Risiko: Die Rolle der Verwandten

Erkranken Vater oder Bruder an einem Prostatakarzinom, hat auch der Sohn oder Bruder ein erhöhtes Risiko für diese Krebsart. Ob dies auch gilt, wenn bei Verwandten Krebsvorstufen entdeckt werden, war bisher noch nicht bekannt. Jetzt haben Wissenschaftler die Daten von über sechs Millionen Männern ausgewertet, um herauszufinden, wie hoch das Risiko für Prostatakrebs in diesem Fall ist. Forscher des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg konnten zeigen, dass das Risiko für Prostatakrebs auch bei Vorstufen ähnlich erhöht ist. Dies sollte bei Beratungen zur Früherkennung mit einfließen.

Prostatakrebs ist in Deutschland mittlerweile der häufigste Krebs bei Männern und macht gut 20 Prozent aller Krebsneuerkrankungen des Mannes aus. 10 Prozent aller Krebstodesfälle bei Männern gehen auf das Prostatakarzinom zurück - es liegt nach Lungen- und Darmkrebs an dritter Stelle der Krebstodesursachen. Weltweit ist Prostatakrebs die zweithäufigste Krebsart bei Männern und die fünfhäufigste Krebstodesursache. Jedes Jahr erkranken hierzulande mehr als 58.000 Männer an diesem Krebs, mehr als 14.000 sterben jährlich daran.

Die Ursachen für Prostatakrebs sind noch wenig verstanden. Ein wichtiger Risikofaktor ist das Alter:

90 Prozent aller Erkrankten sind älter als 60 Jahre, bei Unter-45-Jährigen wird er selten beobachtet. Der stärkste Risikofaktor scheint nach mehreren Studien aber die Familiengeschichte zu sein. So sind invasive Prostatakarzinome bei Familienangehörigen der stärkste Risikofaktor, selbst an einem solchen Prostatakarzinom zu erkranken. Ob auch bestimmte Vorstufen von Prostatakrebs - z. B. atypische mikroazinäre Proliferation (ASAP) oder prostatiche intraepitheliale Neoplasie (PIN) - in der Familiengeschichte dieses Risiko erhöhen, wurde jetzt erstmals in einer großen Studie von Heidelberger Wissenschaftlern untersucht.

HINTERGRUND

- Prostatakrebs ist in Deutschland das häufigste Karzinom bei Männern.
- Invasive Prostatakarzinome bei Familienangehörigen sind der stärkste Risikofaktor, selbst an einem solchen Prostatakarzinom zu erkranken.

NEUE ERKENNTNISSE

- ✓ Wenn ein Mann einen Verwandten ersten Grades (Vater oder Bruder) mit einer Vorstufe von Prostatakrebs hat, dann ist dies mit einem 1,7-fachen Risiko verbunden, selbst an einem invasiven Prostatakarzinom zu erkranken – im Vergleich zu Männern ohne Prostatakrebs oder Vorstufen von diesem Karzinom in der Familiengeschichte
- ✓ Dieses erhöhte Risiko für Prostatakrebs ähnelt dem von Männern, die Verwandte mit einem invasiven Prostatakarzinom haben: nämlich ein 2-fach erhöhtes Risiko.
- ✓ Männer mit einer Vorstufe von Prostatakrebs bei einem Verwandten ersten Grades haben ein 1,7-faches Risiko, an einem invasiven Prostatakarzinom zu sterben – im Vergleich zu Männern, die keine Verwandten mit Vorstufen von Prostatakrebs oder einem Prostatakarzinom haben.
- ✓ Nicht nur Prostatakrebs, sondern auch Vorstufen davon in der Familiengeschichte sollten in die Beratung familiär belasteter Personen zur Früherkennung und in die Risikoeinschätzung miteinfließen.

Quelle: Cancer 2020, <https://doi.org/10.1002/cncr.33096>

„Das ist die weltweit größte Kohortenstudie zu familiärem Prostatakrebs“, sagt Mahdi Fallah, Leiter der Gruppe Risikoadaptierte Prävention in der Abteilung Präventive Onkologie des DKFZ und am NCT Heidelberg. Die Heidelberger Forscher haben in Kooperation mit Kollegen der Universität Lund die Daten von 6,3 Millionen nach 1931 geborenen schwedischen Männern und deren Eltern

ausgewertet. Während des Studienzeitraums von 1958 bis 2015 erkrankten 238.196 Männer (3,8 Prozent) an einem invasiven Prostatakarzinom und 5.756 Männer (0,09 Prozent) an einer der untersuchten Vorstufen von Prostatakrebs.

„Unsere Auswertungen dieser weltweit größten Datenbank dieser Art zeigten: Wenn bei Verwandten ersten Grades – also bei Vater oder Bruder – eine Vorstufe von Prostatakrebs auftritt, dann ist dies für Männer mit einem 1,7-fachen Risiko verbunden, selbst an einem invasiven Prostatakarzinom zu erkranken – im Vergleich zu Männern ohne Prostatakrebs oder Krebsvorstufen in der Familiengeschichte“, berichtet Mahdi Fallah. Dieses erhöhte Risiko für Prostatakrebs ähnelt dem von Männern, die Verwandte mit einem invasiven Prostatakarzinom haben: nämlich ein 2-fach erhöhtes Risiko.

Außerdem haben Männer mit einer Vorstufe von Prostatakrebs bei einem Verwandten ersten Grades ein 1,7-faches Risiko, an einem invasiven Prostatakarzinom zu sterben – auch im Vergleich zu Männern, die keine Verwandten mit Vorstufen von Prostatakrebs oder einem Prostatakarzinom haben. Ein etwas höheres Risiko für Prostatakrebs haben Männer, bei deren Verwandten Vorstufen schon im Alter von unter 60 Jahren entdeckt wurden - im Vergleich zu Männern, bei deren Verwandten Vorstufen in höherem Alter entdeckt wurden.

„Gibt es in der Familiengeschichte Vorstufen von Prostatakrebs, sind diese Tumorformen also genauso relevant wie invasive Formen von Prostatakrebs bei Verwandten – und zwar sowohl in Bezug auf das Auftreten von Prostatakrebs als auch auf die Sterblichkeit“, erklärt Mahdi Fallah.

„Da die Familiengeschichte der stärkste bekannte Risikofaktor für Prostatakrebs ist, haben diese Studienergebnisse auch Auswirkungen auf die Prävention – nämlich auf die risikoangepasste Früherkennung von Prostatakrebs“, ergänzt Elham Khazmi, Ko-Leiterin der Studie und Wissenschaftlerin des DKFZ und am NCT Heidelberg. Nicht nur Prostatakrebs, sondern auch Vorstufen davon in der Familiengeschichte sollten in die Beratung familiär belasteter Personen zur Früherkennung und in die Risikoeinschätzung miteinfließen.

Quelle: NCT Heidelberg, August 2020

Jubiläen 2020

20 Jahre	SHG Prostatakrebs Norden
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Darmstadt und Umgebung
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Saarbrücken
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wendland
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Burgdorf
15 Jahre	SHG Prostatakrebs „DELFIN“, Kreis Emmendingen
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Chemnitz und Umgebung
15 Jahre	Männerselbsthilfegruppe – Leben mit Krebs – im Landkreis Freudenstadt
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Emden
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Bamberg
15 Jahre	Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Hamburg
10 Jahre	Prostatakrebs SHG Lingen/Ems
10 Jahre	Prostatakrebs SHG Lutherstadt Eisleben und Umgebung
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Adelsheim & Umgebung
10 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Friedrichshafen
5 Jahre	Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Südwest e.V.
5 Jahre	Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e.V.

Herbstversammlung des Regionalverbandes Neue Bundesländer

Aus den Berichten von Ernst-Günther Carl und Christel Prüßner

Vom 8. bis 11. Oktober 2020 fand im Seminaris Seehotel Potsdam die Herbstversammlung des Regionalverbandes Neue Bundesländer statt. Das Hotel am Templiner See hatte eine sehr aufmerksame Vorbereitung für die gesamte Tagung unter Coronabedingungen getroffen.

Der Vorstand berichtete den Mitgliedern unter anderem, dass sich die Veränderungen bei den Gruppen hinsichtlich des Nachfolgeproblems bei der Gruppenleitung erkennbar verschärfen. Mit einfachen Rezepten kann hier nicht mehr mit Lösungen gerechnet werden. An diesem Problem wird auch eine starke Veränderung in der gesamten Gesellschaft Deutschlands sichtbar – und damit liegt es auch an der Gesellschaft als Ganzes, sich zu erklären, wie sie von der Arbeit des Ehrenamtes profitieren will, wenn gleichzeitig die aktive Beteiligung verweigert wird.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung erfolgten dann die Ehrungen der Mitglieder, für langjährige Leitungstätigkeit in der Selbsthilfe, nachzulesen ab Seite 4 in diesem Heft. Zum Abschluss dieser Veranstaltung ehrte der BPS Rüdiger Bolze, Vorsitzender des Regionalverbandes Neue Bundesländer, für seine Kompetenz, verbunden mit einem ausgeprägten Engagement



Rüdiger Bolze, © privat

für die Anliegen von Prostatakrebspatienten mit der Ehrennadel des BPS in Silber.

Das Patientenforum begann am 10. Oktober mit einem Grußwort von Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. In den nachfolgenden Vorträgen stellte Dr. Anett Tillack (Geschäftsführerin Klinischen Krebsregister Brandenburg-Berlin) die „Arbeit des klinischen Krebsregisters Brandenburg-Berlin“ vor, und Dr. Galf Popken (Chefarzt der Urologie Klinikum „Ernst von Bergmann“, Potsdam) referierte zum Thema „Die Macht der Maschinen – Wandel in der Therapie des Prostatakarzinom“.

Seit vier Jahren gehört es zu einer der Traditionen der Regionaltreffen, dass an einem Abend zu einer kleinen themenzentrierten Gesprächsrunde eingeladen wird. Für dieses Mal hatten sich Gisela Jung und Christel Prüßner auf das Thema „Die hilflosen Helfer“ vorbereitet. Lediglich kurze Stichworte und dazu mehr oder weniger passende Bildkarten halfen schnell, ins das gemeinsame Gespräch zu kommen, bei dem der ganz persönliche Standort jeder einzelnen Person angefragt ist.

Zum Abschluss der Tagung konnte festgestellt werden: Mit den Herausforderungen von „Corona“ umzugehen ist gar nicht so schwer, wenn die Bereitschaft zum Kompromiss vorhanden ist.

SHG Bamberg feierte 15-jähriges Jubiläum

Von Dr. Karsten Boegel, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bamberg

Auch in Corona-Zeiten geht die Selbsthilfegruppenarbeit weiter! Bereits am 29. Juni 2020 hatten wir nach vier Monaten Pause unser erstes Präsenztreffen. Obwohl es nur ein Stammtisch in einem Bierkeller war, war die Resonanz gut – 19 Teilnehmer, verteilt auf mehrere Tische mit ausreichendem Abstand. Wir waren die erste Selbsthilfegruppe in Bamberg, die sich wieder getroffen hat.

Highlight des Jahres aber war unser 15-jähriges Jubiläum, das wir am 27. Juli 2020 feierten. Der Ort hätte nicht schöner gewählt sein können: das

Käppele (fränkisch für kleine Kapelle) hoch über Zeil am Main im Landkreis Bamberg mit toller Aussicht über das Maintal und den Steigerwald bei bestem Sommerwetter.

Eingeleitet wurde die Feier mit einem Gottesdienst durch die Mesnerin Brigitte Hamm. Die Mitglieder der Gruppe dankten Gott für ihre Gesundheit und gedachten derjenigen, die in den 15 Jahren aus ihrer Mitte gegangen waren.

Die bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml, musste ihren Besuch kurzfristig absagen. Aus den Reihen der Politik kamen Wolfgang Metzner, 3. Bürgermeister der Stadt Bamberg, und Nicole Orb, Behindertenbeauftragte der Stadt Bamberg, dazu Werner Seelig, Vorsitzender des BPS, und Marcus Bessler, Geschäftsführer der Bayerischen Krebsgesellschaft. Die Ärzteschaft war vertreten durch Prof. Dr. Karl Weingärtner, Chefarzt der Urologie am Klinikum Bamberg sowie Stephan Mühlich, niedergelassener Facharzt für Urologie in Bamberg.

Die Bamberger Selbsthilfegruppe war 2005 durch Jens Schneider gegründet worden und tagte anfangs in einer Arztpraxis. Zwei Jahre später übernahm Hans-Ulrich Schwenkbier die Leitung



Bürgermeister Metzner, © K. Boegel

mit Jürgen Hamm als Stellvertreter. Er prägte die Gruppe wie kein anderer. Als er 2019 die Leitung an Dr. Karsten Boegel übergab, konnten er und die Gruppe auf zwölf erfolgreiche und interessante Jahre zurückblicken – mit Fachvorträgen renommierter Mediziner, Gruppenausflügen nach Bad Brückenau, Bad Elster, Bad Kissingen und Bayreuth verbunden mit Fachvorträgen und Besuchen bei Reha-Kliniken sowie zahlreichen geselligen Ereignissen wie Sommergrillfesten und Weihnachtsfeiern. Diese Mischung aus Informationsvermittlung und gegenseitigem Erfahrungsaustausch hilft den Mitgliedern, ihre Situation besser zu verstehen, zu meistern und Lebensqualität zurückzugewinnen und zu erhalten. Dazu trägt auch die Zusammenarbeit mit dem BPS, der Bayerischen Krebsgesellschaft sowie die Partnerschaft mit dem Universitätsklinikum Erlangen und dem Klinikum Bamberg bei.

Auf der seit Oktober 2019 gestarteten Webseite www.prostatakrebs-selbsthilfe-bamberg.de wird über die Arbeit der Gruppe, insbesondere über bevorstehende Veranstaltungen, informiert. Das scheint sich zu bewähren, denn immerhin konnten

wir in den letzten zwölf Monaten acht neue Mitglieder gewinnen, und wir sind jetzt 26.

Die nächsten Monate bringen uns zwei Exkursionen nach Bayreuth und Erfurt mit Fachvorträgen zum multiparametrischen MRT und PSMA PET/CT. Unsere Gruppentreffen haben wir bis auf weiteres von einem städtischen Versammlungsraum in eine Gaststätte verlegt. Zum einen ist dort die Versorgung mit Speisen und Getränken besser, und die Platzsituation ist entspannter, da wir für unsere Veranstaltungen, die montags von 17 bis 19 Uhr stattfinden, die Gaststätte für uns alleine haben. Dort sind Vorträge von Prof. Dr. Seitz vom Klinikum Bamberg über Active Surveillance und Prof. Dr. Wullich vom Uniklinikum Erlangen über die individuelle Genom-Analyse zur Krebsprognose geplant. Auch unsere Weihnachtsfeier soll dort stattfinden.

Auf diese Weise haben wir dann doch noch neun Präsenzveranstaltungen in 2020 – gegenüber zehn geplanten. Das Ganze steht natürlich unter dem Vorbehalt eines weiterhin moderaten Corona-Geschehens.

Gruppentreffen der SHG Bergisch Gladbach in Corona-Zeiten

Von Jürgen Klein, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfe Bergisch Gladbach

Leider hat sich bei allen Selbsthilfegruppen das regelmäßige Zusammenkommen in Coronazeiten für den Erfahrungsaustausch geändert. Dabei wird deutlich, dass den Betroffenen das Gespräch über ihre Erkrankung und mögliche Therapien fehlt. Da wir Betroffene aber zu einer Risikogruppe gehören, müssen wir uns den heutigen Gegebenheiten und Maßnahmen anpassen.

Wir von der SHG Bergisch Gladbach hatten die Idee, eine Freiluftveranstaltung durchzuführen. Bei der Suche nach einem geeigneten Veranstaltungsort war das Gut Hugenbach bereit, das Treffen der Selbsthilfegruppe zu unterstützen. Somit haben wir am 20. August 2020 ein Treffen der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe mit 18 Teilnehmern durchgeführt.

Das Programm war vergleichbar mit unseren früheren Veranstaltungen. Nach der langen Pause durch die Coronakrise sollten die Informationen und Vorgänge des Bundesverbandes und Landesverbandes NRW bekanntgegeben werden. Schließlich ist ja für jeden einzelnen wichtig, wo und wie er im Bedarfsfall seine Informationen bekommen kann. Selbstverständlich wurden auch interne Angelegenheiten diskutiert. Es bleibt aber weiterhin offen, welche Entscheidungen für die Corona-Pandemie sowie das Zusammenkommen von Gruppen noch getroffen werden. Wir verständigen uns weiterhin über Internet und halten telefonischen Kontakt. Weitere Treffen werden wir spontan planen.

Erfahrungen beim Treffen nach Wiedereröffnung

Von Rainer Mann, Leiter der Selbsthilfegruppe Salzgitter

Ein mulmiges Gefühl macht sich breit. Ist es der richtige Weg? Schließlich wurde mit viel Bedacht vorsorglich unser Domizil „Seniorentreff im Herrenhaus“ durch die Stadt Salzgitter geschlossen. So starten wir denn am 18. September 2020 den Versuch zu unserem 1. Treffen nach der Wiedereröffnung mit Sicherheitskonzept und aller Vorsicht. Eine halbe Stunde früher wollen wir uns als Vorstand treffen. Pünktlich kommen meine Frau und ich an. Meine drei Mitstreiter aus dem Vorstand sind bereits da. Zu meiner großen Freude sind bereits vier Mitglieder anwesend. Doch alles richtig gemacht? Herr Jobst, Leiter Seniorentreff, gibt uns die Regeln vor, die wir auch strikt einhalten. Mittlerweile sind in unserer Teilnehmerliste 17 Mitglieder und Gäste eingetragen. Beginn: 15.00 Uhr.

Meine große Freude merkt man mir bei der Begrüßung sichtlich an. Ich berichte über den BPS, die Ver-

schiebung der 20. Ordentlichen Mitgliederversammlung und schließlich die Absage als Videobotschaft durch Werner Seelig. Der Bericht zur Mitgliederversammlung des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen fiel ähnlich aus. Verschiebung, Absage – aber jetzt als digitale Mitgliederversammlung.

Den Bericht in der Zeitung „Hallo Wochenende“ zum 15. September (Gründungstag BPS und Europäischer Prostatatag) stelle ich der Gruppe vor. Es folgen Hinweise zum nächsten Treffen und der Vortrag von Prof. Dr. med. Christoph Wiesner, Chefarzt für Urologie im Helios Klinikum Salzgitter-Lebenstedt. Er berichtet über die unterschiedlichen Einsätze des neuen DaVinci X-Systems.

Zum Schluss berichtet die Gruppe von ihren Sorgen und Nöten. Ein neues Mitglied holte sich vor einer Behandlung wichtige Informationen ein. Ende: 16.30 Uhr.

Berliner Selbsthilfegruppen im Zentrum für Strahlentherapie

Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Berlin-Nord

In Zeiten von Corona ist es bekanntlich schwer, die so notwendigen Präsenztreffen abzuhalten – geschweige denn, Veranstaltungen durchzuführen. Umso stolzer können wir darauf sein, dass es uns unter Federführung der SHG Berlin-Nord gelungen ist, am 15. September 2020 gemeinsam mit allen Berliner Selbsthilfegruppen – insgesamt waren wir 30 Teilnehmer – einen Vortrag mit Frageunde sowie anschließender Führung durch das Diagnostisch Therapeutische Zentrum in Berlin-Friedrichshain (kurz: DTZ) zu organisieren.

Selbstverständlich wurden während der gesamten Veranstaltung die uns allen inzwischen bekannten AHA-Regeln (Abstand-Hygiene-Alltagsmaske) eingehalten. Zusätzlich haben wir am Eingang mit einem Stirnthermometer Fieber gemessen und jeder Teilnehmer musste ein Kontaktformular

und Erklärung zum Haftungsausschluss bezüglich Corona-Infektionsgefahr ausfüllen. Das DTZ Berlin bietet neben einem umfangreichen Spektrum an hochmodernen bildgebenden Verfahren auch eine breite Palette therapeutischer Maßnahmen, zu denen insbesondere die Radionuklid-, Brachy- und Strahlentherapie gehören. Die Vorträge sowie die Führung unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. W. Mohnike waren hochinteressant. Bei einem kleinen Imbiss erfuhren wir während der Präsentation, wie zielgenau und schonend man heutzutage bestrahlen kann. Uns wurde erläutert, was PET/CT und PET/MRT ist, welche Tracer man verwendet und wann welches Gerät bevorzugt wird. Die Führung durch den sieben Meter tiefen Keller war einfach beeindruckend. Hier stehen gut abgeschirmt die Millionen teuren Geräte.

Am wichtigsten für alle Betroffenen war jedoch die Aussage, dass die Kosten für die PET/CT inzwischen von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, sofern ein relevanter und dokumentierter Grund dafür vorliegt.

Dieser Bericht soll alle Selbsthilfegruppen ermutigen, unter Einhaltung der AHA-Regeln ähnliche Veranstaltungen durchzuführen und zu besonderen Vorträgen oder Events auch öfter mal Gruppen aus der Nachbarregion einzuladen. Denn nur gemeinsam sind wir stark!



Vortrag „auf Abstand“, © K. Kronewitz

SHG Schönebeck auf Exkursion

Von Manfred von Mackrodt, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Schönebeck

Die Exkursion 2020 führte die Mitglieder der SHG zum Diakonissenkrankenhaus Dessau, mit dem eine Kooperationsbeziehung besteht. Die Chefärztin Frau Dr. Standhaft unterrichtete die Teilnehmer in einem interessanten Vortrag über den Stand und die Möglichkeiten der Immuntherapie und machte deutlich, dass noch ein längerer Weg mit mehreren Studien bis zur Zulassung bevorsteht.

Auf der Agenda stand auch ein Besuch des Technikmuseums „Hugo Junkers“ Dessau. Die Ausstellung und die sehr informative Führung mit lebhafter Diskussion begeisterte die Teilnehmer. Eine gelungene Veranstaltung.



Besuch des Technikmuseums, © M. v. Mackrodt

Erstes BPS-Präsenzseminar mit „Hygienekonzept“

Von Bernd Knye-Neczas, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Jena & Umgebung

Nachdem der BPS-Vorstand im März 2020 die coronabedingte Aussetzung der Präsenzseminare beschlossen hatte, fand vom 1. bis 3. September 2020 das erste Präsenzseminar unter Einhaltung des BPS-Hygienekonzepts im Hotel Am Burgholz in Bad Tabarz statt. Das Thema des Seminars war „Prostatakrebs für medizinisches Anfängerwissen“.

Elf Teilnehmer hatten sich auf den Weg in den Thüringer Wald gemacht – mehrheitlich mit dem Auto. Der ursprünglich geplante Ablauf des Se-

minars wurde auf eine Veranstaltung mit Online-Live-Zuschaltung der Referenten abgeändert, was von der Seminar-Koordinatorin Dr. Elke Sippel (BPS-Geschäftsstelle Bonn) und dem Seminarleiter Bernd Knye-Neczas (SHG Prostatakrebs Jena & Umgebung) entsprechend organisiert und abgesprochen wurde. Leider ergab sich am ersten Seminartag ein erschwerendes Problem, da im Hotel aufgrund von Wartungsarbeiten im Ort keine Internetverbindung zur Verfügung stand. Dies

machte eine ad hoc-Umdisponierung des Online-Einsatzes der Referenten notwendig.

Wir bedanken uns für die Flexibilität der Referent*innen des Uniklinikums Jena, Herrn Prof. Dr. med. Marc-Oliver Grimm (Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik), Frau Dr. med. Susan Foller (Leitende Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie), Herrn Dr. med. Frank Berger (Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie) und Frau Dr. med. Sonia Drozd (Oberärztin der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie), die uns in vier überaus interessanten Semi-

narblöcken grundlegendes medizinisches Wissen zum Prostatakrebs vermittelten. Trotz gelegentlicher technischer Schwierigkeiten entwickelte sich ein reger Austausch zwischen den Teilnehmern und Referent*innen. Viele Fragen konnten gestellt, beantwortet und diskutiert werden. Zwei weitere Seminarblöcke, u.a. zur Frage „Wie geht es weiter mit der Selbsthilfe unter Berücksichtigung der Bedingungen des Coronavirus?“, wurden diskutiert.

Bernd Knye-Neczas hat aus der Erfahrung dieses Seminars sein Fazit für die Zukunft von SHG-Treffen gezogen und dem Vorstand mitgeteilt.

SHG Sprendlingen und Umgebung trauert um Georg Schott

Von Bruno Lankuttis, Schriftführer SHG Sprendlingen und Umgebung

Georg Schott verstarb am 23. Juli 2020 im Alter von 85 Jahren. Als Betroffener gründete er im Dezember 2002 die „Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Sprendlingen und Umgebung“. Diese führte er bis zum 5. Februar 2015 als Vorsitzender. Danach war er als Ehrenvorsitzender und Gesundheitssprecher für die SHG aktiv tätig, organisierte die Treffen mit Ärzten und hat uns in der Selbsthilfearbeit ständig unterstützt. Er engagierte sich bei der Beratung und

Betreuung von Betroffenen, organisierte schnelle Termine für Betroffene und begleitete sie zu Ärzten. Sein hilfsbereiter, unermüdlicher und entschlossener Einsatz für die Mitbetroffenen brachte ihm im Bekanntenkreis eine hohe Anerkennung ein.

In der Zeit von 2003 bis 2007 war Georg Schott als Revisor für den BPS im Einsatz. Wir alle werden ihn sehr vermissen und uns stets in Dankbarkeit an ihn erinnern.

SHG Krefeld trauert um Karl-Friedrich Hermesen

Von Dr. Horst Koller und Peter Biedermann

Die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Krefeld nimmt Abschied von ihrem Vorsitzenden Karl-Friedrich Hermesen, der am 12. September 2020 verstorben ist. Karl-Friedrich hat über ein Jahrzehnt die Arbeit in der Gruppe mit großer Hingabe mitgestaltet und

damit vielen Betroffenen erklärend und einfühlsam den Umgang mit der Erkrankung erleichtert. Dafür danken wir ihm ganz herzlich. Die Gruppe wird ihn sehr vermissen und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

SHG Verden trauert um Günter Meusel

Von Gerhard Zieseniß, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Verden

In frühen Jahren widmete sich Günter dem Radsport. Trotz des fortgeschrittenen Stadiums

seiner Prostatakrebserkrankung ließen ihn seine sportlichen Ambitionen nicht resignieren, auch

wenn er fortan unter Therapiefolgen litt.

Die Verbesserung der Prostatakrebsfrüherkennung war sein/unser größtes Anliegen. So konnte Günter im Sommer 2006 den Vorstand des BPS für eine Tour mit zehn Radrennfahrern, Sportmedizinern und zahlreichen Begleitfahrzeugen von Bad Reichen-

hall nach Hamburg für eine öffentlichkeitswirksame Kampagne für die Prostatakrebsfrüherkennung gewinnen. Station wurde in renommierten Urologischen Kliniken in ganz Deutschland gemacht.

Wir sind stolz darauf, dass wir Günter viele Jahre in der Mitte unserer SHG wissen durften.

Wir trauern um

Klaus Jürgen Blanke
Ullrich Broich
Karl-Heinz Göke
Heinz Hanser
Karl-Friedrich Hermesen
Oskar Hutzler
Walter Meister
Günter Meusel
Guido Ostermann

Franz Pölking
Helmut Reekers
Bernhard Reitberger
Erwin Riebe
Holger Schmidt
Anton Schott
Georg Schott
Gottfried Staudt

Wir bewahren sie in dankbarer Erinnerung.
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Arbeitskreis Fortgeschrittener Prostatakrebs berichtet

Von Günter Kupke, Leiter des AK „Fortgeschrittener Prostatakrebs“

Der Arbeitskreis versteht den ihm mit der Berufung durch den Erweiterten Vorstand erteilten Auftrag dahingehend, Material, Erfahrungsberichte, Informationen über Studien und Therapien für Schwerstbetroffene zusammenzutragen und diese Erkenntnisse und Ergebnisse den Selbsthilfegruppen zur Verfügung zu stellen. Über die Internetseite des BPS können auch andere Betroffene davon profitieren.

Heute berichtet der Arbeitskreis über seine Tätigkeit der zurückliegenden „Vor-Coronazeit“ und, wie er unter den aktuellen Bedingungen seine Arbeit fortführt.

So hat Gerd Studer in den Selbsthilfegruppen Aalen, Schwäbisch Hall, Heilbronn und Calw sowie bei einem Treffen der Vorsitzenden der Regional- und Landesverbände Vorträge über „Neue

Chancen und Behandlungsmöglichkeiten bei Krebs“ gehalten. Weitere geplante Vorträge in Landesverbänden und Selbsthilfegruppen mussten wegen der aktuellen Situation vertagt werden.

Der Arbeitskreis verzichtet zwar momentan auf Treffen, bearbeitet seine Themen jedoch weiter. Dazu gehören die Materialien, die auf der Internetseite des BPS einem breiten Nutzerkreis zur Verfügung gestellt werden sollen. Darunter fällt auch das Modul „Studiensuche“.

Darüber hinaus bearbeitet der Arbeitskreis Fragestellungen wie die Chancen durch Off-Label-Use von Medikamenten und Therapien, aber auch nach dem Zeitpunkt, ab dem ein Onkologe zur Behandlung hinzugezogen werden soll. Seine Erkenntnisse wird der AK Fortgeschrittener Prostatakrebs dem Vorstand vorstellen.

Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“

Von Hans-Josef Beckers, Patientenvertreter im G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), vom Gesetzgeber beauftragt zu entscheiden, welchen Anspruch gesetzlich Krankenversicherte auf medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben, hat am 17. September 2020 beschlossen, dass die Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie nun auch in der ambulanten Versorgung möglich ist.

Patienten mit einem Niedrig-Risiko-Prostatakrebs*) erhalten nun nach diesem Beschluss mit der Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie eine weitere, wichtige Behandlungsalternative in der ambulanten Versorgung.

Bei einem Niedrig-Risiko-Prostatakrebs ist der bösartige Tumor auf die Prostata begrenzt. Es sind nur einzelne Bereiche des Organs mit Krebszellen befallen, die wenig aggressiv sind.

Die Brachytherapie ist ein organerhaltendes, minimalinvasives Bestrahlungsverfahren, bei dem die Strahlenquelle in den Körper eingebracht wird.

Bei der interstitiellen LDR-Brachytherapie werden schwach radioaktive Strahlungsquellen (Low-Dose-Rate, LDR) über Hohlnadeln in die Prostata eingebracht, um den Krebs von innen zu bestrahlen und die bösartigen Tumorzellen zu zerstören.

Im Vergleich zu den verfügbaren Therapieoptionen (Entfernung der Prostata – äußere Strahlentherapie – aktive Überwachung) kann die LDR-Brachytherapie als innere Strahlentherapie insbesondere für Patienten, die eine Entfernung der Prostata als zu belastend ablehnen und für die auch eine mehrwöchige äußere Strahlentherapie nicht in Frage kommt, die geeignete Therapieoption sein.

Da die individuelle Lebenssituation eines Patienten bei der Entscheidung von besonderer Bedeutung ist, hat sich der BPS durch seinen Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss vehement und erfolgreich dafür eingesetzt, dass die Information des Patienten über die Brachytherapie und die alternativen Behandlungsmöglichkeiten umfassend erfolgt.

So hat der G-BA den Beschluss zur Einführung der Brachytherapie mit einer standardisierten Patienteninformation verbunden, die der Arzt oder die Ärztin dem Patienten verpflichtend aushändigen muss. Ziel ist es, den Betroffenen beim persönlichen Abwägungsprozess zu unterstützen.

Der BPS wird zu gegebener Zeit die SHGs um ein Feedback zum Einsatz der Patienteninformation in den einzelnen Regionen bitten, um die Umsetzung der Verpflichtung zur Aushändigung der Patienteninformation zu verfolgen.

Die Beschlüsse**) werden dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und treten nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Im hier aktuellen Fall ist das wahrscheinlich der 17.11.2020.

*) Im Sinne des Beschlusses liegt ein Niedrig-Risiko-Prostatakrebs bei folgendem Befund vor:
PSA $\leq$ 10 ng/ml, und bis Gleason 6, und WHO-Grad 1 und Tumorkategorie (cT) niedrig: T1c oder T2a

**) online abrufbar unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4476/>

patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de

Register 2020

– alle Ausgaben mit Sonderseiten zum 20-jährigen Jubiläum

Heft 1-2020

Editorial

Aktuell

Interview mit Prof. Dr. Jens Rassweiler – DGU-Präsident 2020	2
Die Statistik 2019 der BPS-Beratungshotline	4
Der Vorstand informiert: Bericht von der 86. Erweiterten Vorstandssitzung des BPS	6
Neuer Schatzmeister des BPS	7
„Miteinander reden – verstehen – gemeinsam handeln“	7
34. Deutscher Krebskongress	8
Helmut A. Kurtz in Wissenschaftlichen Beirat des KKN berufen	9

Diagnose und Therapie

Dilemma: Früherkennung	10
Mehr Schaden als Nutzen? Der PSA-Test unter der Lupe	10
Die Position des BPS	11
PSA-gestützte Prostatakrebsfrüherkennung – Pro und Kontra	12
Früherkennung – Aus Sicht der Leitlinie	13
Früherkennung – Aus Sicht eines Betroffenen	14
Die Bedeutung der Magnetresonanz (MR)-Untersuchung auf die Treffgenauigkeit bei Prostatabiopsien	15
Perineale und transrektale Prostatabiopsie	17

Verbandsnachrichten

Herzlich Willkommen im BPS	21
Wir trauern um Bernd Reitberger	21
20-jähriges Jubiläum der SHG Diepholz	22
SHG Zwickau beim Patiententreffen der Uniklinik Halle (Saale)	22
PK-SHG Chemnitz besucht Universitätsklinikum Magdeburg	23
SHG Waltershausen begeht 10-jähriges Jubiläum	23
SHG Marburg besucht Rehaklinik Sonnenblick Marburg	24
10 Jahre Selbsthilfe Prostatakrebs Traunstein	25
1. Deggendorfer Patiententag Prostatakrebs	25
Aktivitäten der 1. SHG Gera und Umgebung	26
Der NDR zu Gast bei der Krebsberatungsstelle Soltau	27
Leiter der SHG Wiesbaden erhält Bürgermedaille in Gold	28
Neu gegründete SHG Berlin-Nord in TV-Sendung „rbb Praxis“	29
Selbsthilfegruppe = Selbsthilfe in der Gruppe = gemeinsam sind wir stark!	30
Du kannst mehr als du denkst – Nachfolgeproblem der SHGs	30
Verstorbene 2019/Korrektur Jubiläen 2019	31
Arbeitskreise berichten: AK „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ zur Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil	32

Heft 2-2020

Editorial

Aktuell

Selbsthilfe im Wandel – Der BPS mittendrin	2
Der Vorstand informiert: Bericht von der 87. (virtuellen) Vorstandssitzung des BPS	4
Wie leben Selbsthilfegruppen in Corona-Zeiten?	5

Diagnose und Therapie

Salvage-Prostatektomie – Welche Patienten können profitieren?	8
Prostate Cancer Outcomes (PCO)-Studie	11
Vitamin D und Selen bei Prostatakrebs – Pro und Kontra	22
Die onkologische Schwerpunktpraxis	25
Kraftlosigkeit während der Strahlentherapie – keine Seltenheit	26
Warum habe ich Prostatakrebs? Das denken Patienten	27

Verbandsnachrichten

Herbsttagung des RV Neue Bundesländer	28
SHG Waltershausen auf Thüringer Gesundheitsmesse	29
SHG Marburg gratuliert Klinik Sonnenblick	30
Kooperationsverhandlungen in Corona-Zeiten erfolgreich	30
Neues Ausprobieren in Corona-Zeiten – wie verändern sich Kommunikation und Austausch in der Selbsthilfegruppe	31
Kontakt halten auch in Corona-Zeiten	32
SHG Landsberg: Hans-J. Weth verabschiedet sich	33
Martin Kiok ist verstorben	33
Arbeitskreise berichten: AK „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“: Europäische Phase-III-Studie zu Olaparib	34

Für Sie notiert

Rezension: „Tipps & Training nach der Prostata-OP“/„Tipps & Training vor der Prostata-OP“	35
Zusätzliches internetbasiertes Angebot	36
Buchvorstellungen: „Wir sind für dich da! Krebs und Familie – Reportagen“; „Ihre Rechte bei Diagnose Krebs“	36

Heft 3-2020

Aktuell

Der Vorstand informiert: Bericht von der 88. Vorstandssitzung	2
Heute an (über)morgen denken ...	3
Ehrungen 2020 – in einem besonderen Jahr	4
Prof. Dr. Axel Heidenreich erhält Wil de Jongh-Medaille	8

Diagnose und Therapie

Risikoadaptiertes Prostatakarzinom-Screening und individualisierte Prostatakrebs-Früherkennung	9
PSA-Test: Sinn oder Unsinn?	12
Ergebnisse der radikalen Salvage-Prostatektomie	13
Achtsamkeit – Im Hier und Jetzt Frieden finden in existentiellen Krisen	14
Patienten sollen sich aktiv an klinischen Studien beteiligen	16
CARD-Studie: Sequenztherapie beim metastasierten, hormonunabhängigen (kastrationsresistenten) Prostatakrebs	21
Medikamentöse Therapien des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms – Anwendungsgebiete und Wirkstoffe	24
Darolutamid: Hinweis auf beträchtlichen Zusatznutzen	25
Prostatakrebs-Risiko: Die Rolle der Verwandten	26

Verbandsnachrichten

Jubiläen 2020	28
Herbstversammlung des RV Neue Bundesländer	28
SHG Bamberg feierte 15-jähriges Jubiläum	29
Treffen der SHG Bergisch Gladbach in Corona-Zeiten	30
Erfahrungen beim Treffen nach Wiedereröffnung	31
Berliner Selbsthilfegruppen im Zentrum für Strahlentherapie	31
SHG Schönebeck auf Exkursion	32
Erstes BPS-Präsenzseminar mit „Hygienekonzept“	32
SHG Sprendlingen und Umgebung trauert um Georg Schott	33
SHG Krefeld trauert um Karl-Friedrich Hermesen	33
SHG Verden trauert um Günter Meusel	33
Arbeitskreise berichten: AK Fortgeschrittener Prostatakrebs; AK „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“	34
Für Sie notiert	36
Register 2020	36
Nachlese zur Leserumfrage von 2018	37
Zusätzliches, internetbasiertes Angebot	37

Nachlese zur Leserumfrage von 2018

(Red. ws) Unter der Überschrift „Auswertung der Leserumfrage zum BPS-Magazin“ berichteten wir in der Ausgabe 2/2020 über Meinungen und Vorschläge, die die Redaktion erreichten. Heute nun will ich informieren, was sich seitdem getan hat.

Ein Wunsch vieler war es, dass die Magazine im laufenden Jahr erscheinen mögen. Nun, 2019 ist dies gelungen, und auch dieses Heft ist so rechtzeitig in den Versand gegangen, dass Sie es noch heute lesen können. Zeitgleich stellen wir es auch auf die Webseite und informieren verbandsintern darüber. Natürlich verändern sich dadurch Lesegewohnheiten. Dem Rechnung tragend, hat die Redaktion die Auflagenhöhe jetzt ein zweites Mal angepasst.

Im Magazin 3/2019 haben die Arbeitskreise ihre Ziele beschrieben. Die Rubrik „Arbeitskreise berichten“ hat ihren festen Platz im Magazin gefunden. Diese beiden aus der Umfrage übernommenen Aufträge hat die Redaktion umgesetzt. Auch

dem Wunsch, die Onkologen nicht zu vergessen, ist die Redaktion sehr gern nachgekommen.

Inzwischen hat das BPS-Magazin auch ein neues „Gesicht“ erhalten. Gerne greift die Redaktion dazu Hinweise auf. Schließlich soll es das Magazin sein, mit dem sich alle oder doch die allermeisten, identifizieren können.

Ein Leser hatte vorgeschlagen, eine „Lustige Seite“ ins Magazin aufzunehmen. Als er das 2018 schrieb, hatte er noch nichts von ‚Corona‘ gewusst. Die Redaktion würde gern auch mal etwas Erheiterndes bringen. Bestimmt gibt es auch lustige Episoden im Gruppenleben. Schicken Sie uns doch solche Texte zu. Für diese oder alle anderen Hinweise, auch und insbesondere zu gewünschten medizinischen und anderen Themen, nutzen Sie bitte die Adresse magazin@prostatakrebs-bps.de. Die Redaktion freut sich wie immer über Ihre Zuschriften.

Zusätzliches, internetbasiertes Angebot

Als Alternative zum Besuch einer Selbsthilfegruppe bietet der Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e. V. Betroffenen Gelegenheit zum Austausch in einem geschützten Raum. Melden Sie sich hier an: selbsthilfegruppe-prostatakrebs-online-nds-hb.de.

Zur Durchführung der von Ihnen gewünschten Leistung verarbeitet und nutzt der BPS Ihre übermittelten Daten und beauftragt, soweit notwendig, Dienstleister, die Ihre Daten ebenfalls unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen nutzen und verarbeiten. Sie können der weiteren Nutzung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widersprechen oder dies per E-Mail an widerruf@prostatakrebs-bps.de tun. Ein Bestellformular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.prostatakrebs-bps.de/materialbestellung.

Informationsmaterial Heft 3/2020

Früherkennung

- ☐ Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- ☐ „PSA-gestützte Früherkennung von Prostatakrebs“
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 17: Prostatakrebs

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- ☐ Patienteninformation: Rezidive bei Prostatakrebs – Möglichkeiten und Grenzen einer Zweitbehandlung

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- ☐ Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

- ☐ Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- ☐ Patientenleitlinie „Supportive Therapie“
- ☐ Ernährung, Bewegung & Naturheilverfahren – Was kann ich selber tun?
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 40: Wegweiser zu Sozialleistungen
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 42: Hilfen für Angehörige
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 46: Ernährung bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 48: Bewegung und Sport bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 50: Schmerzen bei Krebs
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 51: Fatigue
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 53: Strahlentherapie
- ☐ Blauer Ratgeber Nr. 57: Palliativmedizin
- ☐ Sonderausgabe des BPS-Magazins 1/2013 „Palliative Versorgung“
- ☐ Prostatakrebs – Beratungs-Hotline:
 - ☐ Postkarten
 - ☐ Visitenkarten

Der neue Internetauftritt des BPS – mit Imagefilm –



www.prostatakrebs-bps.de

„Danke für Ihr Interesse.
Wir sind auch im kommenden Jahr gerne wieder für Sie da.“

Redaktion des BPS-Magazins



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



Wichtig: Bitte Häkchen nicht vergessen:

☐ Ich bin mit der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten durch den BPS e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn zum Zwecke der Bearbeitung und Ausführung der Bestellung einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Bundesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn