

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 1/2022



Neuwahl des BPS-Vorstands – Gemeinsam ans Ziel ►

Aktuell

- 2 Neuwahl des BPS-Vorstands 2022
- 3 Der Vorstand informiert: Berichte von der 94. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS
- 3 Wir kennen uns noch nicht ...
- 4 Nachtrag zur Mitgliederkonferenz 2021: Regional- und Landesverbände überreichen Urkunden
- 4 Patientenbefragung während der Reha – Ein (Zwischen)Ergebnis
- 5 20 Jahre BPS-Magazin
- 6 Interview mit Prof. Dr. Margit Fisch – DGU-Präsidentin 2022

Diagnose und Therapie

- 9 Ultrahypofraktionierte stereotaktische Strahlentherapie – Erste Ergebnisse der HYPOSTAT-Studie
- 13 Jeder Zehnte bereut Therapiewahl bei lokalisiertem Prostatakrebs
- 14 Kein Zusatznutzen von Enzalutamid bei metastasiertem, hormon-sensitivem Prostatakarzinom (mHSPC)
- 14 Metastasierter PCa: Radioligandentherapie verlängert Überlebenszeit und verbessert Lebensqualität
- 15 mpMRT bei Prostatakrebsverdacht: Wann ist eine Biopsie ratsam?
- 17 Langzeitprognosen bei Prostatakrebs
- 18 Smarter screenen – Stockholm3 reduziert Überdiagnosen / Mensch Männer, geht zur Früherkennung!
- 19 Neue Immuntherapie zielt auf den Prostatakrebs

Verbandsnachrichten

- 20 Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an H. A. Kurtz
- 21 Beratungshotline verabschiedet und ehrt langjährige Berater
- 21 Spendenaktion „Flutkatastrophe 2021“
- 22 SHG Borken und Umgebung unterwegs
- 22 SHG Südthüringen im Coronajahr 2021
- 23 Aktivitäten der SHG Berlin-Nord
- 25 Ein würdiger Abschied
- 26 LPS NRW informiert sich über MR-Linac
- 27 SHG Osnabrück beim „Offenen Café zum Thema Krebs“
- 28 SHG Schönebeck und Umgebung in Leipzig
- 28 20-jähriges Jubiläum der SHG Essen
- 29 Gastronomen bieten „nette Toiletten“
- 29 Dr. Hartmut Härtner verstorben
- 30 Nachruf Gerhard Beck
- 30 BPS-Informations- und Weiterbildungsprogramm 2022
- 31 Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“

Für Sie notiert

- 32 Informationen zum elektronischen Medikationsplan
- 32 Onkopedia – Leitlinienportal der DGHO
- 32 Vorerst weder eAU noch eRezept
- 33 Diagnose Krebs – Das Überlebensbuch für die Seele / Die Beckenboden-Sprechstunde
- 33 Nachhaltige Geschenk-Kampagne für chronisch Kranke

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,
Manfred Ohler, Werner Seelig, Thomas Steinbach; E-Mail: magazin@prostatakrebs-bps.de

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

Redaktionsschluss: Ausgabe 1/2022: 1. März 2022; **Ausgabe 2/2022: 1. Juli 2022**; Ausgabe 3/2022: 1. Oktober 2022

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

Titelfoto: eyetronic – stock.adobe.com

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

Die Redaktion behält sich vor, sinnwährende Kürzungen vorzunehmen.

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

im BPS-Magazin 2/2021 hatte ich vom Händeschütteln gesprochen und davon, dass so etwas wie Normalität zurückkehren werde. Doch es wurde noch ein langer Weg, den wir zu gehen hatten und an dessen Ende wir immer noch nicht angekommen sind.

Der BPS plant, nach zwei Jahren Abstinenz für den 21. bis 23. Juni seine Jahrestagung im Maritim Airport Hotel Hannover durchzuführen. Endlich wieder zusammenkommen zu dürfen und dies mit dem beruhigendem Gefühl zu tun, seinen Beitrag geleistet zu haben, erfüllt wohl nicht nur mich mit Freude auf diese Veranstaltung,

Nach drei Jahren Amtszeit, davon mehr als zwei Jahre unter den Bedingungen der Corona-Pandemie, wird der Vorstand Bericht über seine Arbeit ablegen. Danach ist ein neuer Vorstand zu wählen. Ich nutze diese Gelegenheit dazu, unter den Angehörigen des BPS um die Bereitschaft zur Mitwirkung zu werben. Wir sollten bedenken, dass wir nur dann Einfluss auf Politik und Gesundheitswesen ausüben können, wenn der BPS stark und geschlossen auftritt. Und wir sollten daran denken, dass alles, was wir tun eine Investition in

die Zukunft ist, auch die unserer Söhne und Enkel.

Ich habe einmal in dem vor nunmehr 20 Jahren erschienenen allererstem BPS-Magazin geblättert. Darin fand ich einen Beitrag von Prof. Miller, Mitglied im Medizinischen Beirat des BPS, unter dem Titel „Vorsorge bedeutet Leben – Die Bedeutung der Früherkennung in der Praxis“. Diesem Thema fühlt sich der BPS heute noch genauso verbunden wie damals. Interessant liest sich auch der Beitrag von Karlheinz Launus „Die ersten Landesverbände“. Wer einmal nachlesen oder überhaupt in alten Magazinen blättern möchte, schaut [hier](#) nach.

Nun aber wünsche ich Ihnen eine gute Zeit.

Ihr
Werner Seelig
– Vorsitzender –



Auf ein Wort!

Es ist mir ein großes Anliegen, Ihnen allen für die zahlreichen Spenden zu danken, die uns Jahr für Jahr erreichen. Was Sie uns für unsere Arbeit überweisen, gaben Sie gern und in der Überzeugung, dass die Arbeit unseres Bundesverbands wichtig ist.

Nicht die Höhe der Spende ist es, die zählt, sondern Freiwilligkeit und Bereitschaft, selbst auf etwas zu verzichten. Seien Sie an dieser Stelle nochmals versichert, dass der BPS das ihm von Ihnen zur Verfügung gestellte Geld Cent für Cent für seine Ziele und Aufgaben verwendet, die Sie [hier](#) auf seiner Webseite finden. In den Geschäftsberichten, unter www.prostatakrebs-bps.de/geschaeftsberichte, können Sie sich ebenfalls über die Arbeit des BPS informieren.

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

Neuwahl des BPS-Vorstands 2022

„Helfen Sie mit bei der Sicherung unserer Verbandsstruktur und der Bewältigung der Zukunftsaufgaben des Bundesverbands.

Hilfe für Männer mit Prostatakrebs und deren Interessenvertretung im Gesundheitswesen gelingt am besten durch einen starken BPS mit einem funktionstüchtigen, ambitionierten Vorstand.“

Bernd Troche, Helmut A. Kurtz und Günter Feick



Wir finden auch für dich den richtigen Schuh ...

- ▶ als Mitglied des Vorstands
- ▶ als Schriftführer
- ▶ als Schatzmeister
- ▶ als stellvertretender Vorsitzender
- ▶ als Vorsitzender

... und siehe, was wir zusammen alles bewegen können!

Der Vorstand informiert Berichte von der 94. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Die 94., wiederum virtuell durchgeführte, Sitzung des Erweiterten Vorstands fand am 26. Januar 2022 statt. Die Mitglieder des Erweiterten Vorstands nahmen den Bericht von Ernst-Günther Carl über den Stand der Implementierung eines Mitgliederbereichs auf der Internetseite des BPS entgegen. Die Arbeiten daran sind weit fortgeschritten. Erste Testnutzer haben die Funktionsfähigkeit überprüft. Die schrittweise Einführung des Systems für alle Selbsthilfegruppen ist für das Frühjahr vorgesehen.

Danach befasste sich der Erweiterte Vorstand mit den Berichten des Vorstands über den Stand der Vorbereitung der Jahrestagung und der Ordentlichen Mitgliederversammlung des BPS vom 21. bis 23. Juni 2022. Beschlussvorlagen gingen

den Vorsitzenden der Regional- und Landesverbände im Entwurf zu mit der Bitte, diese in Regionalkonferenzen vorab zu beraten.

Schwerpunkt der Beratungen war jedoch die Vorbereitung der turnusmäßigen Vorstandswahlen. Die Vorsitzenden der Verbände sagten nochmals ihre Unterstützung zu, geeignete Kandidaten für den Vorstand, aber auch für Aufgaben der Patientenvertretung zu gewinnen.

Das aus dem Landesverband Nordrhein-Westfalen an den Vorstand herangetragene Anliegen, die Ziele des BPS neu zu überdenken, wurde besprochen. Die Ziele sollten in einer breiten Diskussion von den Mitgliedern erarbeitet werden. Dazu kann die Jahrestagung bereits für einen ersten Impuls genutzt werden.

Wir kennen uns noch nicht ...

Seit Jahresbeginn bin ich neuer Geschäftsstellenleiter des BPS und freue mich auf diese verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Aufgabe. Gemeinsam mit meinen Kolleginnen der Geschäftsstelle möchte ich den BPS auf seinem zukünftigen Weg nach Kräften unterstützen. Zu meinem Aufgabengebiet gehört die inhaltliche, personelle und wirtschaftliche Leitung der Geschäftsstelle in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit dem Vorstand. Als Generalist fühle ich mich dabei gut auf die vielseitigen Fragestellungen vorbereitet. Auf der Grundlage eines verwaltungswissenschaftlichen Studiums kann ich auf langjährige Berufserfahrungen im Gesundheitswesen zurückblicken, zuletzt war ich als stellvertretender Verwaltungsleiter einer Fachklinik tätig. Es ist mir ein besonderes Anliegen, die Sicht des Patienten und seine Bedürfnisse möglichst gut zu verstehen. Daher freue ich mich auf den persönlichen Austausch mit Ihnen. Meine ersten Wochen beim BPS habe ich sehr positiv wahrgenommen. Insofern blicke ich zuversichtlich in die Zukunft und stehe als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.



© privat

Ihr Thomas Steinbach

Nachtrag zur Mitgliederkonferenz 2021: Regional- und Landesverbände überreichen Urkunden

Der Landesverband Baden-Württemberg überreichte Urkunden und Verbandsabzeichen, die 2020 und 2021 pandemiebedingt nicht im Rahmen der Jahrestagung des BPS verliehen werden konnten: Das Verbandsabzeichen in Bronze (für 4 Jahre Leitungstätigkeit) erhielten Rainer Bürkle, Horst Köntopp und Josef Wolpert, das Verbandsabzeichen in Silber (für 8 Jahre Leitungstätigkeit)

ging an Siegfried Hepp und das Verbandsabzeichen in Gold (für mindestens 12 Jahre Leitungstätigkeit) an Hans Biegert und Josef Dietz. Das Große Verbandsabzeichen in Silber (für mindestens 16 Jahre Leitungstätigkeit) erhielt Ludwig Zehnle und das Große Verbandsabzeichen in Gold (für mindestens 20 Jahre Leitungstätigkeit) wurde Anton Kreiss und Karlheinz Bauer übergeben.



(von links) Ludwig Zehnle, Anton Krapf, Josef Wolpert, Anton Kreiss, Rainer Bürkle, Horst Köntopp, Karlheinz Bauer, Siegfried Hepp, Josef Dietz, Manfred Olbrich, © LV Baden-Württemberg

Auch der Regionalverband Niedersachsen/Bremen übernahm diejenigen Ehrungen, die bei der Mitgliederversammlung des Bundesverbands nicht verliehen werden konnten. So trafen sich am 10. Dezember 2021 die Leiter der Selbsthilfegruppen Aurich, Wittmund, Emden und Norden, um Volker Tobias (SHG Wittmund) mit der Verbandsnadel in Gold und Paul-Dieter Köller (SHG Aurich) mit der Verbandsnadel in Silber zu ehren.

(von links) Helmut A. Kurtz, Paul-Dieter Köller & Volker Tobias, © H. A. Kurtz



Patientenbefragung während der Reha – Ein (Zwischen)Ergebnis

Von Andrea Spakowski, Beschäftigte des BPS

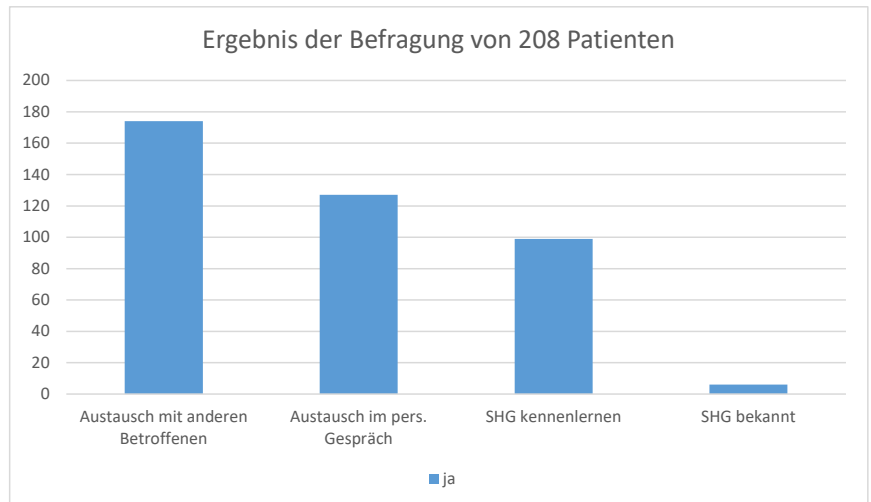
Im vergangenen Jahr hat der BPS Patientenbefragungen im Rahmen von Vorträgen zu den Aufga-

ben der Selbsthilfe in einer Reha-Klinik durchgeführt.

Die Befragung wird weiter fortgesetzt, ein erstes Zwischenergebnis liegt jedoch bereits vor, über das wir im Folgenden informieren.

Bislang haben 208 Patienten der Reha-Klinik an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Davon können sich insgesamt 174 der Befragten einen Austausch mit anderen Betroffenen vorstellen (84 %). 127 Patienten würden diesen Austausch gerne in einem persönlichen Gespräch vornehmen und insgesamt 99 Patienten wären daran interessiert, eine Selbsthilfegruppe kennenzulernen. Jedoch kennen von den 208 befragten Patienten der Reha-Klinik gerade einmal 6 Betroffene eine Selbsthilfegruppe, während 198 der Befragten (95 %) dies verneinten. Dieses Ergebnis lässt die Vermutung zu, dass eine konkrete Information über die Selbsthilfe durch die Akut-Kliniken und die behandelnden Urologen nicht erfolgte.

Die Kenntnis über bestehende Selbsthilfegruppen eröffnet aber Möglichkeiten für Patienten



und Behandler gleichermaßen. Die Gründe, dass nur wenige Patienten erst in der Reha über die Existenz von Selbsthilfegruppen erfahren, mögen vielfältig sein. Daher besteht im Interesse der Betroffenen auf jeden Fall Handlungsbedarf.

Der Appell geht an unsere Selbsthilfegruppen, gemeinsam mit Kliniken und niedergelassenen Urologen verstärkt sicherzustellen, dass kein Patient ohne Information über die Möglichkeit des Gesprächs von Patient zu Patient bleibt.

20 Jahre BPS-Magazin



Im Dezember 2002 erschien das erste BPS-Magazin. Seitdem hat sich sein Erscheinungsbild stetig gewandelt, sein Inhalt ist aber – heute wie damals – informativ, verständlich und medizinisch aktuell. Überzeugen Sie sich selbst! Alle seit 2002 erschienenen Ausgaben stehen auf unserer [Internetseite](#) zum Herunterladen bereit. Einzelne Ausgaben können Sie auch noch in der BPS-Geschäftsstelle bestellen.

Interview mit Prof. Dr. Margit Fisch – DGU-Präsidentin 2022

Die Welt der Urologie dreht sich deutlich um robotergeführte, invasive operative Therapien. Wie sehen Sie diese Entwicklung für die nächsten Jahre?

Die Robotisch-assistierte, laparoskopische OP-Technik gehört heute schon für viele Indikationen fest zum operativen Versorgungsspektrum. Beispiele sind die radikale Prostatektomie oder Eingriffe an der Niere. Teilweise konnten in Studien vergleichbare Ergebnisse bezüglich Funktionalität und Outcome wie bei den offen chirurgischen Eingriffen nachgewiesen werden, wobei für einige robotisch-assistierte Eingriffe ein niedrigerer Blutverlust gezeigt wurde. Es ist in diesem Zusammenhang aber auch wichtig zu erwähnen, dass bei vielen Indikationen prospektiv randomisierte vergleichende Studien zu unterschiedlichen OP-Techniken fehlen. Für die vorhandenen Studien zeigen die Daten, dass die robotisch-assistierte

auch durch die PatientInnen nachgefragt. Viele PatientInnen kommen heute bereits gut informiert zum Arztgespräch und kennen bereits die Grundzüge sowie die Vor-/Nachteile der verschiedenen operativen Techniken. Robotisch-assistierte Techniken stehen heute zwar noch nicht in jeder Urologischen Klinik zur Verfügung, aber doch über ganz Deutschland verteilt. Die hohen Anschaffungs- und Unterhaltungskosten hingegen stellen für viele Kliniken weiterhin eine relevante Barriere dar. Sollte das gewünschte Operationsverfahren in einer Klinik nicht verfügbar sein, kann es meist in der weiteren Umgebung gefunden werden. Wie bei den meisten OP-Techniken spielt auch bei der robotisch-assistierten Technik die Erfahrung und Fallzahl des Operateurs eine wesentliche Rolle. Eine Zentrenbildung, auch interdisziplinär, ebenso wie die Zulassung neuer robotischer OP-Systeme wird zukünftig einen positiven Einfluss auf die

- 1980- 1986 Humanmedizin an der Universität des Saarlandes, Approbation 1986, Promotion 1987
- 1988-1992 Ausbildung zur Fachärztin für Urologie, Urologische Universitätsklinik Mainz,
- 2000-2001 Leiterin des Schwerpunktes Kinderurologie der Abteilung für Urologie und Kinderurologie des AK Harburg
- 2002-2008 Chefarztin Urologisches Zentrum Hamburg (UZH), Abteilung für Urologie und Kinderurologie Asklepios Klinik Harburg
- seit 2008 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Chefarztin der Kinderurologie am Altonaer Kinderkrankenhaus



Prof. Dr. Margit Fisch, © privat

Technik meist keine Überlegenheit, sondern nur Gleichwertigkeit besitzt. Dennoch hat sich die robotisch-assistierte, laparoskopische OP-Technik durchgesetzt und wird in Zukunft wahrscheinlich noch an Bedeutung zunehmen. Die Möglichkeit einer minimal invasiven Technik wird zunehmend

weitere Entwicklung haben. Dennoch wird das robotisch-assistierte Operieren auch in der Zukunft nicht für alle urologischen Indikationen zum Tragen kommen. Beispielhaft sei hier auf rekonstruktive und prothetischen Operationen insbesondere im Bereich des äußeren Genitale hingewiesen.

Im Bereich Peniskarzinom erreichen uns, obwohl es scheinbar eine seltene Erkrankung ist, Nachfragen. Bei der entsprechenden Leitlinie sind wir ebenfalls involviert. Sehen Sie bzw. die DGU in diesem Bereich weitere Aufgaben, wie z.B. Ausweis von spezialisierten Behandlungseinheiten?

Das Peniskarzinom gehört zu den selteneren Tumorerkrankungen, hat aber für die Betroffenen erhebliche Folgen. Es ist – wie für alle Tumorerkrankungen – sehr wichtig, dass die Patienten eine optimale uroonkologische Behandlung erhalten. Spezialisierte Zentren können dies besonders gut leisten. Ziel muss es aber auch sein, dass die Patienten heimatnah optimal behandelt und nachgesorgt werden können.

Vor kurzem wurde die Patientenleitlinie Peniskrebs online gestellt. Mit dem umfänglichen Leitlinienprogramm ermöglicht die Deutsche Gesellschaft für Urologie den PatientInnen mit uro-onkologischen Erkrankungen und ihren Angehörigen, sich über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zu ihrer Krebserkrankung zu informieren und leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung.

Es ist ein großer Gewinn, dass eine solche allgemeinverständliche Leitlinie nun auch für Patienten mit Peniskrebs zur Verfügung steht. Betroffene finden dort Informationen zur Erkrankung, zu Diagnose und Behandlung aber auch zu den Themen sozialrechtliche Unterstützung, Zweitmeinungs- und Beratungsstellen. Ich halte es für sehr wichtig, dass betroffenen Patienten und deren Angehörige eine valide Informationsquelle zur Verfügung steht, die alle relevanten Informationen zusammenfasst.

Bei der Behandlung des Blasenkarzinoms werden, soweit es bei uns ankommt, im Falle der Zystektomie Prostata und Blase entfernt. Patienten suchen meist Hilfe bei den Selbsthilfegruppen zum Blasenkrebs, aber auch vereinzelt bei uns, beispielsweise zum Thema „fehlende erektile Funktionen, Sexualität etc“. Sollte man dazu vielleicht entitätsübergrei-

fende Ansätze versuchen?

Durch die vollständige Entfernung der Prostata wegen eines Prostatakarzinoms (radikale Prostatektomie) und die vollständige Entfernung der Blase bei Blasenkrebs (radikale Zystektomie, vordere Exenteratio) kann die Sexualität der so operierten PatientInnen beeinträchtigt werden. Hauptgrund dafür ist die anatomische Nähe der für die Sexualität zuständigen Nerven und Gefäßbündel zu diesen Organen. Durch gute Aufklärung und Information auch durch die Selbsthilfegruppen ist den meisten männlichen Patienten heute bekannt, dass nach der radikalen Prostatektomie eine erektile Dysfunktion (Potenzstörung) auftreten kann. Wir wissen, dass auch bei optimaler OP-Technik und beidseitigem Erhalt des Gefäß-Nervenbündels in Zentren mit viel Expertise ein relevanter Anteil der Patienten davon betroffen sein kann. Es gibt allerdings auch andere sexuelle Funktionsstörungen nach der radikalen Prostatektomie wie zum Beispiel die fehlende Ejakulation oder Veränderungen des Orgasmus. Diese sexuellen Funktionsstörungen treten auch nach der radikalen Zystektomie auf. Bei Frauen kann es nach der radikalen Zystektomie, bei der auch die Gebärmutter und ein Teil der Scheide mitentfernt wird (vordere Exenteratio), durch die Verkürzung der Scheide zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr kommen. All diese Beeinträchtigungen der Sexualität können die Lebensqualität der PatientInnen negativ beeinflussen und zu Problemen in der Partnerschaft führen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass wir UrologInnen diese sensiblen Themen bereits vor der Therapie im Rahmen des Therapieentscheidungs- und des Aufklärungsgesprächs ansprechen. Wichtig ist aber auch die erneute Thematisierung nach erfolgreich durchgeführter Therapie. Häufig steht der Tumor und die Sorge um den Verlauf zu Beginn so stark im Vordergrund, dass das Thema Sexualität in den Hintergrund rückt und erst im weiteren Verlauf zunehmend an Bedeutung gewinnt. Entitätsübergreifende Ansätze sind sinnvoll. Vor diesem Hintergrund befürworten sowohl die DGU als auch der BvDU den Erwerb der Zusatzqualifikation Andrologie von uroonkologisch tätigen UrologInnen.

Bildgebende Verfahren zur Krebsbekämpfung im Bereich Urologie sind derzeit das Gesprächsthema. Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung?

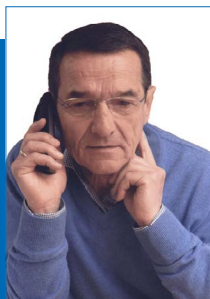
Vor allem für das Prostatakarzinom haben sich in den letzten Jahren durch die Etablierung des multiparametrischen MRT (mpMRT) und des PSMA-PET/CTs einige relevante Neuerungen ergeben.

Für das mpMRT konnten in klinischen Studien (PROMIS-Studie und PRECISION-Studie) deutliche Verbesserungen bezüglich der Diagnostik von aggressiven Prostatakarzinomen gezeigt werden. Dies gipfelte darin, dass das mpMRT zunächst in den europäischen, mittlerweile jedoch auch in den deutschen Leitlinien Berücksichtigung findet. Vor allem bei der aktiven Überwachung ist so eine sichere Kontrolle des Tumors möglich und es kann teilweise auf ansonsten vorgesehene Biopsien verzichtet werden. Zukünftig ist davon auszugehen, dass dem Patienten durch das mpMRT unnötige Biopsien erspart werden können und dass Patienten durch diese Untersuchung sehr individuell beraten und einer Therapie zugeführt

werden können.

Das PSMA-PET/CT ermöglicht eine sehr genaue Ausbreitungsdiagnostik des Prostatakarzinoms, vor allem auch bei Rezidiv nach einer aktiven Therapie. Hieraus ergeben sich eine Vielzahl von interessanten Ansätzen. Im Rahmen der Light-house-Studie wird exemplarisch untersucht, ob die Vorhersagegenauigkeit des PSMA-PET-CT ausreichend ist, um die Lymphknotenentfernung intraoperativ darauf fußend zu planen. Hierdurch könnte dem Patienten eine unnötige Lymphadenektomie mit allen damit assoziierten Komplikationen erspart werden. Zudem bietet die genauere Ausbreitungsdiagnostik die Möglichkeit einer Salvage-Chirurgie, so dass einigen Patienten mit einzelnen Lymphknotenmetastasen eine systemische Therapie erspart, oder zumindest aber verzögert werden kann. Die zielgerichtete Bildgebung beim Prostatakarzinom bietet insgesamt viele Ansätze, die eine besser auf den Patienten zugeschnittene Therapieplanung ermöglichen und damit die Therapie der Patienten mit Prostatakarzinom wahrscheinlich wegweisend verbessern wird.

Patienten beraten Patienten



**Prostatakrebs-
Beratungshotline
0800 – 70 80 123**

**Der BPS bietet eine telefonische Beratungshotline an:
Die Berater sind zu erreichen dienstags, mittwochs und donnerstags
(außer an bundeseinheitlichen Feiertagen)
in der Zeit von 15 Uhr bis 18 Uhr.**

Anrufer aus dem Ausland nutzen bitte die gebührenpflichtige Rufnummer +49(0)228-28 645 645.

Ultrahypofraktionierte stereotaktische Strahlentherapie beim Prostatakarzinom – Erste Ergebnisse der HYPOSTAT-Studie

Von Dr. Oliver Blanck, Dr. David Krug und Prof. Dr. Jürgen Dunst

Hintergrund

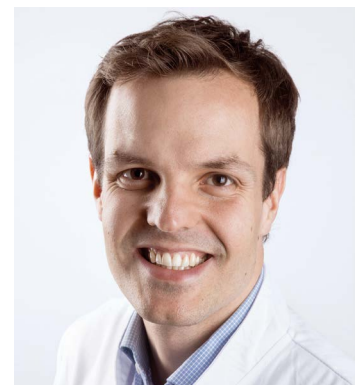
Wenn eine Therapie bei einem Prostatakarzinom indiziert ist (keine aktive Überwachung möglich, Progression unter Überwachung oder Patientenwunsch), kommen als lokale Therapieverfahren die radikale Prostatektomie oder eine Strahlentherapie in Form der externen Bestrahlung, einer Brachytherapie oder einer Kombination beider Verfahren in Betracht. Die Wahl des Therapieverfahrens hängt vor allem von den Präferenzen des Patienten und möglichen Kontraindikationen ab, wobei die externe Bestrahlung die wenigsten Einschränkungen mit sich bringt. Das Standardvorgehen in der Strahlentherapie ist die konventionell fraktionierte Behandlung der Prostata (und ggf. auch Teile der Samenblasen) mit Einzeldosen von täglich 1,8-2,0 Gy an fünf Wochentagen über 7-8 Wochen bis zu einer Gesamtdosis von 72-78 Gy (Abb. 1). Es besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung mit besseren Tumorkontrollraten bei höheren Gesamtdosen, die allerdings auch mit Zunahme der Spätnebenwirkungen (vor allem am Enddarm) einhergehen kann.



Dr. Oliver Blanck, © privat



Prof. Dr. Jürgen Dunst, © privat



Dr. David Krug, © privat

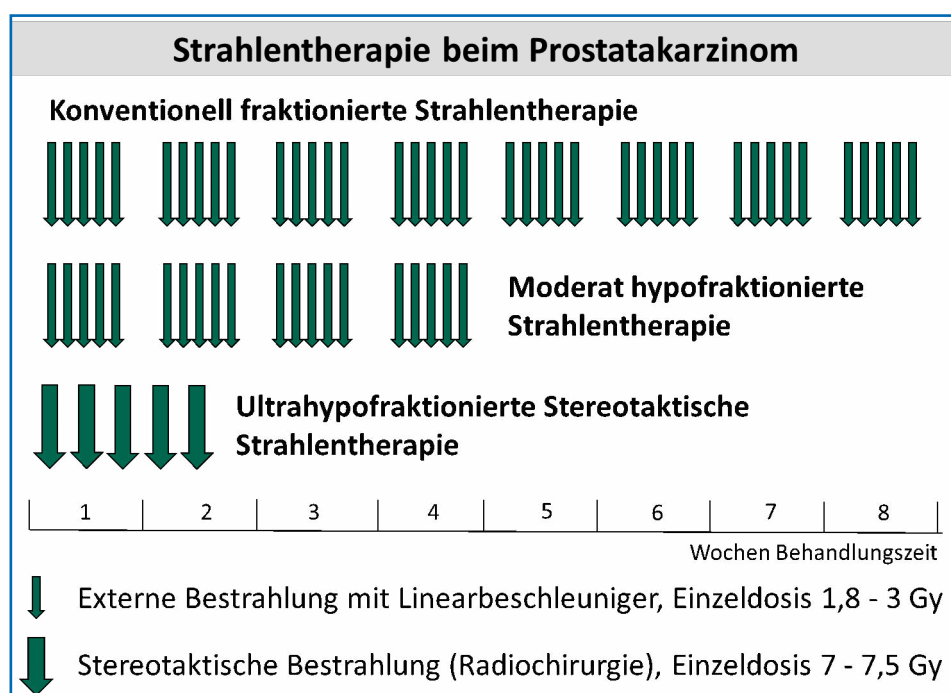


Abb. 1. Zeitachse des Behandlungsverlaufs verschiedener Strahlentherapie-Modalitäten



Abb. 2. CyberKnife System: Das Bestrahlungsgerät hängt an einem Roboterarm und wird dadurch extrem genau gesteuert. Durch Röntgenröhren an der Decke und Infrarotsensoren werden die Lagerung des Patienten und Bewegungen während der Behandlung kontinuierlich überwacht. Wenn nötig, kann der Roboter die Bestrahlung sofort korrigieren.

Seit vielen Jahren wird in der Strahlentherapie eine Verkürzung der Behandlungszeit durch eine Erhöhung der Einzeldosis der Bestrahlungssitzungen (sog. Hypofraktionierung) in vielen klinischen Studien untersucht. Aufgrund von strahlenbiologischen Untersuchungen eignet sich das Prosta-

takarzinom hier in besonderem Maße, da durch eine höhere Einzeldosis möglicherweise auch die Erfolgsquote der Strahlentherapie verbessert werden kann.

Eine moderat hypofraktionierte Strahlentherapie (mit einer Einzeldosis von 2,5-3 Gy in 20-28 Tagen über 4-5 Wochen) ist bereits als Alternative zur konventionell fraktionierten Strahlentherapie in den deutschen S3-Leitlinien verankert. Die ultrahypofraktionierte Strahlentherapie in 5-7 Sitzungen à 6-8 Gy (auch stereotaktische Strahlentherapie oder Radiochirurgie genannt) soll laut der S3-Leitlinie (letzte Überarbeitung dieses Statements im Jahre 2016) bislang nur in klinischen Studien durchgeführt werden.

Für die ultrahypofraktionierte stereotaktische Strahlentherapie ist eine hochpräzise Verabreichung der Bestrahlungsdosis elementar. Eine Herausforderung stellt hier die Beweglichkeit der Prostata durch variierende Füllungszustände von Harnblase und Enddarm dar. Während selbst an spezialisierten Bestrahlungsgeräten trotz täglicher Bildgebung vor der Behandlung eine Erweiterung des Zielvolumens um 5-10 mm in jede Richtung erforderlich ist, ermöglicht der Bestrahlungsroboter CyberKnife (Abb. 2) eine deutliche Verkleinerung dieser Sicherheitsabstände durch

eine Korrektur der Bewegung während der laufenden Bestrahlungssitzung. Dies wird durch eine Platzierung von Goldmarkern in der Prostata ermöglicht, deren Position während der laufenden Bestrahlungssitzung dynamisch verfolgt wird. So kann eine präzise Dosisapplikation in der Prostata bei gleichzeitiger Schonung des End-

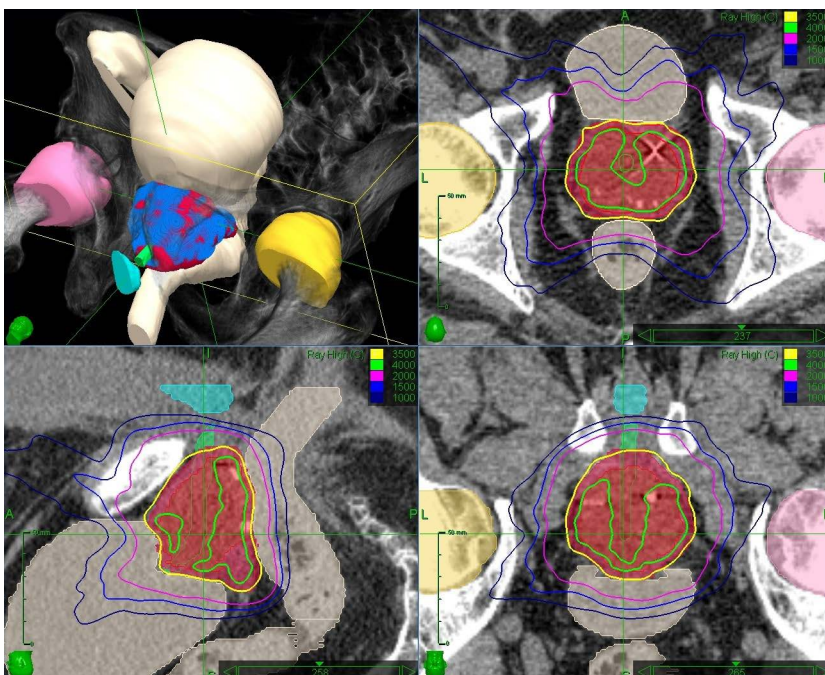


Abb. 3. Beispiel eines hochpräzisen CyberKnife-Behandlungsplans eines Prostatakarzinoms mit scharfem Dosisabfall außerhalb der Prostata in Richtung Enddarm und Blase

darms und der Blase erreicht werden (Abb. 3). Die HYPOSTAT-Studie ist die erste Studie in Deutschland, in der eine ultrahypofraktionierte stereotaktische Radiotherapie mit dem CyberKnife bei Patienten mit Prostatakarzinom untersucht wurde.

HYPOSTAT-Studie

Die HYPOSTAT-Studie ist eine einarmige prospektive multizentrische Kohortenstudie mit 85 Patienten, die zunächst an drei Zentren in Deutschland durchgeführt wurde. Wesentliche Einschlusskriterien waren ein nicht-metastasiertes Prostatakarzinom mit Gleason Score ≤ 7 , PSA < 15 ng/ml, IPSS ≤ 12 bei Patientenalter ≥ 60 Jahre. Überwiegend wurden in der HYPOSTAT-Studie Patienten mit Prostatakarzinom mit mittlerem Risiko behandelt. Die Patienten erhielten eine Bestrahlung mit 5×7 Gy im Laufe von 1-2 Wochen mittels CyberKnife nach Platzierung von Goldmarkern und CT/MRT-basierter Bestrahlungsplanung. Haupt-Endpunkt der Studie waren die Raten der Patienten mit behandlungsbedürftigen Spätnebenwirkungen im Bereich von Harnröhre und Blase bzw. Enddarm ein Jahr nach der Behandlung.

Erfreulicherweise traten im Zeitraum von drei Monaten bis zu einem Jahr nach Behandlung weder im Bereich von Harnröhre und Blase bzw. Enddarm behandlungsbedürftige Spätnebenwirkungen auf, sodass die Studie als positiv zu bewerten ist. Angemerkt sei jedoch, dass es während oder kurzzeitig nach der Therapie zu vorübergehenden, ggf. medikamentös zu behandelnden Reizerscheinungen an Blase und Harnröhre kommen kann (z.B. vermehrter Harndrang, häufigeres Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen), die einige Tage bis Wochen nach der Therapie in der Regel vollständig abklingen. Diese Begleiterscheinungen sind auch aus der konventionell oder moderat hypofraktionierten Bestrahlung

bekannt. Typischerweise treten diese Nebenwirkungen deutlich schneller auf, eine Erholung tritt aber aufgrund der stark verkürzten Behandlungsdauer wesentlich schneller ein. Der Rückgang des PSA-Wertes sowie die Lebensqualität der Patienten waren im Vergleich zu Studien aus anderen Ländern und anderen etablierten Behandlungen in diesem kurzen Verlauf nach Behandlung erwartungsgemäß. Schlussfolgernd können wir sagen, dass die HYPOSTAT-Studie bislang eine exzellente mittelfristige Verträglichkeit der ultrahypofraktionierten robotergestützten stereotaktischen Radiotherapie zeigt.

Auswirkungen auf die Leitlinien

Die guten Ergebnisse der HYPOSTAT-Studie decken sich mit Erfahrungswerten aus zwei großen Studien (PACE-B und HYPO-RT-PC), in denen die ultrahypofraktionierte stereotaktische Radiotherapie mit der konventionell oder moderat hypofraktionierten Radiotherapie beim Prostatakarzinom verglichen wurde. Hier wurden bzgl. Verträglichkeit und Wirksamkeit in Hinblick auf die Krebserkrankung vergleichbare Ergebnisse zu den Standardtherapien erbracht. Die jüngsten Empfehlungen der Arbeitsgruppe (AG) Prostata der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) treffen folgende Aussagen:

Kurzfassung

Die HYPOSTAT-Studie ist die erste Studie in Deutschland, in der eine ultrahypofraktionierte stereotaktische Radiotherapie mit dem CyberKnife bei Patienten mit Prostatakarzinom untersucht wurde. Sie zeigt bislang eine exzellente mittelfristige Verträglichkeit der ultrahypofraktionierten robotergestützten stereotaktischen Radiotherapie.

Die Ultrahypofraktionierung ist neben der moderaten Hypofraktionierung und der konventionellen Fraktionierung für Patienten mit Prostatakarzinom der niedrigen Risikogruppe, die nicht für die aktive Überwachung geeignet sind, und der intermediären Risikogruppe eine Behandlungsalternative,

die außerhalb klinischer Studien angeboten werden kann. Eine Hormonentzugstherapie sollte analog zu den Empfehlungen für die moderate Hypofraktionierung und die konventionelle Fraktionierung nach den aktuellen Leitlinien verab-

reicht werden. Die Ultrahypofraktionierung sollte nach hohen technischen Standards durchgeführt werden. Hierzu gehören unter anderem die MRT-basierte Festlegung von Zielvolumen und Risikoorganen, sowie die intensitäts-modulierte und tägliche bildgeführte Strahlentherapie mit Bildkontrolle minimal alle drei Minuten. Die Patienten sollten vom Behandlungszentrum für mindestens fünf Jahre nachgesorgt und idealerweise in eine Registerstudie eingeschlossen werden.

Aufgrund der erwähnten Studiendaten sowie der Empfehlung der DEGRO-Expertengruppe ist mit einer baldigen Etablierung der Ultrahypofraktionierung als Standardverfahren in der S3-Leitlinie zur Behandlung des Prostatakarzinoms zu rechnen.

Ausblick

Neben der fortlaufenden Nachbeobachtung der HYPOSTAT-Studie läuft seit 2019 die jüngst durch die Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft mit dem ARO-Studienpreis ausgezeichnete HYPOSTAT-II Studie. Die Einschlusskriterien und die Behandlung sind identisch zur HYPOSTAT Studie (siehe Tab. 1), jedoch werden deutlich mehr Patienten (insgesamt 500, bereits ≥ 250 eingeschlossen) mit längerer Nachbeobachtungszeit (3 Jahre im Median) an mittlerweile sechs Zentren in Deutschland (Kiel, Frankfurt, München, Köln, Berlin, Erfurt) untersucht. In Planung ist außerdem die HYPOSTAT-III Studie, die die Ultrahypofraktionierung in nur drei Sitzungen untersuchen soll, um eine vollständige Behandlung innerhalb einer Woche zu ermöglichen.

HYPOSTAT-II-Studie

CyberKnife-Radiochirurgie des Prostatakarzinoms, 5 Bestrahlungen in 1-2 Wochen

Einschlusskriterien

- Nicht-metastasiertes, histologisch gesichertes Prostata-Karzinom
- TNM Klassifikation: T1-3 N0 M0
- Gleason-Grad ≤ 7
- PSA < 15 ng/ml
- Alter ≥ 60 Jahre
- Prostatavolumen < 80 cm³
- IPSS ≤ 12

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Jürgen Dunst
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Klinik für Strahlentherapie
Arnold-Heller-Str.3, 24105 Kiel
Tel. 0431 500 26501

Tab. 1. Einschlusskriterien der HYPOSTAT-II-Studie

Laufende Studien untersuchen außerdem den Einsatz der ultrahypofraktionierten Strahlentherapie bei Patienten mit Prostatakarzinom der hohen Risikogruppe.

Weitere Informationen

[Hypofractionated Radiosurgery for Localised Prostate Cancer \(HYPOSTAT\)](#)

[Hypofractionated Radiosurgery for Localised Prostate Cancer \(HYPOSTAT-II\) \(HYPOSTAT-II\)](#)

Die Literatur liegt bei den Verfassern.

Interaktive Entscheidungshilfe

Ihr Arzt hat bei Ihnen Prostatakrebs festgestellt? Die PatientenAkademie der Deutschen Urologen möchte Sie dabei unterstützen, Ihre Erkrankung zu verstehen und gemeinsam mit Ihrem Arzt die für Sie beste Behandlung zu wählen. In der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ erhalten Sie Informationen und Hilfestellungen, die Ihnen den Weg zur Entscheidungsfindung erleichtern sollen.



Jeder Zehnte bereut Therapiewahl bei lokalisiertem Prostatakrebs

Laut einer aktuellen Studie in „JAMA Oncology“ bedauern mehr als 10 % der Patienten mit lokalisiertem Prostatakrebs später ihre Therapieentscheidung. Dabei war der Anteil bei denjenigen größer, die sich einer aktiven Behandlung unterzogen.

Um der Frage nachzugehen, wie Behandlungen von lokalisiertem Prostatakrebs mit späterem Bedauern verbunden sind, führten amerikanische Wissenschaftler eine prospektive, bevölkerungsbezogene Kohortenstudie durch. Sie verwendeten dazu fünf Register, in denen Daten zu Überwachung, Epidemiologie und Endergebnissen erhoben wurden. Die Teilnehmer waren zwischen 01.01.2011 und 31.12.2012 behandelt worden.

Unter den 2.072 Männern, die in die Analyse eingeschlossen wurden (mittleres Alter 64), drückten fünf Jahre nach der Diagnose 183 operierte Patienten (16 %) ein Bedauern aus, 76 (11 %) waren es unter Strahlentherapie und 20 (7 %) unter aktiver Überwachung. Nach Anpassung an Unterschiede zu Studienbeginn war die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten ihre Entscheidung bereuten, im Vergleich zur aktiven Überwachung höher bei Operation, aber nicht bei Strahlentherapie.

Die Wissenschaftler untersuchten auch die Faktoren, die signifikant mit einer behandlungsbezogenen Reue verbunden waren. Unter den von Patienten berichteten funktionellen Ergebnissen betraf dies nur die sexuelle Dysfunktion. Auch die vom Patienten subjektiv wahrgenommene Behandlungswirksamkeit und die Nebenwirkungen im Vergleich zu den Erwartungen der Patienten vor der Behandlung waren mit späterem Bedauern

verbunden. Bestimmte Patientenmerkmale zum Zeitpunkt der Behandlungsentscheidung waren ebenfalls signifikant mit Bedauern assoziiert: partizipative Entscheidungsfindung, soziale Unterstützung und Alter.

„Die Ergebnisse dieser Kohortenstudie legen nahe, dass mehr als 1 von 10 Patienten mit lokalisiertem Prostatakrebs behandlungsbedingtes



© Fabio Maria Turrini – stock.adobe.com

Kurzfassung

Falsche Therapie gewählt? Mehr als 10 % der Männer bereuen später ihre Entscheidung.

Bedauern erfahren“, resümieren die US-Urologen. Unterschiede gibt es offenbar in Bezug auf die Behandlungsansätze. Bedeutend für ein späteres Bedauern sind die funktionellen Ergebnisse,

besonders aber eine Diskrepanz zwischen den Patientenerwartungen und dem Outcome. Künftige Studien sollten nach Ansicht der Autoren untersuchen, ob im

Kontext gemeinsamer Entscheidungsfindung eine bessere Vorbereitung der Patienten in Hinblick auf ihre Erwartungen und eine mögliche Toxizität der Therapie späteres Bedauern reduzieren kann.

Quelle: Kompakt Urologie, Januar 2022

Kein Zusatznutzen von Enzalutamid bei metastasiertem, hormon-sensitivem Prostatakarzinom (mHSPC)

Enzalutamid, ein Antiandrogen bzw. Androgenrezeptorblocker neuer Generation wie Apalutamid (Erleada) oder Darolutamid (Nubeqa), ist bereits für die Anwendungsgebiete nicht-metastasiertes und metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC bzw. mCRPC) zugelassen und im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten.

Nach Vorlage der Zulassungsstudie für mHSPC erweiterte die EMA 2021 die Zulassung. Dies wurde in den Empfehlungen der S3-Leitlinie Prostata-

karzinom berücksichtigt und die Kassen bezahlen dies. Der G-BA bewertete nun, ob Enzalutamid + Androgendeprivationstherapie (ADT) einen Zusatznutzen gegenüber den zweckmäßigen Vergleichstherapien bei mHSPC hat. Nach Ansicht des G-BA belegen die vorgelegten Daten keinen Zusatznutzen von Enzalutamid im Vergleich zu Abirateron (Zytiga), Apalutamid oder Docetaxel, jeweils + ADT. Die Versorgung mit Enzalutamid ändert sich dadurch nicht.

[Quelle: G-BA, November 2021](#)

Metastasierter Prostatakrebs: Radioligandentherapie verlängert Überlebenszeit und verbessert Lebensqualität

Metastasierter Prostatakrebs ist nach wie vor unheilbar. Zwei neue Studien zeigen jedoch, dass die Radioligandentherapie (RLT) die Erkrankung auch dann noch erfolgreich zurückdrängen kann, wenn Patienten im fortgeschrittenen Stadium auf andere Behandlungen wie Medikamente, Hormon- oder Chemotherapie nicht mehr ansprechen. „Die RLT verlängert das Leben aktuellen Erkenntnissen zufolge um mehrere Monate“, sagt Dr. med. Norbert Czech vom Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e. V. (BDN). „Die Patienten spüren weniger Schmerzen und haben wieder Appetit.“ Ob eine RLT anschlagen wird, lässt sich am besten über eine PSMA-PET/CT ermitteln. Ist dies gegeben, können gesetzlich Versicherte die nebenwirkungsarme Therapie als Heilversuch in Anspruch nehmen. Experten erwarten, dass die RLT bald regulär zugelassen wird.

Die RLT – auch Radionuklidtherapie genannt – ist eine nuklearmedizinische Behandlung, die in Deutschland entwickelt wurde und seit 2011 Anwendung findet. Sie ist zur Therapie aller Tumore und Metastasen geeignet, die das prostata-spezi-

fische Membran-Antigen (PSMA) auf der Oberfläche der Krebszellen aufweisen. „Ob das der Fall ist, kann eine PSMA-PET/CT-Untersuchung ermitteln“, erläutert Czech. Eine PSMA-PET/CT kommt infrage, wenn Patienten die folgenden Voraussetzungen erfüllen: Das Prostatakarzinom hat sich trotz Operation, Bestrahlung, Hormonentzugstherapie und moderner Medikamente weiterentwickelt, was sich am ansteigenden PSA-Wert ablesen lässt. „Wo die PSMA-Untersuchung angeboten wird, erfragen Patienten am besten in nuklearmedizinischen Zentren mit PET/CT“, rät der Bremer Nuklearmediziner.

Ob ein Patient eine Radionuklidtherapie erhält, entscheidet dann ein interdisziplinäres Tumorboard. Geben die Medizinexperten grünes Licht, wird dem Patienten eine radioaktive Therapiesubstanz in die Vene injiziert: Eiweißmoleküle, die mit dem Betastrahler Lutetium-177 markiert sind. Das PSMA auf den Tumorzellen zieht die Eiweißmoleküle wie ein Magnet an, und die Strahlung des Lutetium-177 schädigt die bösartigen Zellen. „Es handelt sich im Prinzip um eine punktgenaue

Bestrahlung von innen, die sich direkt gegen die Krebszellen richtet, das gesunde Gewebe nicht schädigt und kaum Nebenwirkungen hat“, erläutert der Bremer BDN-Experte Czech. In der Regel erhalten die Patienten vier RLT-Zyklen im Abstand von etwa acht Wochen.

Studien, die in diesem Jahr veröffentlicht wurden, bestätigen jetzt die Erfahrungen bisheriger Untersuchungen und Anwendungen, wonach eine RLT mit Lutetium-177 die Metastasen bei aus therapierten Prostatakrebspatienten für weitere Monate zurückdrängen und das Überleben verlängern kann. So kommt die randomisierte, prospektive Phase-3-Studie VISION mit 831 Patienten zu dem Ergebnis, dass sich das durchschnittliche Gesamtüberleben durch eine Lutetium-177-Therapie um vier Monate verlängert: Während das mediane Gesamtüberleben bei Patienten, die mit Lutetium-177-Therapie plus Standardtherapie behandelt wurden, 15,3 Monate betrug, belief sich diese Zeitspanne auf nur 11,3 Monate bei Patienten, die einzig die Standardtherapie erhielten. Die Autoren plädieren dafür, die RLT mit Lutetium-177 in die klinische Routine zu übernehmen.

Ob und wie gut eine RLT anschlagen wird, sagt eine PSMA-PET/CT acht bis zehn Wochen nach

dem zweiten RLT-Zyklus mit großer Zuverlässigkeit voraus. Dies zeigt eine weitere Studie, die in diesem Jahr erschien. „Zentrale Ergebnisse unserer Untersuchung lauten: 75 Prozent der Patienten sprechen auf eine RLT an und gewinnen damit zusätzliche Lebenszeit, die bis zu zwölf Monate betragen kann“, erläutert Studienautor Norbert Czech. „Und: Diese Patienten können wir mithilfe der PSMA-PET/CT präzise herausfiltern.“ Für die weitere Therapieplanung sei eine solche Information wichtig. „Denn man muss andere Wege gehen, etwa eine Chemotherapie oder eine Behandlung mit Alpha-Strahlen erwägen, wenn ein Patient von der RLT nicht profitiert“, führt der Nuklearmediziner aus.

Insgesamt ist die RLT aus Sicht des BDN-Experten ein großer Gewinn für Patienten mit metastasiertem Prostatakrebs: „Die Nebenwirkungen der RLT wie Mundtrockenheit und Müdigkeit sind gering.“ Gleichzeitig sei der Gewinn an Lebensqualität durch deutliche Schmerzreduktion und wiedergewonnenen Appetit groß. „Es ist beruhigend, dass wir über eine solche lebensverlängernde Option verfügen“, resümiert Czech.

Quelle: Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e. V., November 2021

mpMRT bei Prostatakrebsverdacht: Wann ist eine Biopsie ratsam?

Die Wahrscheinlichkeit, ob ein Patient einen klinisch signifikanten Prostatakrebs hat, wird anhand der Befunde der multiparametrischen Magnetresonanztomographie (mpMRT) mithilfe des Prostate Imaging-Reporting and Data System (PI-RADS) beurteilt. US-amerikanische Mediziner weisen darauf hin, dass die Aussagekraft unterschiedlich ist, je nachdem, ob die Patienten biopsienativ sind oder schon vorher negative Biopsien hatten. Sie schlagen außerdem eine Alternative vor, mit der sich ihrer Analyse zufolge mehr Biopsien einsparen ließen.

Dr. Hiten D. Patel von der Abteilung für Urologie am Loyola University Medical Center in Maywood (IL, USA) und seine Kollegen stützten sich in ihrer Studie auf frühere Befunde, nach denen Männer, bei denen eine frühere Biopsie ein negatives Ergebnis zeigte, in einer Folgebiopsie ein geringeres Risiko für klinisch signifikanten Prostatakrebs (Gleason-Score $\geq 3+4$) hatten als Männer, die zum ersten Mal biopsiert werden. Sie überprüften dies an Patienten aus der Prospective Loyola University mpMRI (PLUM) Prostate Biopsy Cohort (01/2015-06/2020). Zusätzlich zur gesamten Kohorte unter-

suchten sie, ob die Diskrepanz zwischen beiden Settings (frühere negative Biopsie vs. biopsienativ) auch auftritt, wenn man die einzelnen PI-RADS-Werte betrachtet.

Die Wissenschaftler konnten beides bestätigen: Von den 420 Männern mit vorheriger negativer Biopsie hatten im Vergleich zu den 480 Biopsienativen ein geringeres Risiko für Prostatakrebs insgesamt (27,9 % vs. 54,4 %) sowie für klinisch signifikanten Prostatakrebs (20,0 % vs. 38,3 %). Dies blieb auch dann so, wenn sie nach PI-RADS stratifiziert wurden: Männer mit zuvor negativem Befund und neuerlichem PI-RADS-5-Ergebnis hatten zu 70,3 % Prostatakrebs jeglicher Art und zu 57,8 % klinisch signifikanten Prostatakrebs. Bei den Männern, die zum ersten Mal eine Biopsie erhielten, betrugen diese Zahlen 91,7 % und 79,2 %. Ähnliches gilt für die beiden Settings, wenn in der Biopsie PI-RADS 4 diagnostiziert wurde (33,6 % und 26,7 % vs. 65,8 % und 44,9 %) oder das mpMRT-Ergebnis widersprüchlich, also PI-RADS 3 war (13,6 % und 5,2 % vs. 27,4 % und 15,4 %). Bei Männern mit PI-RADS 0–2 war die Detektionsrate von Prostatakrebs insgesamt bei den zuvor negativ Befundeten ebenfalls geringer (9,9 % vs. 22,5 %; $p=0,04$), in Bezug auf klinisch signifikanten Prostatakrebs aber ähnlich (5,6 % vs. 7,5 %).

Weniger unnötige Biopsien mit PLUM-Vorhersagemodell

Bekanntlich gibt die PI-RADS-Klassifikation die Wahrscheinlichkeit an, ob ein klinisch signifikanter Prostatakrebs vorliegt oder nicht ist. Offenbar ist diese Einschätzung aber in den beiden Settings nicht gleichermaßen zutreffend, gemessen an den tatsächlich aufgetretenen Prostatakarzinomen. Letztlich geht es in jedem individuellen Fall um die Entscheidung, ob nach der mpMRT eine Biopsie erfolgen soll oder nicht. Die Autoren um Patel haben sich daher gefragt, welcher der optimale Grenzwert (Cutoff) wäre, um dem Patienten eine Biopsie anzuraten. Sie verglichen verschiedene PI-RADS-Grenzwerte mit dem selbst entwickelten PLUM-Vorhersagemodell auf der Grundlage multivariabler logistischer Regression. Dazu nutzten sie die statistische Methode

der Entscheidungskurvenanalyse. Hierbei versucht man herauszufinden, welcher Prädiktor (in diesem Fall die PI-RADS-Grenzwerte oder das PLUM-Vorhersagemodell) den größten klinischen Nutzen (in diesem Fall die Vermeidung von unnötigen Biopsien, ohne einen signifikanten Prostatakrebs zu übersehen) erzielt. Aufgetragen wird der Wahrscheinlichkeitsschwellenwert (threshold probability; in diesem Fall die Prostatakrebs-Wahrscheinlichkeit, ab der man eine Biopsie empfehlen würde) gegen den Nettonutzen; dieser wiederum stellt eine gewichtete Kombination aus richtig und falsch positiven Ergebnissen dar.

Das Ergebnis der Wissenschaftler war eindeutig: Das PLUM-Vorhersagemodell brachte einen größeren klinischen Nutzen als alle PI-RADS-Grenzwerte, wenn es darum geht, zu entscheiden, ob man eine Biopsie durchführen sollte oder nicht. Dies galt insbesondere für die biopsienativen Patienten. Bei den Patienten mit vorheriger negativer Biopsie kann ein PI-RADS-Wert von 4 als Grenzwert für eine Biopsie-Entscheidung einen immerhin „passablen“ (reasonable) Nettonutzen bringen und könnte den Autoren zufolge als „Faustregel“ benutzt werden.

In Zahlen ausgedrückt, ergeben sich unterschiedlich viele vermiedene Biopsien, wenn man die PLUM-Kriterien auf die untersuchte Population angewendet hätte. Geht man von einem Wahrscheinlichkeitsschwellenwert von 15 % aus, dann hätte das PLUM-Modell 45,8 % der Biopsien in der Gruppe mit früherer negativer Biopsie und 18,1 % der Biopsien in der biopsienativen Gruppe verhindern können, ohne einen signifikanten Prostatakrebs zu übersehen. Zum Vergleich: Mit PI-RADS 4 als Grenzwert wären nur 34,0 % bzw. 6 % der Biopsien verhindert worden.

Fazit: Die Arbeit von Patel et al. konnte also klar zeigen, dass Männer mit vorheriger negativer Biopsie tatsächlich ein geringeres Risiko hatten, dass bei ihnen klinisch signifikanter Prostatakrebs detektiert würde, als biopsienative Männer. Als Grundlage für die Entscheidung, ob eine Biopsie angeraten werden sollte oder nicht, könnte ihr Vorhersagemodell eine bessere Alternative zu PI-RADS-Schwellenwerten sein.

Quelle: Kompakt Urologie, Februar 2022

Langzeitprognosen bei Prostatakrebs

Bei der Einteilung von Prostatakrebs-Patienten in Risikogruppen war mittleres Risiko nicht gleich mittleres Risiko. Prostatakrebs-Patienten mit einem günstigen mittleren Risiko hatten eine vergleichbare Prognose wie Patienten mit niedrigem Risiko und eine bessere Prognose als Patienten mit einem ungünstigen mittleren Risiko.

Prostatakrebs kann anhand verschiedener Kriterien in verschiedene Risikogruppen eingeteilt werden. Die Therapie richtet sich nach dem Risiko, welches von dem Prostatakrebs ausgeht. Bei Patienten mit niedrigem Risiko ist auch die aktive Überwachung (active surveillance) eine Option. Doch wie sieht das bei Patienten mit mittlerem Risiko aus? Wie ist die Prognose bei Prostatakrebs mit mittlerem Risiko? Wissenschaftler aus München untersuchten die Langzeitprognose von Prostatakrebs-Patienten, die sich einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten.

Kurzfassung

Wissenschaftler untersuchten das Überleben von 5.693 Prostatakrebs-Patienten mit niedrigem oder mittlerem Risiko.

Prostatakrebs mit einem ungünstigen mittleren Risiko, nicht aber Prostatakrebs mit einem günstigen mittleren Risiko, ging mit einem schlechteren biochemisch-rezidivfreien Überleben einher.

Mittleres Risiko ist somit nicht gleich mittleres Risiko, sondern sollte noch weiter unterteilt werden.

Wissenschaftler analysierten die Daten von mehr als 5.500 Prostatakrebs-Patienten

Die Wissenschaftler nutzten für ihre Analyse die Daten von 5.693 Patienten, die zwischen 1994 und 2019 die Diagnose Prostatakrebs mit niedrigem und mittlerem Risiko erhalten und sich einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten. Die Patienten mit mittlerem Risiko teilten sie in zwei weitere Gruppen ein: günstiges mittleres Risiko und ein ungünstiges mittleres Risiko. Die verschiedenen Risikogruppen waren wie folgt definiert:

- Niedriges Risiko: cT1c-T2a, Graduierungsgruppe 1 bei Biopsie und PSA <10 ng/ml
- Günstiges mittleres Risiko: cT1c-T2a, Graduie-

rungsgruppe 1 bei Biopsie, PSA: 10–20 ng/ml oder: cT1c-T2a, Graduierungsgruppe 2 bei Biopsie und PSA <10 ng/ml

- Ungünstiges mittleres Risiko: cT2b-T2c, Graduierungsgruppe 2 bei Biopsie und PSA <10 ng/ml

oder: cT1c-T2c, Graduierungsgruppe 2 bei Biopsie, PSA: 10–20 ng/ml

oder: cT1c-T2c, Graduierungsgruppe 3 bei Biopsie, PSA <20 ng/ml.

Die Wissenschaftler untersuchten das pathologische Ergebnis nach der Operation, das Überleben ohne biochemisches Rezidiv und das krebsspezifische Überleben der verschiedenen Patientengruppen.

Pathologische Ergebnisse: Prostatakrebs mit niedrigem Risiko vs. Prostatakrebs mit günstigem mittlerem Risiko

Im Vergleich zu Patienten mit niedrigem Risiko waren Patienten mit günstigem mittlerem

Risiko häufiger von einem Upgrading (12,8 % vs. 7,2 %, $p < 0,001$), von einem Upstaging (19,8 % vs. 12,0 %, $p < 0,001$) und von positiven Lymphknoten ($pN1$: 2,7 % vs. 0,8 %, $p > 0,001$) betroffen und wiesen häufiger ein hohes pathologisches Stadium ($\geq pT3a$: 18,8 % vs. 11,6 %, $p > 0,001$) auf.

20-Jahres-Überleben bei Prostatakrebs mit niedrigem und mittlerem Risiko

Die 20-Jahres-Überlebensraten ohne biochemisches Rezidiv sahen bei den verschiedenen Risikogruppen wie folgt aus:

- Niedriges Risiko: 69 %
- Günstiges mittleres Risiko: 65 %
- Ungünstiges mittleres Risiko: 44 %

Die Wissenschaftler ermittelten folgende 20-Jahres-krebspezifische Überlebensraten bei den verschiedenen Risikogruppen:

- Niedriges Risiko: 98 %
- Günstiges mittleres Risiko: 95 %
- Ungünstiges mittleres Risiko: 89 %

Laut statistischer Analyse ging ein Prostatakrebs mit einem ungünstigen mittleren Risiko (HR: 1,49; 95 % KI: 1,20 – 1,85), nicht aber Prostatakrebs mit einem günstigen mittleren Risiko (HR: 1,07; 95 %

KI: 0,87 – 1,32), mit einem schlechteren biochemisch-rezidivfreien Überleben einher.

Mittleres Risiko war somit nicht gleich mittleres Risiko. Prostatakrebs-Patienten mit einem günstigen mittleren Risiko hatten eine bessere Prognose als Patienten mit einem ungünstigen mittleren Risiko. Die Prognose der Patienten mit einem günstigen mittleren Risiko war der von Patienten mit einem niedrigen Risiko ähnlich.

Quelle: [Deutsches Gesundheitsportal, Juni 2021](#)

Smarter screenen – Stockholm3 reduziert Überdiagnosen

Wie lässt sich bei der Früherkennung von Prostatakrebs die Rate an Biopsien, die schließlich keinen schlimmen Befund ergeben, verringern? Diese Frage beschäftigt viele Ärzte im Zusammenhang mit dem PSA-Screening. Ein Schritt in Richtung präziserer Patientenselektion könnte die Verwendung des Stockholm3-Tests sein. Er

berücksichtigt neben dem PSA-Wert auch andere Variablen, darunter das Alter, vorangegangene Prostatabiopsien, weitere Proteine und das genetische Risikoprofil – und kann schon im Vorfeld etwa einem Drittel der Männer weitere Untersuchungen ersparen.

Quelle: [Medical Tribune, Januar 2022](#)

Mensch Männer, geht zur Früherkennung!

Schon vor der Pandemie gab es laut AOK bei der regelmäßigen Teilnahme an den Krebs-Früherkennungsuntersuchungen „Luft nach oben“:

Eine Langzeit-Auswertung auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2020 zeigt, dass bei der Prostatakrebs-Früherkennung die anspruchsberechtigten Männer insgesamt zu selten oder zu spät erreicht wurden: So nahmen in der Altersgruppe zwischen 54 und 70 nur knapp ein Drittel der Männer in mindestens drei der vergangenen zehn Jahre an der Früherkennung teil.



Neue Immuntherapie zielt auf den Prostatakrebs

Ob bei wiederkehrendem Prostatakrebs eine neuartige Immuntherapie helfen kann, wird jetzt in einer Studie am Universitätsklinikum Freiburg untersucht. Die Kombination aus Immuntherapie, Operation und Bestrahlung gilt als besonders vielversprechend.

Jede vierte Krebs-Diagnose in Deutschland lautet: Prostatakrebs. Männern, bei denen der Krebs trotz operativer Entfernung der Prostata wiederkehrt, könnte eine neue Immuntherapie in Kombination mit einer präzisen Strahlentherapie helfen. Aufgrund erster vielversprechender Ergebnisse führt die Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Freiburg dazu eine Studie durch. Bei der Immuntherapie wird das Immunsystem des Patienten gezielt aktiviert, so dass es die Krebszellen besser erkennt und vernichtet. Auch ob die Immuntherapie die Wirkung einer Strahlentherapie verbessert, wird untersucht. Die geplante Studie wird auf dem US-amerikanischen Krebsskongress ASCO-GU präsentiert. **Aktuell werden Probanden in die Studie aufgenommen.**

„Wir haben diese Studie ins Leben gerufen, weil wir davon deutliche Verbesserungen für Prostatakrebs-Patienten erwarten. Wir hoffen diese Form der Immuntherapie bald auch bei Prostatakrebs etablieren zu können“, sagt Studienleiter Prof. Dr. Christian Gratzke, Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Freiburg. Die Klinik für Urologie gehört dem Tumorzentrum Freiburg – CCCF des Universitätsklinikums Freiburg an, das von der Deutschen Krebshilfe als Onkologisches Spitzenzentrum zertifiziert ist.

Die Antikörper leiten die Immunzellen zum Krebs

Bei der Behandlung von PatientInnen mit Tumoren des Urogenitaltrakts spielt an spezialisierten Zentren neben komplexen operativen Ansätzen die personalisierte Medizin eine immer wichtigere Rolle. Dabei stimmen die UrologInnen gemeinsam mit ExpertInnen anderer Fachrichtungen die Therapie sehr aufwändig und präzise auf die molekularen Tumoreigenschaften ab. Auch Immuntherapien gehören zu dieser neuen Behandlungsart.

„Die Immuntherapie hat die Krebstherapie in den letzten Jahren revolutioniert und ist beispielsweise beim Harnblasenkarzinom oder beim Nierenzellkarzinom heute eine wichtige therapeutische Option“, so Gratzke. Das jetzt in der Studie eingesetzte Medikament enthält einen Antikörper, der den Immunzellen hilft, die schädlichen Krebszellen zu erkennen und zu bekämpfen. Zusätzlich wird untersucht, ob der attackierte Tumor empfindlicher auf eine Strahlentherapie reagiert.

Die Kombination von Immuntherapie mit Strahlentherapie wurde bei verschiedenen Erkrankungen beschrieben. 49 Prostatakrebspatienten, bei denen der Krebs nach Totalentfernung der Prostata wiederkam, sollen nun in der Studie behandelt und engmaschig durch die ExpertInnen des Universitätsklinikums Freiburgs betreut werden. Sie erhalten für sechs bis acht Wochen die Immuntherapie, welche bei guter Verträglichkeit bis zu einem Jahr verabreicht werden kann.

Quelle: Universitätsklinikum Freiburg, Februar 2022

Zweitmeinung für Krebspatienten

Wenn ein Patient eine schwerwiegende Diagnose erfährt (z. B. Krebs) und wenn ihn komplexe medizinische Eingriffe erwarten (z. B. Operationen, Chemotherapie), dann hat er das Recht, sich eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einzuholen. Viele Krankenkassen tragen diese Kosten. Informationen zur Einholung der Zweitmeinung finden Sie [hier](#).

Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an H. A. Kurtz

(Red. ug) In einem Festakt hat der Soltauer Helmut A. Kurtz am 2. Dezember 2021 die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland von Landrat Jens Grote überreicht bekommen. Bundespräsident Steinmeier hatte ihm diese Ehrung im August 2021 zuerkannt: „Mit seinen Ordensverleihungen möchte der Bundespräsident die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf hervorragende Leistungen lenken, denen er für unser Gemeinwesen besondere Bedeutung beimisst.“ Es ist die einzige allgemeine Verdienstauszeichnung der Bundesrepublik Deutschland.



seine Leistungen von den verschiedenen Institutionen gewürdigt wurden.

Das niederschmetternde Erlebnis der Diagnose „Prostatakrebs“ und die darauffolgenden Hilfen, die Helmut Kurtz in der Krise Halt gegeben hatten, lösten in ihm die Entscheidung aus, seine Kraft in den Dienst für Krebskranke zu stellen. Dabei sah er seine Aufgabe nicht nur in der individuellen Beratung und Unterstützung seiner Leidensgefährten im Rahmen der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe vor Ort. Er erkannte bald, dass wirksame Hilfsdienste nur mit einem soliden administrativen Hintergrund langfristig Bestand haben. So musste er nicht lange gebeten werden, als neue Mitarbeiter in den überregionalen Institutionen der Selbsthilfe und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen gesucht wurden – beispielsweise im wissenschaftlichen Beirat des klinischen Krebsregisters, im Expertenpool des Gemeinsamen Bundeausschusses (G-BA) und seit vielen Jahren im Vorstand der Niedersächsischen Krebsgesellschaft.

Landrat Jens Grote (links) überreicht Urkunde und Medaille an Helmut A. Kurtz, © H. A. Kurtz

In der kleinen Runde geladener Gäste in der Krebsberatungsstelle Soltau verzichtete Landrat Jens Grote auf eine Auflistung der vielen verschiedenen ehrenamtlichen Funktionen und Leistungen des Geehrten. Vielmehr animierte er die Gäste in lebendigem Gespräch über die persönlichen Begegnungen mit Helmut Kurtz und die Wahrnehmung seines Wirkens aus eigener Anschauung zu berichten.

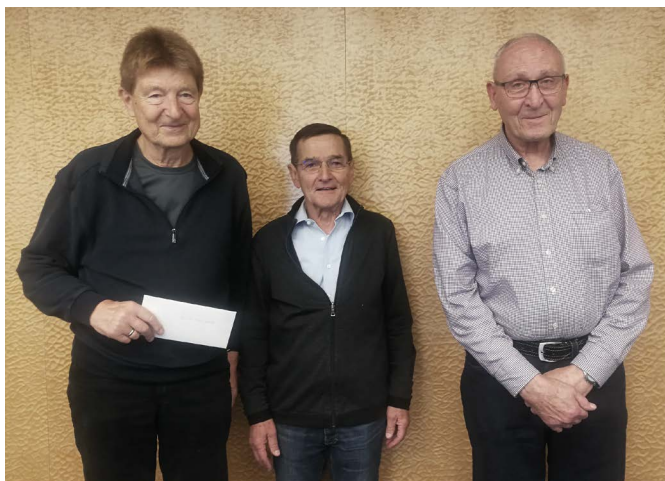
Silke Thorey-Elbers schilderte als Vertreterin der Stadt Soltau den ungewöhnlich großen Umfang der verschiedenen Engagements des Geehrten. Sie betonte die berührende Herzlichkeit, mit der

Helmut Kurtz berichtete über Einzelheiten seiner ehrenamtlichen Arbeit, die in manchen Phasen außergewöhnlicher Anforderung eine 40-stündige Arbeitswoche zur Folge hatte. Einige von Krebs betroffene Teilnehmer erzählten ihre Notlage durch die Krebserkrankung und machten deutlich, was die Hilfe von Helmut Kurtz für sie persönlich bedeutete.

Zur formalen Ordensverleihung las Landrat Jens Grote das Schreiben des Bundespräsidenten vor und übergab unter dem Beifall der Gäste die offizielle Urkunde und die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Beratungshotline verabschiedet und ehrt langjährige Berater

Die BPS-Beratungshotline hat im Rahmen ihrer 30. Sitzung am 27. Oktober 2021 die Mitstreiter Hans Lehmann und Ernst Tennstedt verabschiedet. Hans Lehmann war bereits bei der Gründung der Hotline dabei und verlässt nun nach 13-jähriger Tätigkeit aus persönlichen Gründen die BPS-Beratungshotline. Ernst Tennstedt engagierte sich seit September 2015 in der Hotline und wurde nun nach 6-jähriger Tätigkeit – ebenfalls aus persönlichen Gründen – verabschiedet. Reinhard Strozyk verlas eine kurze Laudatio und überreichte ein kleines Geschenk.



Reinhard Strozyk verabschiedet Ernst Tennstedt (links) und Hans Lehmann (rechts)

Helmut Hönig ist seit April 2010 bei der Hotline und wurde – coronabedingt – nachträglich für seine 10-jährige Tätigkeit geehrt. Reinhard Strozyk ist seit Mai 2011 bei der Hotline und wurde für sein 10-jähriges Engagement in der Beratungshotline ausgezeichnet. Neben seiner Tätigkeit als Berater war er seit März 2014 zunächst stellvertretender Koordinator der Hotline und ist seit 2015 nun auch Koordinator der BPS-Beratungshotline.

Manfred Ohler verlas als stellvertretender Vorsitzender im Namen des Vorstands eine Laudatio und überreichte ein kleines Geschenk.



Manfred Ohler bedankt sich bei Reinhard Strozyk (links) und Helmut Hönig (rechts), © alle Fotos: BPS

Spendenaktion „Flutkatastrophe 2021“

Im Juli hatte der BPS zu einer Spendenaktion für BPS-Mitglieder aufgerufen, die von der Flutkatastrophe betroffen sind. Die gesammelten Spendengelder wurden zwischen allen BPS-Selbsthilfegruppen in den Flutgebieten zu gleichen Teilen ausgezahlt.

Der Leiter der SHG Velbert, Peter Hartmann (links im Bild), bedankt sich hierfür bei allen Spendern: „Wir konnten damit etwas Hilfe für ein Flutopfer aus unserer SHG leisten. Vito Angelo (rechts im Bild), der bei der Flutkatastrophe sein ganzes Hab und Gut verloren hat, brauchte neben Inventar für eine neue Wohnung auch warme Kleidung für den Winter: „Ich bin sehr gerührt über die Unterstützung“, freute sich Vito Angelo. „Die Hilfsbereitschaft der Menschen, unter anderem vom Bundesverband, ist überwältigend.“



SHG Borken und Umgebung unterwegs

Von Lothar Strauch, Leiter der Selbsthilfegruppe Borken und Umgebung

Im Rahmen ihres Ausflugsprogramms besuchte die SHG Borken und Umgebung den Bürgerwindpark Heiden. Der Vorsitzende A. Wissing begrüßte die mit Fahrrad und Auto angereisten 21 Gäste und gab erste Informationen zu diesem Gemeinschaftsprojekt für die Bürger von Heiden und Dorsten-Lembeck. In einer Tonbildschau wurde den Gästen ein weltgeschichtlicher Überblick von der Entstehung der Erde bis zur heutigen Zeit vermittelt. Die Veranstaltung fand im Untergeschoss des größten und höchsten Windrads (mit Propeller 207 m hoch) im Windpark statt. Die Gruppe bedankte sich und wechselte auf den Hof Berger, wo die Familien Fishedick und Berger als Initiatoren der Tour zur Kaffeetafel geladen hatten.



Das Foto zeigt die Gruppe vor dem liebevoll gestalteten Windrad, © L. Strauch

SHG Südthüringen im Coronajahr 2021

Von Hans-Ulrich Arnold, Leiter der Selbsthilfegruppe Südthüringen

Als wir uns am Ende des thematischen Gruppentreffens im Oktober 2020 verabschiedeten, ahnte niemand, das es bis zum nächsten Treffen elf Monate dauern sollte. Corona und die damit verbundenen Einschränkungen und Ängste bestimmten zunehmend unser Leben, sowohl in der Familie und darüber hinaus. Wie also die Gruppe zusammenhalten und den regelmäßigen Austausch sichern? Die Nutzung moderner Medien und Technik war und ist nach wie vor durch den relativ hohen Altersdurchschnitt, Scheu vor der Technik und manchmal auch Desinteresse erschwert.

Von unseren 34 Mitgliedern hatten bis dato nur 16 eine E-Mail-Adresse. Mittlerweile sind 27 Mitglieder gut erreichbar, da über Kinder/Enkel, die im Haus oder in der Nähe wohnen, die Informationen weitergegeben werden. Einige Mitglieder lehnen leider Smartphone/Tablet/Laptop generell ab. Um auch sie zu erreichen, hat sich

der Austausch über die bestehenden Fahrgemeinschaften bestens bewährt. Leider war zum Thema „Videokonferenzen“ keine ausreichende Bereitschaft vorhanden. Bewährt für den Zusammenhalt der Gruppe haben sich auch die Anrufe zu den Geburtstagen durch den SHG-Leiter.

Groß war die Freude, als wir uns am 11. September 2021 fast alle wiedersehen konnten. Fröhlich und erwartungsvoll machten wir uns auf zu einer Busfahrt in den Thüringer Wald. Nach der mittäglichen Stärkung in Luisenthal fuhren wir nach Bad Tabarz. Die Fahrt von dort mit einer historischen Straßenbahn nach Gotha war für uns ein besonderes Erlebnis. In Gotha wanderten wir gemütlich zum Hotel Schlosspark, um den Nachmittag bei Kaffee und Kuchen ausklingen zu lassen.

Wir hatten viel Zeit und nach der langen Coronapause gab es viel zu reden. Mancher suchte das persönliche Gespräch über seine Sorgen, Ängste



Die SHG Südthüringen unterwegs mit einer historischen Straßenbahn, © H.-U. Arnold

und Probleme der Alltagsbewältigung unter den Coronabedingungen. Es war ein sehr guter Tag, der wieder Mut und Zuversicht gab.

In unserer Gruppenveranstaltung im Oktober 2021 hatten wir als Gesprächspartner Kerstin John vom LRA Meiningen zu Gast. Ihre Ausführungen zum Themenkreis Vorsorgevollmacht, Patienten- und Betreuungsverfügung wurde sehr aufmerksam verfolgt und es kam eine rege Diskussion zustande.

Für unser Veranstaltung im November konnten wir den Meininger Apotheker Dr. Tischer gewinnen. Auch dies war ein sehr informativer und interessanter Gesprächsnachmittag rund ums Impfen. Es ging hier nicht nur um die Coronaimpfung, sondern mit Blick auf unsere Vorerkrankungen auch um andere sehr wichtige Immunisierungen. Neben den verschiedenen Impfstoffherstellern,

den unterschiedlichen Wirkstoffansätzen und der Wiederauffrischung, ging es u. a. auch um Pneumokokkenimpfung und den Schutz vor der Virusgrippe.

Unsere für den Dezember geplante Weihnachtsfeier musste dann coronabedingt und aus Sorge um die Gesundheit unserer betagten Gruppenmitglieder und Angehörigen ausfallen. Da auch die modernste Technik und Ausstattung das persönliche Miteinander, wie Gespräche, einen freundlichen Händedruck, eine Ermutigung nicht ersetzen kann, wurde hier eine Lösung gefunden: Kleine gesundheitsfördernde Präsente gingen nett verpackt im Laufe des Dezembers auf den Weg zu den Mitgliedern. Fast alle wurden durch den SHG-Leiter persönlich übergeben. Diese Besuche waren eine gelungene Überraschung zum Abschluss des Jahres 2021.

Aktivitäten der SHG Berlin-Nord

Von Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Berlin-Nord

SHG Berlin-Nord besucht Müritzklinik

Am 6. Oktober 2021 hat unsere Selbsthilfegruppe Berlin-Nord die Müritzklinik in Klink besucht. Es tat so gut, trotz Pandemie endlich mal wieder et-

was gemeinsam zu unternehmen. Das stärkt den Zusammenhalt der Gruppe, denn Online-Treffen sind zwar besser als gar keine, aber der persönliche Kontakt ist eben durch nichts zu ersetzen.



Informationsrunde in der Müritz-Klinik.



Stadtführung durch Waren.

Nach knapp zwei Stunden Fahrt wurden wir in der Müritz-Klinik herzlich mit Kaffee und belegte Brötchen empfangen. Coronabedingt konnten wir große Teile der Klinik leider nur virtuell besichtigen. Frau Stoy, die Assistentin der Geschäftsführung, erklärte, dass die Klinik Prävention und Rehabilitation für die Fachbereiche Urologie und Onkologie, Kardiologie, Orthopädie, Transplantationsmedizin und Dialyse anbietet. Angesichts der Vielzahl an Fachbereichen verfolgt die Klinik einen multidisziplinären Behandlungsansatz.

Der ärztliche Direktor Dr. Becker berichtete anhand von praktischen Beispielen, welche Nebenwirkungen es bei radikaler Prostatektomie im Vergleich zur Strahlenbehandlung geben kann, darunter Harninkontinenz und Erektile Dysfunktion. Durch Beckenbodentraining auf einem Spezialstuhl mit Messgerät kann die Funktionseinschränkungen erfolgreich behandelt werden.

Zum weiteren Leistungsspektrum der Klinik gehören psychoonkologische Betreuung, Physiotherapie, Biofeedback, ein umfassendes Sportangebot, Ergotherapie und Ernährungstherapie. Am Ende seines Vortrags nahm sich Dr. Becker ausreichend Zeit, um alle unsere Fragen erschöpfend zu beantworten.

Wie es der Zufall wollte, haben wir in unserer Gruppe Mitglieder, die bereits eine Anschlussheilbehandlung in dieser Klinik gemacht hatten und sie in den höchsten Tönen lobten.

Abschließend hat Frau Jackstädt von der Sozialberatung einen interessanten Vortrag zu den Themen Schwerbehindertenrecht, Krankengeld, Rentenleistungen, Teilhabe am Arbeitsleben sowie Pflege gehalten – darunter viele Neuigkeiten.

Nach einem kleinen Imbiss ging es schlussendlich nach Waren, wo wir eine zweistündige, von der Touristeninformation organisierte historische Stadtführung genießen durften. Im Namen der gesamten Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Berlin-Nord danke ich Herrn Fronhöfer von der AOK Nordost für die Unterstützung durch die Projektförderung. Wir danken an dieser Stelle auch den Vortragenden der Müritz-Klinik recht herzlich für ihre Zeit und ihr Engagement.

Infostand der SHG Berlin-Nord im Tegel-Quartier

Am 19. Februar 2022 haben einige Mitglieder der SHG Berlin-Nord von 9 bis 16 Uhr einen In-



Klaus Kronewitz (links) und Kai Ressel am Infostand, © alle Fotos: K. Kronewitz

fostand im Tegel-Quartier Berlin aufgebaut, um Männer ab 45 zu motivieren, zur urologischen Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Dem Center-Management gebührt Dank, denn es wurden keine Gebühren verlangt. Neben unzähligen Kontakten mit Passanten wurde der Stand auch von der lokalen Presse sowie von einer Vertreterin des Comprehensive Cancer Center der Charité Berlin

besucht. Die SHG hat jede Menge Infomaterial wie Flyer und Magazine verteilt. Es wurden viele interessante Gespräche geführt. Einige wurden überzeugt, demnächst zum Urologen zu gehen. Fazit: Trotz erheblicher Rückenschmerzen der Gruppenmitglieder vom langen Stehen war diese Aktion ein voller Erfolg und ist unbedingt zur Nachahmung empfohlen!

Ein würdiger Abschied

Von Helmar Frenzel und Ralf Rauh, Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung

Am 16. Juli 2005 fand der 1. Patiententag des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) in Chemnitz statt, bei dem 37 Betroffene ihr Interesse bekundeten, in der Region eine Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe zu gründen. Medizinisch begleitet wurde die Veranstaltung von Dr. med. Dietmar Trautz und Prof. Dr. med. Schmitt-Dräger.

Zwischen dem niedergelassenen Urologen Dr. Trautz, seiner Frau Dr.-Ing. Trautz als umsichtige Mitarbeiterin mit einem eigenverantwortlichen Beratungsgebiet „Ernährung bei Prostatakrebs“ und der SHG Chemnitz entwickelte sich seither eine partnerschaftliche Beziehung. Es ist wohl eine Seltenheit und durchaus nicht selbstverständlich, dass ein Mediziner-Ehepaar einer Selbsthilfegruppe so viele Jahre verbunden bleibt und an deren Weiterbildung steten Anteil nahm.

Bei unserer vorerst letzten gemeinsamen Zusammenkunft am 26. Oktober 2021 blickte Dr. Trautz auf 40 Jahre Berufserfahrung zurück, hob die jetzige Vielfalt der Therapien, die rasante Entwicklung auf dem Gebiet der medikamentösen Therapie hervor und spannte einen Bogen bis zur Immuntherapie und Genbeeinflussung. Ralf Rauh ergänzte nachfolgend einige aktuelle Informationen aus der Urologischen Klinik der Charité Berlin und berichtete von der Initiative des Chefarztes Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm zur Vernetzung der niedergelassenen Urologen in Berlin und

Brandenburg, um mit diesen eine genetische Behandlung zukünftig möglich zu machen.

Anschließend hielt Frau Dr. Trautz einen Vortrag zum Thema „Ernährung, Bewegung und Entspannung“, das sowohl für die Krebsprävention als auch für das Leben nach der Krebsdiagnose von Bedeutung ist: „Eine gesunde Ernährung sollte immer Bestandteil eines ganzheitlichen Konzeptes sein, individuell und patientenbezogen zugeschnitten“.

Der Gründungsvorsitzende und Schatzmeister Helmar Frenzel beendete die Veranstaltung mit folgenden Worten: „Als wir vor mehr als 15 Jahren die ersten Fäden knüpften, wurde daraus in den Folgejahren ein Netzwerk mit vielen Partnern, durch das wir fest in der Gesellschaft verankert sind.“



(von links) Frau und Herr Trautz, Helmar Frenzel und Ralf Rauh, © R. Rauh

Wir sind durchaus nicht vermessen oder leiden an Selbstüberschätzung. Nein, wir sind voller Demut angesichts der Tatsache, dass die organisierte Selbsthilfe – bildlich gesprochen – „kleine Boote im großen Ozean betroffener Männer“ verkörpert.

Auch künftig werden wir in gegenseitiger Achtung und Respekt unser kooperatives Zusammenwirken pflegen. Gemeinschaftlich das Mög-

liche tun, um unsere Lebensqualität recht lange zu erhalten.“

Ralf Rauh und Helmar Frenzel dankten dem Ehepaar Trautz von ganzem Herzen, überreichten ein Präsent und wünschten im Namen aller Betroffenen noch ein langes, glückliches und gesundes Leben in der Familie, der Praxis und später im Ruhestand.

LPS NRW informiert sich über MR-Linac

Von Karl-Heinz Stein und Bernd Troche, Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Nordrhein-Westfalen

Auf Einladung der Uniklinik reiste der LPS Nordrhein-Westfalen im Oktober 2021 mit acht Teilnehmern zur Weiterbildung in den innovativen Strahlentherapien nach Tübingen. Zuletzt hat die Magnetresonanztomographie (MRT) beeindruckende Fortschritte in der Diagnostik des Prostatakarzinoms erbracht, so wird beispielsweise die PI-RADS Klassifikation genutzt, um Läsionen innerhalb der Prostata zu beurteilen. Mit der Erweiterung der MRT-geführten Strahlentherapie durch den MR-Linac werden nunmehr neue Wege zur Präzisionsbestrahlung eingeschlagen: der MR-Linac kombiniert einen Linearbeschleuniger mit einem Magnetresonanztomographen und somit MRT-Bildgebung und Bestrahlung. Dadurch können Tumore (z. B. innerhalb der Prostata) präziser verfolgt und bestrahlt werden. Auch die Bewegung der Prostata kann durch kontinuierliche MR-Bildgebung während der Bestrahlung verfolgt und die Bestrahlung entsprechend angepasst werden. Dieses Gerät passt ebenfalls den Behandlungsplan an eine mögliche veränderte Anatomie des Zielvolumens (Prostata und Tumor) sowie der zu schonenden Organe an, da es die veränderte Lage eines Tumors oder eine bereits deutliche Schrumpfung des Krebsgeschwürs noch während der Therapie erfasst. Erste Studienergebnisse der Klinik waren für viele Patienten bereits vielversprechend, inwieweit der hohe per-

sonelle und Investitionsaufwand der MR-Linac-Therapie zu messbaren Vorteilen im Vergleich zur herkömmlichen Strahlentherapie führt, wird erst nach der Studienphase klarer.

Zurzeit sind in der Bundesrepublik erst drei bis vier solcher Geräte in Betrieb bzw. kurz vor der Inbetriebnahme. In der Hoffnung, die hier gewonnenen Kontakte zur Einbindung von Betroffenen in entsprechende Studien nutzen zu können, möchten wir nachfolgende Informationen zur Radiotherapie mit MR-Linac zusammenfassen:

- **Tägliche Anpassung des Bestrahlungsplanes an die aktuellen anatomischen Gegebenheiten,**
- **Potentiell geringerer Sicherheitssaum bei der Bestrahlung,**
- **Keine vorherige OP durch Einsatz von Spacer-Gel und Goldmarker,**
- **Bestrahlungsdauer für die primäre Radiotherapie des Prostatakarzinoms 2,5 Wochen als sogenannte ultrahypofraktionierte Bestrahlung, allerdings nur in bestimmten Konstellationen (z. B. kleines Volumen der Prostata, keine Probleme mit dem Wasserlassen),**
- **Harnröhrenschonung durch die bessere Darstellbarkeit im MRT,**
- **MR-Linac bei Ersttherapie, aber auch bei Rezidiven und Weichteilmetastasen (bei Knochenmetastasen nicht empfohlen).**

Bisher sind in Tübingen ca. 400 Patienten mit dem MR-Linac bestrahlt worden. Die Therapieergebnisse werden kontinuierlich wissenschaftlich ausgewertet. Auch andere Karzinome (z. B. Lebertumore und -metastasen und Lymphknotenmetastasen) sind bereits bestrahlt worden. Allerdings erfordert die Bestrahlungsplanung und Durchführung einen hohen personellen Ressour-

cenaufwand (MTAs, Ärzte, Physiker) im Vergleich zur herkömmlichen Photonenbestrahlung. Tübingen ist ein Modellstandort für das MR-Linac und erhielt einen Forschungsauftrag von der DFG.

Der LPS bedankt sich nach den Vorträgen und der Besichtigung der MR-Linac-Therapieräume bei Prof. Dr. Zips und Oberarzt Dr. Wegener für die Gastfreundschaft sowie das offene Gesprächsklima.

Wichtiger Hinweis

BPS-Jahrestagung 2022 vom 21. bis 23. Juni 2022 in Hannover

(Pandemiebedingte Änderung möglich)

SHG Osnabrück beim „Offenen Café zum Thema Krebs“

Von Wolfgang Klimm, Leiter der Selbsthilfegruppe Osnabrück

Die SHG Osnabrück war erneut beim schon traditionellen „Offenen Café zum Thema Krebs“ der Krebsberatungsstelle Osnabrück am 5. März 2022 mit einem Infostand vertreten – endlich wieder Öffentlichkeitsarbeit, obwohl erst vorsichtig unter Coronabeschränkungen mit „nur“ rund 150 Teilnehmern. Trotzdem ein erster guter Erfolg für uns, denn auch wir als SHG müssen nun sehen, dass wir nach Corona wieder sichtbar in der Öffentlichkeit werden und damit die Grundlage für eine erfolgreiche weitere Arbeit legen.

Auf der Veranstaltung stellten sich mit Vorträgen von Fach- und Chefärzten hauptsächlich die drei hiesigen größeren Kliniken mit ihren Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen vor. Besonders das Klinikum Osnabrück baut sein „Kompetenzzentrum Osnabrück“ massiv aus, leider immer noch ohne „Urologie“. Wir als SHG wollen aber Einfluss nehmen und Druck machen, damit auch für Prostata-Erkrankte in einem Kompetenzzentrum verbesserte Angebote gemacht werden.

Da wir seit nunmehr 18 Jahren in den Räumen der Krebsberatungsstelle heimisch sind und auch

deshalb ganz enge Verbindungen dorthin halten, sind uns solche gemeinsamen Veranstaltungen auch künftig sehr wichtig und werden gepflegt.



(von links) Wolfgang Klimm und Stellvertreter Alois Lemmermöhle, © W. Klimm

SHG Schönebeck und Umgebung in Leipzig

Von Manfred von Mackrodt, Leiter der Selbsthilfegruppe Schönebeck und Umgebung

Die diesjährige Exkursion führte die Mitglieder der Selbsthilfegruppe zum Universitätsklinikum Leipzig, deren Klinik und Poliklinik für Urologie modernste laparoskopische und offene Operationen sowie medikamentöse Therapien einsetzt.

Dr. Franz, Dr. Höfner und Dr. Consior hielten interessante wissenschaftliche Vorträge zu den Themen „Medikamentöse Tumorthherapie“, „Hodentumore“, „Prostatakarzinome“ und „Blasenstörungen“, die auf unsere Fragen abgestimmt waren.

Die Mitglieder der SHG Schönebeck bedankten sich bei den Referenten mit langem Applaus. Diese interessante und wissensvermittelnde Ex-

kursion endete mit einem Besuch des Völkerschlachtdenkmals, das zum Gedenken an den entscheidenden Sieg Russlands, Preußens, Österreichs und Schwedens über Napoleon und dessen Alliierte auf deutschem Boden errichtet wurde.



Die Ausflugsteilnehmenden, © v. Mackrodt

20-jähriges Jubiläum der SHG Essen

Von Karl-Heinz Stein, Mitglied der Selbsthilfegruppe Essen

Fachvorträge und Ehrungen mit musikalischem Beitrag einer bekannten Pianistin machten die Jubiläumsveranstaltung der SHG Essen im Oktober 2021 anlässlich des 20-jährigen Bestehens zu einem besonderen Ereignis. Gabriele Becker von Wiese e. V., einer Beratungsstelle für alle Selbsthilfegruppen in Essen, moderierte die Veranstaltung. Da Frau Wiese vor 20 Jahren maßgeblich an der Gründung der SHG Prostatakrebs Essen beteiligt war, freute sich die Gruppe besonders über ihre Teilnahme und die Übernahme der Moderation.



Heinz Davidheimann, Leiter der SHG Essen, bedankt sich bei Gabriele Becker, Wiese e. V., für ihr Engagement.



Jubiläumsveranstaltung der SHG Essen mit musikalischer Begleitung, © alle Fotos: K.-H. Stein

Gastronomen bieten „nette Toiletten“

Wenn man dringend auf Toilette muss, muss es manchmal sehr schnell gehen. Doch wo findet man dann ein öffentliches WC, ein Restaurant oder eine Lokalität mit öffentlich zugänglicher Toilette? Das deutschlandweite Konzept „Nette Toilette“ möchte hier Abhilfe schaffen. Seit Oktober 2021 ist es auch in Marburg am Start. Dort sind in einem Pilotprojekt zunächst die Toiletten in drei Gastronomiebetrieben kostenlos für jedermann zugänglich und benutzbar. Perspektivisch soll ein weit gespanntes Netz entstehen, das weitere „stille Örtchen“ für den Notfall zusätzlich zu

öffentlichen Toiletten zur Verfügung stellt und besonders Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen hilft. Der Leiter der Selbsthilfegruppe Marburg, Hans-Werner Biehn, präsentiert die Plakette, die die frei zugänglichen Toiletten kennzeichnet.



Hans-Werner Biehn© privat

BPS-App wurde aktualisiert

Der BPS hat eine App für die Systeme IOS und Android entwickelt. Nun gibt es eine aktualisierte Fassung, die Nutzer der BPS-App automatisch erhalten. Neu-Interessierte finden die aktualisierte Fassung im App-Store und bei Google Play.

Dr. Hartmut Härtner verstorben

Dr. Hartmut Härtner ist am 11. November 2021 im Alter von 78 Jahren verstorben. Hartmut Härtner war Mitglied der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Darmstadt und Umgebung und ihres Vorstands. Den Verbesserungen der Therapien durch wissenschaftliche Forschung galt sein besonderes Interesse. Als ehemaliger Vorsitzender des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen und bis 2019 als stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) setzte er sich ein für das Wirken der Selbsthilfe und die Unterstützung der Männer mit Prostatakrebs und ihrer Nächsten.

Wir trauern um Dr. Hartmut Härtner und behalten ihn in und sein ehrenamtliches Engagement in dankbarer Erinnerung.



© BPS

Nachruf Gerhard Beck

Von der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Buchau- Federsee

Die SHG Bad Buchau-Federsee trauert um ihren langjährigen Vereinsvorsitzenden: Gerhard Beck war bereits im Gründungsjahr 2003 der SHG als Mitglied beigetreten. 2006 übernahm er das Amt des Schriftführers und im Jahr 2009 wurde er zum Leiter der Gruppe gewählt.

In all den Jahren bis zu seinem Tod am 18. Oktober 2021 war er mit Herzblut für seine SHG engagiert. Die Selbsthilfe hat er zu seinem Lebenswerk und Lebensinhalt gemacht. Er hatte immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte, nicht nur der von Prostatakrebs betroffenen Männer, sondern auch für deren Angehörige. So konnte er viel Unterstützung und Freundschaften entwickeln, die den Betroffenen in schwierigen Zeiten Kraft und Mut gaben. Auch seine persönlichen Verbindungen zum Klinikum des Gesundheitszentrums Bad Buchau-Federsee waren für die SHG stets eine große Hilfe und Bereicherung.

Als Dank und Anerkennung für sein Engagement hatte ihn der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) 2017 mit der Silbernen Ehrennadel ausgezeichnet.

Und nur wenige Tage vor seinem Tod konnte die SHG Bad Buchau ihren langjährigen Vorsitzenden Gerhard Beck, stellvertretend über seine Ehefrau Gudrun Beck, für sein geleistetes Lebenswerk ehren.

Mit großer Wertschätzung nehmen wir Abschied und sagen „Danke, Gerhard“.



© privat

BPS-Informations- und Weiterbildungsprogramm 2022

Das BPS-Seminaprogramm 2022 startet im Mai mit nachfolgenden Seminaren in Präsenz.

10. bis 12. Mai 2022 „Kommunikation in der Selbsthilfegruppe“

Leitung: Herbert Hoppe, ehemaliger Dozent für Verwaltung und Rechtspflege
Veranstaltungsort: Inselhotel, Theaterplatz 5-7, 53177 Bad Godesberg

1. bis 2. September 2022 „Therapie beim fortgeschrittenen Prostatakrebs“

Veranstaltungsort: Katholisch-Soziales Institut, Bergstraße 26, 53721 Siegburg
Referent: PD Dr. med. Stefan Machtens

5. bis 7. September 2022 „Kommunikation in der Selbsthilfegruppe“

Leitung: Herbert Hoppe, ehemaliger Dozent für Verwaltung und Rechtspflege
Veranstaltungsort: City Partner Hotel Lenz, Leipziger Str. 122/124, 36037 Fulda

24. bis 25. November 2022 „Therapie beim fortgeschrittenen Prostatakrebs“

Veranstaltungsort: Katholisch-Soziales Institut, Bergstraße 26, 53721 Siegburg
Referent: Prof. Dr. med. Carsten Ohlmann

Anmeldungen bitte an seminare@prostatakrebs-bps.de. Weitere Informationen zu Anmeldung, Teilnahme und Seminarinhalt finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://prostatakrebs-bps.de/seminarprogramm>. Dort veröffentlichen wir ebenfalls weitere Veranstaltungen

Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“

Von Ernst-Günther Carl, Leiter des AK Patientenbeteiligung

Im Rahmen der abgehaltenen Videokonferenzen – Präsenzsitzungen sind erst ab April 2022 machbar – hat sich der Arbeitskreis mit den nachstehenden Themen befasst:

- Für den im Herbst stattfindenden Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Hamburg konnte in Abstimmung mit DGU-Präsidentin und DGU-Generalsekretär ein BPS-Forum verabredet und geplant werden. Es werden Prof. Pelzer, Dr. Beyer und der Vorsitzende des AK PatB referieren, für den Vorsitz wird der BPS-Vorsitzende und seitens der DGU noch ein namhafter Urologen benannt werden.
- Auf dem im Mai 2022 stattfindenden Kongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) wird der BPS erstmals mit einem Infostand vertreten sowie in zwei Vortragsthemen eingebunden sein. Bandbreite dort werden sämtliche Bestrahlungsarten sein. Für den Prostatakrebs sind dies die perkutane Strahlentherapie, LDR-Brachy sowie alle Arten von Salvage- bzw. Metastasenbestrahlung. Unsere Vortragsthemen sind „Therapie der Prostata“ sowie speziell am Patiententag „PROMS“ (= Patient-reported outcome measures, Anm. d. Red.: PROMs messen die Einschätzung des Gesundheitszustands eines Patienten bzw. einer Patientin z.B. in Bezug auf ihre Einschränkung der Mobilität, Kontinenz etc.).
- Wir haben uns im Themenbereich Nuklearmedizin eingebracht, wo namhafte Nuklearmediziner aktuell über diese Anwendung (PSMA/Lutetium und PSMA/Lutetium plus Actinium) Daten und Informationen austauschen, mit dem Ziel, diese Anwendungen vom Heilversuch in die Regelversorgung zu bringen.
- Wir setzen die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf in den Studien PROBASE und PRIMA fort sowie – soeben neubeginnend – in der „Risikosprechstunde für Männer mit familiärer oder hereditärer Belastung für Prostatakrebs“. Wir hoffen, in 2022 evidente PROBASE-Daten zu erhalten, die es ermöglichen, die Thematik „PSA-gestützte Früherkennung“ wiederzubeleben.
- Wir beteiligen uns am Deutschen Krebskongress (DKK) im November in Berlin mit einem Vortrag zu „Qualitätsindikatoren“, Basis sind die dazu im Umfeld des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erreichten Abstimmungen.
- Wir sind durch den AK-Vorsitzenden in den Verlauf und die Auswertung der PCO-Studie involviert und werden Daten daraus sowohl am DGU-Kongress als auch am DEGRO-Kongress nutzen. Der bisherige Erfolg mit mehr als 40.000 prätherapeutischen Fragebögen stimmt uns positiv, hier nachhaltig für die Betroffenen arbeiten zu können.
- Aktuell erfolgt, wie den BPS-Mitgliedern bereits mitgeteilt, eine Online-Umfrage zu den S3-Leitlinien. Die darauf aufbauende Aktualisierung der S3-Leitlinie Prostatakrebs ist für das Jahresende geplant.

patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de

Informationen zum elektronischen Medikationsplan

Patienten, denen gleichzeitig mindestens drei systemisch wirkende Medikamente auf Kassenrezept verordnet wurden und die diese über vier Wochen anwenden, haben Anspruch auf den bundeseinheitlichen Medikationsplan.

Versicherte können den Plan nicht nur in Papierform erhalten, sondern ebenso auf ihrer elektro-

nischen Gesundheitskarte oder in der elektronischen Patientenakte ablegen.

Weitere Informationen finden Sie in einem aktualisierten [Flyer](#) der kassenärztlichen Bundesvereinigung.



Onkopedia – Leitlinienportal der DGHO

Mit dem Internetportal [Onkopedia](#) hat die DGHO seit 2010 ein eigenes Portal zur Erstellung und Veröffentlichung von Leitlinien etabliert, in dem Inhalte komprimiert, übersichtlich, aktuell und für jeden frei zugänglich präsentiert:

- Onkopedia Leitlinien - ärztliche Leitlinien
- Arzneimittel - Zusammenfassungen von aktuellen Informationen zu neuen Arzneimitteln mit den Ergebnissen der Zulassungsstudie(n), der Festlegung des Zusatznutzens und den Empfehlungen der Fachgesellschaft(en) sowie Dokumente zu Wechselwirkungen und Nebenwirkungen
- AYApedia - Informationen (nicht nur) für junge Erwachsene mit Krebs; Video
- Onkopedia Pflege - Leitlinien für Themen aus dem Bereich der Pflege
- Wissensdatenbank - Hintergrundinformationen
- www.onkopedia-guidelines.info - Onkopedia Guidelines – die englischsprachige Version einiger Leitlinien (seit 2012)

Erweiterten Leitlinien-Anhänge, wie Studienergebnisse oder Therapieprotokolle, sind kostenpflichtig.

Vorerst weder eAU noch eRezept

Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitteilte, hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach die Einführung von elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und elektronischem Rezept (eRezept) bis auf Weiteres

verschoben: „Was noch nicht 100-prozentig ausgereift sei, könne nicht in die Fläche gebracht werden“. Mit Blick auf die hohe Fehleranfälligkeit und dem unklaren Nutzen kündigte er eine „Strategiebewertung“ in seinem Ministerium an.

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe?

Um die für Sie nächstgelegene Selbsthilfegruppe zu finden, können Sie auf der [Internetseite](#) des BPS über Suchoptionen nach Bundesland, nach Postleitzahl oder auf der Karte zu dem für Sie zutreffenden Ergebnis kommen.

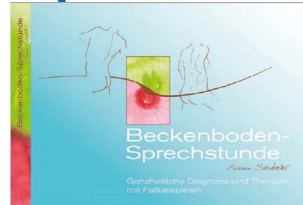
Diagnose Krebs – Das Überlebensbuch für die Seele

Krebs – wie jetzt weiterleben? Orientierung und Hilfe für die Zeit nach der Diagnose von einer erfahrenen Psychotherapeutin und Psychoonkologin.

288 Seiten, gebunden, EUR 22,00
ISBN 978-3-424-20255-7.



Die Beckenboden Sprechstunde – Diagnose und Therapie mit Fallbeispielen



Seiten 312,
69 Illustrationen
broschiert,
EUR 32,00
ISBN 978-3-00-063245-7.

Nachhaltige Geschenk-Kampagne für chronisch Kranke

Unter dem Motto „Schenke Unterstützung“ startet die österreichweite Kampagne „selpers helpers“. Chronisch Kranke und Angehörige können dabei gebrauchte und gut erhaltene Hilfsmittel an andere Betroffene weitergeben. Das Miteinander und die Nachhaltigkeit stehen im Vordergrund. Wer selbst etwas weitergeben möchte oder auf der Suche nach Hilfsmitteln ist, findet die Aktion ab sofort [hier](#).

Wir freuen uns über Anregungen, Themenvorschläge und Meinungen

Teilen Sie uns gerne mit, was Sie interessiert. Oder auch nicht!
Meinungen, Ideen und Vorschläge bitte an magazin@prostatakrebs-bps.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 [hier](#) auf unserer Internetseite.

Informationsmaterial Heft 1/2022

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

BPS-Jahrestagung 2022

Vorsichtig optimistisch geplant
für den 21. bis 23. Juni 2022

Tagungsort:
Maritim Airport Hotel Hannover



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



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

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.