

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 3/2024



Wir sind gemeinsam stark!

Aktuell

- 2 Der Vorstand informiert: Bericht von der 107. Sitzung des Vorstands
- 2 Medizinischer Beirat des BPS – Abschied und Willkommen
- 2 Online-Selbsthilfegruppe Prostatakrebs des BPS
- 3 Europa UOMO Summer School mit BPS-Beteiligung
- 3 Bericht vom 76. DGU-Kongress
- 4 Prof. Maximilian Burger ist neuer Generalsekretär der DGU
- 5 Die elektronische Patientenakte „ePa“ kommt
- 5 Anspruch auf unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei lokalem Prostatakrebs ohne Metastase

Diagnose und Therapie

- 6 Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Übersicht)
- 15 Familiäres und Genetisches Risiko für Prostatakrebs – Was bedeutet das und welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?
- 18 Offene versus roboterassistierte Prostatektomie: Roboter erzielt funktionelle Vorteile
- 18 Präzisionsonkologie: Das „Molekulare Tumorboard – MTB“
- 18 Moringa bei Krebs – Was ist dran?

Verbandsnachrichten

- 19 Jubiläen 2024
- 20 Regionalverband Selbsthilfe Nord hat sich gegründet
- 21 20 Jahre SHG Kaiserslautern
- 22 SHG Köln-Nord feiert 20-jähriges Jubiläum mit Schiffstour
- 22 SHG Deggendorf erkundet Vilshofen
- 23 Vortrag in der SHG Vulkaneifel-Daun
- 23 SHG Viersen besucht Chemiefabrik in Brüggem
- 24 Jahresausflug der SHG Bad Saulgau
- 24 Der Sommer 2024 der SHG Braunschweig
- 25 Aktivitäten der SHG Bocholt-Rhede
- 26 SHG Kassel und Landesverband Hessen machen Werbung
- 26 SHG Magdeburg rudert gegen Krebs
- 28 SHG Borken on tour
- 28 SHGs aus Luckenwalde und Potsdam bei Patientenforum
- 29 Gemeinsam gegen den Krebs
- 30 10-jähriges Jubiläum der SHG Mittweida und Umgebung
- 30 SHG Pforzheim trauert um Hubert Müller
- 31 „BPS-Ideenkorb“ für Selbsthilfegruppen

Für Sie notiert

- 32 Neues vom Europäischen Krebskongress ESMO 2024 – verständlich erklärt und diskutiert
- 32 Verordnung für manuelle Lymphdrainage ohne Zeitvorgabe
- 32 Krankenförderung kann zukünftig auch per Videosprechstunde verordnet werden

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

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

Redaktionsschluss: **Ausgabe 1/2025: 1. März 2025**; Ausgabe 2/2025: 1. Juli 2025; Ausgabe 3/2025: 1. Oktober 2025

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

Titelfoto: Nathan Hutchcraft – stock.adobe.com

Hinweis: Medizinische Beiträge, 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,

haben Sie sich schon einmal die Frage gestellt, ob es Zufall ist, dass viele Worte, die Bedrohliches beschreiben oder Ängste und Sorgen auslösen, mit dem Buchstaben K anfangen: Krieg, Krise, Konflikt, Katastrophe, Klimawandel, Krebs, Krankenhausreform ...?

Wahrscheinlich ist es wirklich nur ein Zufall, aber es ist Realität, dass dies alles im eigenen Land und um uns herum tagtäglich passiert. Das darf und wird uns als Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe jedoch nicht davon abhalten, weiterhin unsere Stimme im deutschen Gesundheitswesen für alle Männer, für uns, für unsere Söhne und Enkel zu erheben. Anfangs war die Stimme leise, mit den Jahren wurde sie lauter und fand Gehör bei den Urologen und in der Politik.

Der BPS blickt am 15. September 2025 auf ein Vierteljahrhundert ehrenamtliches Engagement für Betroffene und deren Angehörige zurück. Gleichzeitig ergibt sich aus dem Erbe der Vergangenheit unser Anspruch, dem Bedarf nach geeigneten Selbsthilfeangeboten auch in der Zukunft gerecht zu werden.

Wenn Prostatakrebs heute auch dank des Engagements des BPS besser therapiert werden kann, bleibt noch viel zu tun. Nach wie vor ist die risikoadaptierte Früherkennung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht etabliert. Nach wie vor versterben jährlich ca. 15.000 Männer an Prostatakrebs, eine Zahl, die trotz aller

Fortschritte auf konstant hohem Niveau verharret.

Wir werden also unser Jubiläum auch dazu nutzen, unsere Ziele für die nächsten Jahre zu überdenken. Noch werden der BPS und seine Stimme gebraucht.



Liebe Leserinnen und Leser, jetzt, da Sie dieses Magazin in den Händen halten, sind die Feiertage nicht mehr weit. Wir werden Geschenke überreichen und empfangen. Manche davon werden wir wieder umtauschen, manchen Gutschein einlösen. Wir alle werden die Zeit nutzen, um mit Verwandten und Freunden Stunden der Ruhe und Besinnung, oft mit einem guten Essen verbunden, zu finden. Für die meisten von uns werden es also ganz normale Tage werden.

Mit den Gedanken sollten wir aber auch bei jenen sein, denen dies nicht vergönnt ist, die unter Kriegen und Konflikten leiden.

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 107. Sitzung des Vorstands

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Der Vorstand des BPS trat am 22. Oktober 2024 zu seiner 107. Sitzung virtuell zusammen. Eingangs berichtete die Geschäftsstelle über die Mitgliederentwicklung. Fünf Selbsthilfegruppen traten dem BPS neu bei. In 14 Selbsthilfegruppen erfolgte eine Staffelübergabe. Dies ist eine erfreuliche und mutmachende Tendenz. Das gelingt aber nicht immer. Alter und der Tod des SHG-Leiters sind Ursachen für die Auflösung einer Selbsthilfegruppe. Bevor es jedoch zur Auflösung kommt,

bieten Vorstand und BPS-Geschäftsstelle jederzeit Hilfe an.

In der Folge nahm der Vorstand einen Bericht des Arbeitskreises „Fortgeschrittener Prostatakrebs“ entgegen. Des Weiteren wurde der Entwurf der Satzungs- und Strukturkommission zur Neufassung der Ehrenordnung des BPS beraten und entschieden, diesen der 25. Mitgliederversammlung im nächsten Jahr zur Beschlussfassung vorzulegen.

Medizinischer Beirat des BPS – Abschied und Willkommen

Dem Medizinischen Beirat obliegt die fachliche Beratung und Unterstützung des Vereins und seiner Gremien.

2024 mussten wir uns von Prof. Dr. Manfred Wirth verabschieden, seit 2005 Mitglied des Medizinischen Beirats des BPS und Wil de Jongh-Preisträger 2013, der am 11. Juli verstorben ist. Mit ihm verlässt ein renommierter Urologe – DGU-Präsident und Ehrenmitglied der EAU – diese Welt.

Gleichzeitig konnten wir Prof. Dr. Boris Hadaschik begrüßen, Direktor der Urologischen Universitätsklinik und Leiter des Uroonkologischen Zentrums Essen, der sich seit vielen Jahren für eine bessere Erkennung und Behandlung des Prostatakrebses engagiert und dem für diesen besonderen Einsatz 2024 die höchste Anerkennung unseres Verbandes, die Wil de Jongh-Medaille, verliehen wurde.

Online-Selbsthilfegruppe Prostatakrebs des BPS

Sie suchen den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, aber es gibt keine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe? Oder sind Sie aktuell in Ihrer Mobilität eingeschränkt und können nicht an den Treffen Ihrer SHG teilnehmen? Hierfür stellt der BPS jeden ersten Montag im Monat (18.00 bis 19.30 Uhr) den geschützten virtuellen Raum einer Online-Selbsthilfegruppe zur Verfügung. Teilnahmeinformationen finden Sie [hier](#).



Europa UOMO Summer School mit BPS-Beteiligung

Vom 1. bis 6. September 2024 veranstaltete die Europäische Patientenvereinigung Europa UOMO in Brüssel die „Summer School“ – ein einwöchiges Schulungsprogramm, das Europa UOMO-Mitgliedern dabei helfen soll, kompetente Patientenvertreter zu werden. Hierzu stellten Fachleute Wissenswertes zu den molekularen Ursachen für Krebs, medizinischer Statistik, klinischen Studien und zu den verschiedenen Stadien des PCa vor.

In diesem Jahr nahmen 25 Personen aus den europäischen Mitgliedsverbänden teil, darunter auch Joachim Guderian, neues Mitglied des BPS-Arbeitskreises „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“.

(von links) Dr. Eric Briers (Organisator), Ernst-Günther Carl (Vorsitzender von Europa UOMO und stellvertretender BPS-Vorsitzender) sowie Joachim Guderian (AK PatB), © E.-G. Carl



Bericht vom 76. DGU-Kongress

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Der 76. Kongress vom 25. bis 28. September 2024 in Leipzig stand unter dem Motto „Wissen schafft Evidenz, Heilung und Innovation“. Schon in der Eröffnungspressekonferenz stellte Prof. Michel, Generalsekretär der DGU, mit dem Thema „Prostatakarzinomfrüherkennung 2.0“ einen auf den Leitlinien der europäischen Urologenvereinigung (EAU) und den Empfehlungen der Europäischen Kommission basierenden Algorithmus für ein risikoadaptiertes Früherkennungsprogramm als Kassenleistung vor. Die BPS-Vertreter besprachen mit der DGU-Spitze anschließend das weitere Vorgehen. Die Erwartungshaltung, dass hier nun endlich die Weichen im Sinne der Betroffenen richtig gestellt werden, ist hoch.



(von links) Ernst-Günther Carl (BPS), Werner Seelig (BPS), Dr. Axel Belusa (BvDU) und Dr. Schiek-Kunz (ShB); © BvDU

Ein weiteres wichtiges Gespräch fand mit den Vertretern des Berufsverbands der Deutschen Urologie (BvDU) statt. Wie auf der Jahrestagung des BPS mit Dr. Belusa, Präsident des BvDU, vereinbart, wurden die Grundzüge eines gemeinsamen „Positionspapiers“ skizziert, mit dem die Ärztinnen und Ärzte in den urologischen Praxen aufgefordert werden sollen, Patienten mit einer Krebsdiagnose aktiv auf die Selbsthilfe hinzuweisen. Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs beteiligt sich an dieser Initiative des BPS.

Die Mitgliederversammlung der DGU wählte Prof. Burger, Regensburg, zu ihrem neuen Generalsekretär. Der BPS gratuliert ihm zu seiner Wahl und dankt gleichzeitig Prof. Michel für sein stets offenes Ohr für die Anliegen der von Prostatakrebs betroffenen Männer und ihrer Angehörigen.

Während des Kongresses, an dem über 6.000 Urologinnen und Urologen, aber auch viele Pflegekräfte teilnahmen, war der BPS mit einem Infostand präsent. Über unsere Internetseite und



(von links) Fritz Dauth, Helmut Hornung und Ralf-Rainer Damm von der BPS-Beratungshotline, © E.-G. Carl

in den sozialen Medien wurden aktuelle Themen teils in Echtzeit kommuniziert. Highlights des Kongresses können auch auf urologenportal.de nachgelesen werden.

Prof. Maximilian Burger ist neuer Generalsekretär der DGU

Der Regensburger Klinikdirektor und Urologie-Ordinarius Prof. Maximilian Burger ist neuer Generalsekretär und Sprecher des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Prof. Burger hat 1993 sein Medizinstudium in Ulm und Regensburg begonnen. Nach seiner Weiterbildungen in Mainz und Regensburg und nach Position als Leitender Oberarzt in Würzburg ist er seit 2013 Direktor der Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhauses St. Josef.

Er engagiert sich seit vielen Jahren in der Leitlinienkommission „Harnblasenkarzinom“ sowie „Prostatakarzinom“ und im Vorstand der DGU.

Prof. Burger unterstützt den BPS seit vielen Jah-

ren – unkompliziert und stets patientenorientiert. Besonders hervorzuheben ist seine Online-Vortragsreihe im Rahmen des BPS-Schulungsprogramms mit dem Schwerpunkt „Grundlegendes Wissen zum Prostatakrebs“, die er 2021 ins Leben rief und 2024 dann nochmals aktualisiert hat.

Wir wünschen Prof. Burger alles Gute für diese neue Aufgabe!



© DGU

Die elektronische Patientenakte „ePa“ kommt

Alle gesetzlich Krankenversicherten sollen ab dem 15. Februar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA) erhalten – einen digitalen Gesundheitsordner, in den Praxen und Krankenhäuser Arztbriefe, Befunde, Laborwerte, Röntgenbilder oder die Medikation zusammentragen. Aber auch Patienten können dort selbst Dokumente ablegen, damit behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten alle relevanten Informationen vorliegen.

Versicherte können per Smartphone-App, PC oder Laptop auf die ePa zugreifen und Informationen einstellen und einsehen. Ärzte befüllen sie vom Praxiscomputer aus. Die Daten werden auf Servern in Deutschland gespeichert und verschlüsselt.

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist freiwillig. Nur die Versicherten bestimmen, wem sie Zugriff auf ihre elektronische Patienten-

akte geben. Wer diese ePa nicht haben möchte, kann der Einrichtung bei der Krankenkasse widersprechen – ohne negative Auswirkungen auf die weitere Gesundheitsversorgung.

Privatversicherte können sich eine ePa über ihre private Krankenversicherung anlegen lassen.

Detailliertere Informationen, auch zum Datenschutz, finden Sie unter nachfolgenden Links:

- [„Allgemeine Informationen zur ePA für alle“](#)
- [„Wie werden die Daten in der ePA verschlüsselt?“](#)
- [„Wie werden TI und ePA vor Viren und Malware geschützt?“](#)
- [„Die Medikationsliste in der neuen ePA“](#)
- [„Opt Out ePA - Was ist die „ePA für alle“?“](#)

Anspruch auf unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei lokalem Prostatakrebs ohne Metastasen

Bei einem lokal begrenzten Prostatakarzinom ohne Metastasen gibt es verschiedene Eingriffe als Behandlungsoptionen: die chirurgische Entfernung der Prostata (Prostatektomie), die Bestrahlung des Tumors mit einer externen Strahlenquelle (perkutane Strahlentherapie) sowie die Einbringung einer Strahlenquelle in die Prostata

zur internen Bestrahlung (Brachytherapie). Künftig können gesetzlich versicherte Patienten sich eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einholen, wenn ihnen eine dieser Therapieoptionen vorgeschlagen wurde. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag

Quelle: G-BA, September 2024

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe?

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

Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Übersicht)¹

Udo Ehrmann ist Mitglied des BPS-Vorstands und des Arbeitskreises „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ sowie themenbezogener Patientenvertreter im G-BA (Unterausschuss Arzneimittel). Er hat eine Übersicht von Wirkstoffen bei der Therapie im fortgeschrittenem Stadium zusammengestellt. Diese Übersicht können sich Interessenten auch [hier](#) herunterladen. Rückfragen beantwortet der Arbeitskreis unter seiner Mailadresse patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de.

Oligometastasiertes Prostatakarzinom (OMPC) ²	Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC) ³	Nicht-metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC, M0-PCa) ⁴	Metastasiertes kastrationsresistentes (androgenunabhängiges) Prostatakarzinom (mCRPC) ⁵		
Androgendeprivationstherapie⁶ (ADT, kontinuierlich): durch GNRH-Depotspritzen (GNRH-Analoga: Buserelin, Goserelin, Leuprorelin, Triptorelin , GNRH-Antagonist: Degarelix) oder Tabletten (GNRH-Antagonist: Relugolix) oder operative Hodenentfernung (Orchiektomie)					
+	+	+	+	+	+
Lokale Therapien bei max. 4 Knochenmetastasen (M1b)	Erweiterte systemische Therapie incl. neuen hormonellen Substanzen	Nur bei hohem Metastasierungsrisiko (PSA-VZ <10 Monate)	Keine Mutationen von BRCA1/2 oder HRR ⁷ (abhängig von Vortherapie)	HRR-Mutationen außer BRCA-Mutation ⁸ (abhängig von Vortherapie)	Neuroendokrines Prostatakarzinom ⁹ (NEPC)
Sollte: hypofraktionierte Strahlentherapie der Prostata oder kann: radikale Prostatektomie + kann: erweiterte systemische Therapie	Falls für Docetaxel geeignet, soll: Darolutamid + Docetaxel oder kann: Abirateron + Docetaxel (de-novo/high volume) Falls nicht für Docetaxel geeignet, soll: Abirateron (high risk) oder Apalutamid oder Enzalutamid	Soll: Apalutamid oder Darolutamid oder Enzalutamid	Soll: Abirateron oder Docetaxel oder Enzalutamid oder falls Chemotherapie (Docetaxel) nicht indiziert, soll: Olaparib + Abirateron oder Talazoparib + Enzalutamid	Soll: Abirateron oder Docetaxel oder Enzalutamid oder falls Chemotherapie (Docetaxel) nicht indiziert, kann: Olaparib + Abirateron oder Talazoparib + Enzalutamid	Sollte: platinbasierte Chemotherapie: Cisplatin oder Carboplatin + Etoposid

<p>+ Metastasen-gerichtete Therapie (MDT): Kann: stereotaktische Bestrahlung</p>	<p>Wenn eine Kombinationstherapie nicht in Frage kommt</p>	<p>Biochem. (PSA-) Rezidiv nach OP (>0,2 ng/ml)¹⁰</p>	<p>BRCA1/2-Mutation¹¹</p>	<p>Nach 2 Vortherapien: (Docetaxel und Abirateron oder einem ARPI)¹²</p>	<p>Bei reduziertem Allgemeinzustand¹³</p>
<p>cN1, M0 (regionale Lymphknotenmetastasen im Becken, ohne Fernmetastasen)¹⁴: Strahlentherapie von Prostata und Becken + ADT + Abirateron oder radikale Prostatektomie + Lymphknotenentfernung + Strahlentherapie + ADT</p>	<p>kann: ADT allein (kontinuierliche Monotherapie) ohne Empfehlung: intermittierende ADT, (IAD)¹⁵; Symptomfreier Patient mit kurzer allgemeiner Lebenserwartung, der die Nebenwirkungen vermeiden will: Watchful Waiting (WW, Abwarten)</p>	<p>Bei PSA-VZ >12 Monate, GleasonScore <8 (ISUP<4) kann: Abwarten Bei PSA >0,5 ng/ml, soll: Salvage-Strahlentherapie Bei PSA >0,7 ng/ml, PSA-VZ <12 Mon., ISUP 4-5: (hohes Progressionsrisiko): Salvage-Strahlentherapie + ADT oder + Bicalutamid</p>	<p>nach Abirateron oder ARPI soll: Olaparib oder falls Chemotherapie (Docetaxel) nicht indiziert: Niraparib + Abirateron oder Olaparib + Abirateron oder Talazoparib + Enzalutamid</p>	<p>soll: Cabazitaxel oder Lutetium-PSMA-Radioliganden-Therapie (RLT) oder bei symptomatischen Knochenmetastasen kann: Radium-223</p>	<p>soll: symptombezogene + supportive Therapie + kann: systemische Therapie</p>
<p style="text-align: center;">+ soll: Denosumab oder Zoledronsäure¹⁶</p>					

+		
Symptombezogene und supportive Therapien (Beispiele)¹⁷		
Medikamentöse supportive Therapien	Hitzewallungen (unter Hormontherapie) Übelkeit und Erbrechen (Nausea, CINV) Diarrhoe (Durchfall) Neutropenie (Mangel an weißen Blutzellen, selten fiebrig) Anämie (Mangel an roten Blutzellen)	Cyproteronacetat (CPA) etc. Dexamethason (prophylaktisch), Antiemetika Loperamid etc. ggf. Granulozyten-Wachstumsfaktoren (G-CSF) und Antibiotika u.a. Bluttransfusion mit Erythrozytenkonzentrat
Medikamentöse Schmerztherapie	Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3	nicht-opioide Analgetika: ASS, Diclofenac, Ibuprofen etc. nicht-opioide Analgetika + schwache Opioide starke Opioide z. B. Morphin
Nicht-medikamentöse Schmerztherapie	Brustschmerzen (Gynäkomastie bei Hormontherapie) Schmerzende Knochenmetastasen	Bestrahlung der Brustwarzen (prophylaktisch) Bestrahlung, Radionuklide z.B. Radium-223, Samarium-153
Körperliche Aktivitäten (zur Prophylaxe)	Fatigue/Müdigkeit, Depressivität, Prävention von Stürzen und Knochenbrüchen	Sport, angepasstes Bewegungs- oder Krafttraining

1 Autor: Udo Ehrmann. Stand: Oktober 2024. Für diese Informationen wird keine Haftung übernommen, sie ersetzen keine ärztliche Beratung. Nur Wirkstoffnamen, keine Handelsnamen. Sie basieren auf Empfehlungen mit Hintergrundinformationen der evidenzbasierten (durch wissenschaftliche Studien belegten) **S3-Leitlinie Prostatakarzinom Version 7.0 von 2024**. Soweit möglich wurde auch die Empfehlungsstärke (soll, sollte oder kann) angegeben. Ergänzend werden die europäischen EAU Guidelines on Prostate Cancer 2024 sowie die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln einbezogen. Der G-BA ist eine Selbstverwaltungskörperschaft von Trägern des Gesundheitssystems mit Patientenbeteiligung. Er ist zuständig für die Nutzenbewertung von Leistungen, welche durch die gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Er berät auf Grundlage der Gutachten seines wissenschaftliche Instituts IQWiG. Die Beschlüsse zur Arzneimittelbewertung sind in der Verordnungssoftware der Ärzte enthalten. (Links: leitlinienprogramm-onkologie.de; g-ba.de; iqwig.de; gesundheitsinformation.de; krebsinformationsdienst.de, uroweb.org/guidelines/prostate-cancer).

Fortgeschrittenes Prostatakarzinom ist nicht lokal auf den Prostatabereich begrenzt, sondern hat im Körper gestreut und ist systemisch. Es haben sich regionale Lymphknotenmetastasen (N1) oder Fernmetastasen (M1a-c) entwickelt. Der Tumor ist nicht mehr heilbar, d.h. es gibt dafür noch keine kurative Therapie.

Gleichwohl können die lokalen und systemischen Palliativtherapien den Tumor z.T. lange kontrollieren und das Überleben verlängern. Die Betroffenen sind meist über 65 Jahre alt. Nicht alle Männer sterben am Prostatakarzinom (PCa). Andere Todesursachen sind z.B. Herzkreislauferkrankungen. Die Männer sollen über gesunden Lebensstil beraten werden, dies kann die Lebensqualität verbessern. Es sollen Gespräche zur vorausschauenden Vorsorgeplanung (advanced care planning) incl. Patientenverfügungen angeboten werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin). Aufklärung und Beratung sollen die Patienten zur Therapieentscheidung befähigen. Bei Bedarf kann der Patient eine ärztliche Zweitmeinung einholen.

2 Oligometastasiertes Prostatakarzinom (OMPC). Gering-metastasiertes Prostatakarzinom bedeutet niedriges Tumolvolumen bzw. niedrige Metastasenlast. Die Definition der Leitlinie für oligometastasiertes PCa ist: max. 4 Knochenmetastasen ohne viszerale Metastasen (Weichteilmetastasen in Lunge, Leber etc.) in konventioneller Bildgebung (Skelettszintigraphie, CT, MRT). Mit PSMA-PET-CT können zusätzlich kleinere Metastasen (etwa ab 5mm) entdeckt werden. Bei neu diagnostiziertem (d.h. hormon-sensitivem) oligometastasiertem PCa sollte zusätzlich zur Androgendeprivationstherapie (ADT, s.u.) eine perkutane bzw. hypofraktionierte Strahlentherapie der Prostata (HF-RT) angeboten werden. Die hypofraktionierte Strahlentherapie zeigte ein verlängertes Gesamtüberleben von median einigen Monaten im Vergleich zur ADT allein. Sie kann mit erweiterter systemischer Therapie kombiniert werden. Alternativ kann eine radikale Prostatektomie (RP) angeboten werden nach einer interdisziplinären Tumorkonferenz im Rahmen einer multimodalen Therapie mit ADT, Strahlentherapie (RT) oder erweiterter systemischer Therapie. Als zytoreduktive RP verringert sie die Tumormasse. Sie kann einer lokalen Progression vorbeugen, die zu Obstruktion oder Lähmung führen kann. Metastasen-direktive Therapie (MDT) mit hypofraktionierter bzw. stereotaktischer Bestrahlung der Metastasen (SBRT/SABR) kann angeboten werden zur Verzögerung der Hormontherapie bzw. der Progression.

3 Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC). Andere Bezeichnungen für mHSPC sind M1-HSPC, metastasiertes kastrations-sensitives, kastrations-naives oder hormon-naives PCa (mCSPC, mCNPC, mHNPC). Das mHSPC wird eingeteilt nach hoher- oder niedriger Metastasenlast (high oder low volume), hohem oder niedrigem Risiko (high- oder low-risk), sowie de novo bzw. synchron (neudiagnostiziert) oder metachron (nach Behandlung der Prostata) metastasiert. PSA und Tumor sprechen noch auf den Hormonentzug durch ADT bzw. Kombitherapien an. Innerhalb von drei Monaten nach Beginn der ADT sollte die ADT zu einer der folgenden Kombitherapien erweitert werden. Hierfür gibt es neben Zweifach- bzw. Duo-Therapien auch deren Intensivierung als Dreifach- bzw. Tripel-Therapien. Die Zweifachtherapien **Apalutamid +ADT** oder **Enzalutamid +ADT** sollen bei gutem Allgemeinzustand (ECOG 0-1) angeboten werden. Der Androgensynthesehemmer **Abirateron** + P (Prednison oder Prednisolon) **+ADT** soll bei de-novo (neu-) metastasiertem PCa oder hohem Risiko (high risk) angeboten werden. High-risk bedeutet mindestens 2 von 3 LATITUDE-Kriterien: Gleason Score 8-10 (ISUP 4-5) oder mind. 3 Knochenmetastasen oder viszerale Metastasen. Die Androgen-Rezeptor-gerichteten Substanzen Apalutamid, Darolutamid oder Enzalutamid werden auch Androgen-Rezeptor-Pfad-Inhibitoren (ARPI), -Hemmer, -Blocker oder -Antagonisten der neuen bzw. 2.Generation genannt. Abirateron gehört auch zu den sog. neuen hormonellen Substanzen und ist ein Androgensynthesehemmer. Beim mHSPC werden auch Dreifach-(Tripel-)Therapien angeboten für Chemotherapie-geeignete (ausreichend fitte) Patienten. **Darolutamid +ADT +Docetaxel** kann im Vergleich zu ADT+Docetaxel das mediane Gesamtüberleben um etwa ein Jahr zusätzlich verlängern. Der G-BA erkannte hier einen beträchtlichen Zusatznutzen. Die Dreifach-Kombination **Abirateron +ADT +Docetaxel** ist in Europa nicht zugelassen, da vom Hersteller nicht beantragt, kann aber angeboten werden bei neu-diagnostiziertem mHSPC oder bei hohem Tumolvolumen. Abirateron mit ADT zeigt bei mHSPC eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Gesamtüberlebens um mehr als ein Jahr. Auch Enzalutamid und Apalutamid zeigten verlängertes Gesamtüberleben. Apalutamid zeigte auch ein verbessertes zweites progressionsfreies Überleben (PSF2), d.h. es verbessert das Ansprechen von Abirateron als Folgetherapie. Abirateron erhielt für die Indikation Hochrisiko-mHSPC die G-BA-Bewertung beträchtlicher Zusatznutzen im Vergleich zu alleiniger ADT. Apalutamid erhielt die G-BA-Bewertung kein Zusatznutzen im Vergleich zu Docetaxel. Häufige Nebenwirkungen von Docetaxel sind u.a. vorübergehende Neuropathien. Die neuen hormonellen Substanzen (NHA) können in Kombination mit ADT das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Wenn keine Kombinationsbehandlung in Frage kommt, kann alleinige ADT (Monotherapie) angeboten werden. Es wird geschätzt, dass die Hälfte der Männer mit neu-diagnostiziertem (de-novo, synchron) metastasier-

tem PCa mindestens 5-Jahre überlebt. Bei Männern mit (metachronen) Metastasen, die erst nach Behandlung mit kurativer Intention gestreut haben, haben eine noch bessere Prognose.

4 Nicht-metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC). Das nmCRPC wird auch Fernmetastasen-freies oder M0-CRPC genannt. Es betrifft Männer mit biochemischem Rezidiv (s.u.) nach radikaler Prostatektomie (RP) oder Strahlentherapie (RT), bei denen das PSA unter Androgendeprivationstherapie (ADT) ansteigt, ohne dass Fernmetastasen nachweisbar sind, sog. „PSA-Krankheit“. Die Mikrometastasen sind kleiner als zwei Millimeter und können noch nicht durch Bildgebung entdeckt werden. Gleichwohl werden mit zunehmender Verbreitung des PSMA-PET-CT erheblich mehr kleine Metastasen als bei konventioneller Bildgebung entdeckt. **Apalutamid, Darolutamid** oder **Enzalutamid** sollen bei hohem Metastasierungsrisiko zusätzlich zur ADT angeboten werden. Hohes Risiko ist hier definiert als PSA-Verdopplungszeit (PSA-VZ, PSA-DT) von unter 10 Monaten. Die Antiandrogene neuer Generation zeigten eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Gesamtüberlebens um mehrere Monate. Darolutamid überschreitet die Blut-Hirnschranke kaum und liegt bei geistiger Verwirrung, Krampfanfälle, Stürze, Knochenbrüche, Fatigue, Hautausschlägen im unteren Bereich. Der G-BA bewertete den Zusatznutzen von Apalutamid und Enzalutamid im Vergleich zur alleinigen ADT als gering, und von Darolutamid als beträchtlich.

5 Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC). Das mCRPC wird auch M1-CRPC, metastasiertes hormon-refraktäres oder androgenunabhängiges PCa bezeichnet (mHRPC, AIPC). Die ADT oder die systemische Kombitherapie spricht nicht mehr an, der Tumor wurde androgenunabhängig. Die EAU-Definition von Kastrationsresistenz lautet: Serumtestosteron auf Kastrationsniveau (<50 ng/dl) bei gleichzeitiger biochemischer Progression, d.h. drei aufeinanderfolgende PSA-Anstiege mit einwöchigem Abstand, die zwei Anstiege um 50 % über dem Nadir ergeben, und einen PSA-Spiegel >2 ng/mL oder radiologische Progression (in der Bildgebung). Ein falscher Verdacht auf Kastrationsresistenz kann entstehen, wenn es zu Anwendungsfehlern mit der GNRH-Spritze kommt, wodurch das Kastrationsniveau nicht mehr erreicht wird und das PSA steigt. Deshalb soll der Testosteronspiegel regelmäßig kontrolliert werden.

6 Androgendeprivationstherapie (ADT). Andere Begriffe sind hormon- oder androgenablativ Therapie, Hormontherapie, Hormonblockade oder Hormonentzugstherapie (von Testosteron und Östrogen). Die ADT ist Standardtherapie für das metastasierte PCa. Die ADT kann zur Teil- oder Komplett-Remission von Tumoren führen. Sie verringert das Risiko für Komplikationen bzw. Schmerzen und verlängert die progressionsfreie Zeit bis zur Kastrationsresistenz (s.o.). Eine Verlängerung des Gesamtüberlebens ist nicht belegt. Das Neurohormon GNRH (=LHRH) steuert den Hormonhaushalt (Testosteron und Östrogen). Die Anwendung erfolgt durch eine GNRH-Depotspritze z.B. in den Unterbauch. GNRH-Analoga (GNRH-Agonisten) mit 1-, 3- oder 6-Monatsdepot sind **Buserelin, Goserelin, Leuprorelin** oder **Triptorelin**. Nebenwirkungen sind Hitzewallungen, Erschöpfung, Muskel- und Knochenabbau, Gewichtszunahme usw. Die Leitlinie empfiehlt zur Prävention u.a. körperliche Aktivität oder Bewegungstherapie. Unter Hormonentzug ist das Risiko auf Osteoporose, Knochenbrüche, Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Herzinfarkte erhöht. Der GNRH-Antagonist (GNRH-Blocker) **Degarelix** wirkt schneller, führt aber sehr häufig zu Schmerzen und Rötungen am Injektionsort und muss monatlich verabreicht werden. Falls die ADT abgelehnt wird, steht transdermales Estradiol, ein niedrig dosiertes Östrogen-Hormon über die Haut zur Verfügung. Die Estradiol-Pflaster zeigten im Vergleich zu GNRH-Analoga/Agonisten keinen Unterschied bei den Herz-Kreislaufereignissen (PATCH-Studie). Estradiol-Pflaster haben jedoch im Unterschied zu GNRH-Analoga keinen anfänglichen Testosteronschub, bewirkten ein schnelleres Erreichen des Kastrationsniveaus, eine bessere Knochendichte bzw. ein geringeres Frakturrisiko und eine bessere Lebensqualität (z.B. weniger Hitzewallungen, weniger Fatigue bzw. bessere Fitness). Nur Gynäkomastien

waren häufiger (erfordert ggf. prophylaktische Bestrahlung der Brustwarzen). Nicht mehr empfohlen werden Antiandrogene alter Generation (z.B. Bicalutamid, Flutamid), weder als Monotherapie noch kombiniert mit GNRH-Analoga als maximale bzw. kombinierte Androgenblockade (MAB/CAB). Ausnahme ist eine schwache Empfehlung der europäischen EAU-Guidelines on Prostate Cancer: ein Antiandrogen alter Generation kann kurzzeitig (z.B. bis 4 Wochen) gegeben werden, um das „flare-up“-Phänomen zu verringern. Der einwöchige Testosteronanstieg nach der Erstinjektion von GNRH-Analoga kann zum „Aufblühen“ von Metastasen führen und selten zu Schmerzen. Das Flare-Phänomen kann nicht ganz beseitigt werden. Es ist nur vorübergehend und verschlechtert das Überleben nicht. Der neue GNRH-Antagonist **Relugolix** ist für das fortgeschrittene hormonsensitive PCa zugelassen, jedoch nicht für das kastrationsresistente PCa (CRPC). Der G-BA erkannte keinen Zusatznutzen von Relugolix im Vergleich zum GNRH-Agonisten Leuprorelin. Der GnRH-Antagonist Relugolix wirkt im Vergleich zum GnRH-Analoga Leuprorelin (Depotspritze) etwas schneller. Die Tablette muss jedoch täglich eingenommen werden, was ungünstig sein kann für Patienten, die zu Vergesslichkeit oder vorzeitigem Abbruch neigen. Die Nebenwirkungen von Langzeit-Hormonentzug wie Hitzewallungen, Libidoverlust, Knochen- und Muskelabbau, Knochenbrüche etc. sind bei allen GnRH-Medikamenten ähnlich. Bei den beiden GNRH-Antagonisten Relugolix (Tablette) und Degarelix (Depotspritze) tritt kein anfänglicher Testosteronschub auf. Daher sollen sie bei Knochenschmerzen oder drohenden Komplikationen wie Rückenmarkskompression angeboten werden.

7 mCRPC ohne Mutationen von BRCA1/2 oder HRR (Homologe Rekombinations-Reparatur). Hier sollen u.a. die Zweifachtherapien **Abirateron (+P) +ADT**, Enzalutamid +ADT oder **Docetaxel +ADT** angeboten werden. Die Therapiefolgen sind abhängig von den Vortherapien. Häufige Nebenwirkungen von Docetaxel sind u.a. vorübergehender Haarverlust (Alopezie) oder Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Neuropathie). Als Ersttherapie zeigen die Medikamente eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Überlebens um einige Monate. Die Nebenwirkungen von Abirateron sind z.B. Hypokaliämie (Leberwerte prüfen) oder Hyperglykämie bei Diabetikern. Enzalutamid überwindet die Blut-Hirnschranke, dies kann u.a. zu kognitiven Problemen, Krampfanfällen und Stürzen führen. Der G-BA bewertete beim mCRPC den Zusatznutzen von Abirateron und Enzalutamid als beträchtlich im Vergleich zu ADT allein. Die Ersttherapien sprechen in der Regel am besten an, die Sequenztherapien (Folgetherapien) oft schlechter. So führen Abirateron und Enzalutamid sehr häufig zu wechselseitiger Resistenz (Kreuzresistenz). Die Therapiesequenz Abirateron - Enzalutamid führt zu etwas weniger Resistenzen als umgekehrt. Keine Empfehlung hat der AR-V7-Detektionstest. Die Androgenrezeptorvariante AR-V7 ist wenig geeignet als Resistenzmarker, da er Resistenz häufig falsch-positiv anzeigt. Auch wenn die liquid biopsy (sog. flüssige Biopsie) das AR-V7 in den zirkulierenden Tumorzellen des Blutserums findet, können Abirateron oder Enzalutamid z.T. ansprechen. Außerdem kann sich AR-V7 zurückentwickeln (Tsaur et al. 2017). Ein Wechsel der Therapiestrategie kann nach einer neuen hormonellen Substanz (NHA) wie Abirateron, Apalutamid, Darolutamid oder Enzalutamid bei gutem Gesundheitszustand angeboten werden, z.B. mit einer Chemotherapie (Docetaxel) oder einer (Kombi-)Therapie mit den PARP-Hemmern Olaparib, Niraparib oder Talazoparib. Falls Chemotherapie (Docetaxel) nicht indiziert ist, sollen die Dreifachtherapien **Olaparib+Abirateron+ADT** oder **Talazoparib+Enzalutamid+ADT** angeboten werden. Der G-BA erkannte hierfür einen geringen bzw. keinen Zusatznutzen. Die Daten zum Gesamtüberleben liegen z.T. noch nicht vor und die PARP-Hemmer sind mit erhöhten Nebenwirkungen z.B. Myelosuppression (Knochenmarkschädigung) in Form von Anämie, Leukopenie, Neutropenie oder Thrombozytopenie verbunden.

8 mCRPC mit HRR-Mutationen (außer BRCA-Mutationen). Auch hier soll abhängig von der Vortherapie **Abirateron (+P) +ADT** oder **Docetaxel +ADT** oder **Enzalutamid+ADT** angeboten werden. Falls eine Chemotherapie (Docetaxel) nicht indiziert ist, kann Olaparib+Abirateron+ADT oder

Talazoparib+Enzalutamid+ADT angeboten werden. Es gibt hier nur eine abgeschwächte bzw. Kann-Empfehlung für die Tripeltherapien, was der bisher schwachen Evidenzlage eher entspricht. Für die Talazoparib-Dreifachtherapie erkannte der G-BA nur einen geringeren Zusatznutzen, also eine Unterlegenheit im Vergleich mit Enzalutamid+ADT, u.a. wegen den erhöhten Nebenwirkungen.

9 Neuroendokrines PCa (NEPC) ist hoch aggressiv, jedoch bei neu-diagnostiziertem mHSPC eher selten (weniger als 1%). Diagnostische Kriterien dafür sind u.a. kleinzelliges Tumorgewebe, viszerale Metastasen (M1c) oder niedriges PSA trotz hoher Metastasenlast. Eine platinbasierte Chemotherapie mit Cisplatin oder Carboplatin + Etoposid kann im Vergleich zur Taxan-basierten Chemotherapie mit Docetaxel oder Cabazitaxel besser ansprechen, hat aber ein höheres Nebenwirkungsrisiko. Die Therapieempfehlung beruht auf Expertenkonsens mangels beweisender (evidenzbasierter) Studien.

10 PSA-Rezidive entwickeln 27% bis 53% aller Patienten nach RP oder Strahlentherapie (RT) (EAU Guidelines). Es wird auch **biochemisches Rezidiv** (BCR) oder **PSA-Progression** genannt und so definiert: mind. 2x PSA >0,2 ng/ml nach RP oder mind. 2x PSA >2 ng/ml über dem Nadir nach RT. Für systemisches bzw. gegen lokales Rezidiv sprechen: hoher Gleason Score 8-10 (ISUP-Grad 4-5), kurze PSA-Verdopplungszeit (z.B. <3 Monate) oder kurzes Zeitintervall bis PSA-Progress (z.B. <18 Monate). Bei günstiger Prognose d.h. PSA-Verdopplungszeit >12 Monate und Gleason Score 6-7 (ISUP 1-3) ist **Abwarten** eine Option. Vom PSA-Rezidiv dauert es median 8 Jahre bis zur Entwicklung von Fernmetastasen und über 5 Jahre bis zum Tod. Das PSA-Rezidiv führt nur bei einer Minderheit zu Metastasen oder Tod. **Salvage-Strahlentherapie** (SRT) soll nach RP angeboten und bei PSA unter 0,5 ng/ml begonnen werden. Bei hohem Progressionsrisiko soll die SRT mit **ADT** kombiniert werden, d.h. ab PSA >0,7 ng/ml oder PSA-Verdopplungszeit <12 Monate und Gleason Score 8-10. Nach RT sind Salvage-radikale Prostataektomie (SRP) oder HIFU (Hoch-intensiver Fokussierter Ultraschall) möglich. Hormontherapie ist bei PSA-Rezidiv kein Standard.

11 mCRPC mit BRCA1/2 –Mutationen. Rund 1 % aller Männer haben eine erbliche Mutation des BRCA2-Gens und damit ein erhöhtes Progressionsrisiko bei Prostatakrebs. BRCA1-Mutationen erhöhen das Sterblichkeitsrisiko nicht signifikant, jedoch die BRCA2-Mutationen. Rund 10% der Männer mit metastasiertem CRPC haben erworbene und/oder erbliche BRCA-Mutationen. Ein Bluttest zur Gensequenzierung kann sowohl die erblichen (Keimbahn-) Mutationen (germline /gBRCA) feststellen als auch die somatischen (erworbenen) BRCA-Mutationen (somatic /sBRCA). Außerdem können im Tumorgewebe der Prostata- oder Metastasen-Biopsien (z.B. Knochenmark) somatische BRCA-Mutationen gefunden werden, die auf die Tumorzellen begrenzt sind. Bei nachgewiesenen BRCA-Mutationen soll entweder **Olaparib** Monotherapie angeboten werden oder, falls Chemotherapie mit Docetaxel nicht indiziert **Nirapararib+Abirateron+ADT** oder **Olaparib+Abirateron+ADT** oder **Talazoparib+Enzalutamid+ADT**. Olaparib ist ein PARP-Hemmer zur zielgerichteten Therapie von mCRPC mit BRCA-Mutationen. Olaparib zeigte eine mediane Verlängerung des Gesamtüberlebens um mehrere Monate. Die dreifache Kombination **Olaparib +Abirateron +ADT** zeigte eine weitere Verlängerung des medianen Gesamtüberlebens um mehrere Monate. Der G-BA erkannte auf beträchtlichen Zusatznutzen. Das gleiche gilt für die Tripeltherapie Nirapararib +Abirateron +ADT. Während der G-BA für die Dreifachtherapie Talazoparib +Enzalutamid +ADT im Vergleich zu Enzalutamid +ADT keinen Zusatznutzen bei HRR-Mutationen (incl. BRCA-Mutationen) erkannte. Bisher konnte hierfür nur ein verlängertes progressionsfreies Überleben, aber kein längeres Gesamtüberleben nachgewiesen werden.

12 mCRPC nach Docetaxel und Abirateron oder einem ARPI (Androgen-Rezeptor-Pfad-Inhibitor: Apalutamid, Darolutamid oder Enzalutamid). Abirateron und Enzalutamid zeigen nach Docetaxel eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Überlebens um einige Monate. Der G-BA bewertete den Zu-

satznutzen von Abirateron und Enzalutamid nach Docetaxel als beträchtlich und von Cabazitaxel als gering. **Cabazitaxel** zeigte in 3.Linie nach Ersttherapie mit Docetaxel und Zweittherapie mit Abirateron oder Enzalutamid im Vergleich mit Enzalutamid oder Abirateron ein längeres Gesamtüberleben. Um Nebenwirkungen zu verringern wird Cabazitaxel auch in niedriger Dosierung eingesetzt: 20mg/qm statt 25mg/qm (Infusionen in 6 dreiwöchigen Zyklen). Nach Vortherapie mit Docetaxel zeigte die kombinierte Chemotherapie von Cabazitaxel plus Carboplatin (+Prednison +G-CSF) bei aggressiven Varianten des PCa (AVPC, aggressive variant prostate cancer) ein um ein Jahr verlängertes Gesamtüberleben im Vergleich zu Cabazitaxel allein. Klinisch-pathologischen Kriterien für aggressive Varianten sind: ADT-Ansprechzeit <6 Monate, Gleason Score ≥ 8 (ISUP 4-5), PSA <10ng/ml bei ≥ 20 Metastasen, Lymphknoten >5cm, ausschließlich viszerale Metastasen, überwiegend lytische (auflösende) Knochenmetastasen, kleinzelliges PCa oder wiederholt erhöhte Werte von LDH und CEA (NCCN-Guidelines Insights Prostate Cancer).

Nach 2 Therapielinien, d.h. Docetaxel und Abirateron oder einem ARPI, sollen **Cabazitaxel** (s.o.) oder **Lutetium-Radio-Liganden-Therapie** (RLT) angeboten werden. Bei symptomatischen Knochenmetastasen kann **Radium-223** angeboten werden.

Die **Lutetium-Radio-Liganden-Therapie** (RLT) ist eine gering radioaktive Radionuklidtherapie bzw. ein gewebeschonender Betastrahler von kurzer Reichweite (Injektion/Infusion, 4-6 Zyklen, 6-8-wöchiges Intervall). Lutetium-PSMA (177Lu-PSMA) ist als Arzneimittel zugelassen. Lutetium-PSMA-RLT soll bei mCRPC und gutem Allgemeinzustand nach Docetaxel oder einem ARPI angeboten werden. Die RLT spricht nur bei Metastasen an, die PSMA-positiv sind in der Bildgebung mit PSMA-PET/CT, d.h. bei über 80% der Männer. Die RLT zeigte in der VISION-Studie bei stark vorbehandelten Patienten eine mediane Verlängerung des Gesamtüberlebens um einige Monate. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten. Die RLT wird oft besser vertragen als manche Hormon- oder Chemotherapien. Als Nebenwirkungen können u.a. Mundtrockenheit, Anämie oder Thrombozytopenie auftreten. Der G-BA stellte einen beträchtlichen Zusatznutzen fest.

Das radioaktive Radionuklid **Radium-223** (Injektion, 6 vierwöchige Zyklen) ist ein Alphastrahler kurzer Reichweite, der das Knochenmark vergleichsweise gering schädigt. Radium-223 kann bei symptomatischen Knochenmetastasen ohne viszerale Metastasen nach zwei systemischen mCRPC-Therapien angeboten werden, oder wenn keine dieser Therapien infrage kommt. Es wirkt nicht gegen Lymphknoten- oder viszerale Metastasen. Eine Studie zur Kombination von Radium-223 mit Abirateron+P zeigte ein erhöhtes Frakturrisiko. Daher ist keine Kombination mit Abirateron erlaubt. Sehr häufige Nebenwirkungen sind Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen) und Knochenbrüche. Es kann auch zur Schmerztherapie eingesetzt werden. Die G-BA Bewertung für Radium-223 lautet: kein Zusatznutzen im Vergleich zu patientenindividueller oder bester supportiver Therapie.

13 Reduzierter Allgemeinzustand. Er bedeutet eingeschränkte Leistungs- und Selbstversorgungsfähigkeit (ECOG ≥ 2 , Karnofsky-Index < 70). Bei mCRPC mit reduziertem Allgemeinzustand soll eine symptombezogene Therapie angeboten werden (s.u.). Zusätzlich können die systemischen Therapien oder **Steroide** (Dexamethason, Prednisolon oder Prednison) angeboten werden. Ergänzend sollen palliativmedizinische Betreuungsangebote gemacht werden wie Selbsthilfegruppen, ambulante Pflege, stationäre Pflege, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Palliativdienste im Krankenhaus, Palliativstationen.

14 Lymphknotenmetastasen im Becken ohne Fernmetastasen (**cN1, M0**) gehören zum regional fortgeschrittenen hormonsensitiven PCa. Hier wurde die S3-Leitlinie 7.0 von 2024 noch nicht aktualisiert. Die europäischen EAU Guidelines on Prostate Cancer 2024 geben hingegen eine starke Empfehlung für den neuen Standard **Strahlentherapie** der Prostata und des Beckens **+adjuvante ADT +Abirateron** (je

mind. 2 Jahre). Evidenzgrundlage ist die randomisiert-kontrollierte STAMPEDE-Studie (Attard 2021). Die herkömmliche multimodale Therapie mit radikaler Prostatektomie +ausgedehnte Lymphknotenentfernung +Strahlentherapie von Prostata und Becken +ADT bleibt zwar eine Option. Aber sie ist mit mehr Nebenwirkungen verbunden und schlechter belegt.

15 Intermittierende Androgendeprivation (IAD). Andere Begriffe sind intermittierende (unterbrechende) Hormon- oder Androgen-Blockade (IHB, IAB). Sie wird zwar nicht mehr empfohlen, wird aber auf Patientenwunsch angeboten, wenn eine Kombinationstherapie nicht infrage kommt und die alleinige ADT gut anspricht. Das Therapie-freie Intervall nach Absetzen von GNRH-Spritze bzw.-Tablette kann Monate dauern bis das PSA z.B. auf den PSA-Wert der Erstdiagnose angestiegen ist. Danach folgt eine Therapiephase von z.B. 3 bis 6 Monaten, bis das Testosteron auf Kastrationsniveau gefallen ist und die Therapie erneut unterbrochen werden kann. Die mehrere Monate dauernde Testosteronrückkehr in den therapiefreien Intervallen kann Nebenwirkungen (Hitzewallungen, Libidoverlust, Erschöpfung usw.) verringern und die Lebensqualität etwas verbessern. Die IAD zeigt im Vergleich zur kontinuierlichen ADT keinen signifikanten Unterschied im Überleben. Nach Monaten bis Jahren unter IAD oder ADT wird der Tumor meist kastrationsresistent bzw. zum mCRPC.

16 Zoledronsäure (Bisphosphonat) oder **Denosumab** (monoklonaler Antikörper). Sie sollen zur Prävention von Komplikationen wie Knochenbrüchen im mCRPC-Stadium angeboten werden (Infusion, Injektion). Sie werden jedoch nicht für das hormon-sensitive (mHSPC-) Stadium empfohlen, da hier kein Nutzen belegt ist. Sie vermindern den Knochendichteverlust durch die Hormontherapie und sind schmerzlindernd bei Knochenmetastasen. Sie können keine Knochenmetastasen verhindern bzw. wirken nicht lebensverlängernd. Nebenwirkungen sind u.a. Kiefernekrosen. Prophylaxe: zahnärztliche Sanierung und Mundhygiene. Zur Vermeidung von Hypokalzämie sollen zusätzlich Calcium und Vitamin D gegeben werden.

17 Symptombesogene und supportive Therapien. Siehe S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Patientenleitlinie Prostatakrebs 2; Patientenleitlinie Palliativmedizin, S3-Leitlinie Palliativmedizin, Patientenleitlinie Supportive Therapie, S3-Leitlinie Supportive Therapie, S3-Leitlinie Komplementärmedizin, Patientenleitlinie Komplementärmedizin. Bei Fatigue (Erschöpfung) und Anämie sollten Erythropoetine (EPO) mit Zurückhaltung eingesetzt werden, sie wirken spät und thrombovaskuläre Ereignisse sind häufig.

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 bis 18 Uhr.

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

Familiäres und Genetisches Risiko für Prostatakrebs – Was bedeutet das und welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?

Von Jale Lakes, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



© privat

Einleitung

Prostatakrebs (PCa) ist die häufigste Krebsart bei Männern in Deutschland und die zweithäufigste Ursache für krebsbedingte Todesfälle. Es wird daher immer wichtiger, zuverlässig zwischen aggressivem und klinisch nicht-relevantem Prostatakrebs zu unterscheiden. Die Behandlung einer früh einsetzenden aggressiven Erkrankung senkt die Sterblichkeit und Morbidität (= Komplikationen und Krebsfolgen). Es gibt Untergruppen von Männern, bei denen die Wahrscheinlichkeit, an Prostatakrebs zu erkranken, insbesondere in jüngerem Alter, höher ist und deren Krankheit möglicherweise schneller verläuft als in der Allgemeinbevölkerung. Dazu gehören Männer afrokaribischer Abstammung und solche mit einer familiären Vorgeschichte von Prostatakrebs sowie Männer mit genetischer Prädisposition (= Veranlagung) oder sogar Keimbahnmutationen (= angeborene Mutationen, die in den Keimzellen auftreten und die vererbt werden können), wie Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene. Die neu gegründete Präventionsklinik ProFamRisk am Universitätsklinikum Düsseldorf konzentriert sich auf die Analyse von Keimbahnmutationen bei familiärer und/oder genetischer Belastung im Zusammenhang mit PCa und dem personalisierten PCa-Screening.

Die Rolle der Familienanamnese und des genetischen Risikos bei PCa

PCa gehört zu den Krebserkrankungen mit der

höchsten erblichen Komponente, der teilweise 58 % des PCa-Risikos zugeschrieben werden.

Eine familiäre Vorbelastung erhöht nicht nur das Risiko einer Prostatakrebsdiagnose um das 2,5-fache, sondern auch die Sterblichkeitsrate um den Faktor 2 bis 4. Mit Anzahl der betroffenen Verwandten und mit abnehmendem Alter der betroffenen Verwandten zum Zeitpunkt der Diagnose steigt das Risiko einer Prostatakrebsdiagnose und das Risiko eines aggressiven und damit tödlichen Prostatakrebses. Darüber hinaus gibt es auch Hinweise darauf, dass eine familiäre Vorbelastung mit anderen Krebsarten, insbesondere Brust-, Eierstock- und Bauchspeicheldrüsenkrebs, ebenfalls das Risiko für klinisch relevanten Prostatakrebs erhöht. Bei 25 % aller Männer, bei denen ein Prostatakarzinom diagnostiziert wird, liegt väterlich oder mütterlich eine PCa- und/oder Brustkrebserkrankung vor.

Familiäres und erbliches Prostatakarzinom sollten als zwei unterschiedliche klinische Entitäten behandelt werden. Während die erbliche Form auf genetische Veränderungen zurückgeführt werden kann, gibt es bei der familiären Form eine positive Familienanamnese, aber keine bekannten Mutationen. Das Ausmaß, in dem die familiäre Belastung die PCa-Diagnose und den Krankheitsverlauf beeinflusst, ist je nach Alter und Verwandtschaftsgrad sehr unterschiedlich.

Genetische Risikofaktoren für PCa können seltene Keimbahnmutationen (am häufigsten BRCA1/2) oder Prostatakrebs-assoziierte Einzelnukleotid-

Polymorphismen (SNPs/Single Nucleotide Polymorphism = vererbare Variationen eines einzelnen Basenpaares im DNA-Doppelstrang) sein.

Keimbahnmutationen

Bei ca. 17 % der Männer, bei denen ein PCa diagnostiziert wurde, liegt eine Keimbahnmutation vor, unabhängig von der Familienanamnese, dem Krankheitsstadium oder dem Alter bei der Diagnose. Davon sind etwa 30 % Mutationen des BRCA1- oder BRCA2-Gens und 4,5 % des HOXB13-Gens. Wenn Männer eine Keimbahnmutation in BRCA2 oder

HOXB13 tragen, ist das Lebenszeitrisiko jeweils um das 2- bis 10-fache erhöht. Das absolute Risiko, im Alter von 45 bis 80 Jahren ein PCa zu entwickeln, steigt bei BRCA2-Trägern von 5,4 % auf 60 %. Andere Keimbahnmutationen in den Genen CHEK2, ATM und TP53 werden ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für PCa in Verbindung gebracht. Die stärkste Assoziation mit

aggressivem oder metastasiertem PCa werden BRCA2 und ATM zugeschrieben. Keimbahnmutationen, die ursächlich für das Lynch-Syndrom (= vererbte Erkrankung, die mit einem erhöhten Risiko für frühzeitig auftretenden Darmkrebs und weitere Tumorerkrankungen einhergeht) sind (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 und EPCaM), werden aber auch mit einem erhöhten PCa-Risiko in Verbindung gebracht. BRCA1/2-Mutationsträger haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Lymphknotenbefall und Fernmetastasierung. Daher sind die Familienanamnese und die Identifizierung von Keimbahnmutationen nicht nur im Rahmen des Screenings von Bedeutung, sondern auch für die Festlegung der Therapie. Im Rahmen einer Aktiven Überwachung von wenig aggressiven

Tumorformen zeigt sich bei BRCA1/2- und ATM-Mutationsträgern eine höhere Abbruchrate auf Grund einer fortschreitenden Erkrankung. Daher kann der Mutationsstatus bei der Entscheidung zwischen Aktiver Überwachung und aktiver Therapie helfen.

SNP

Neben seltenen Keimbahnmutationen, wie BRCA1/2, gehören zu den genetischen Risikofaktoren für Prostatakrebs auch die häufigeren, sogenannten Einzelnukleotid-Polymorphismen (SNPs). SNPs sind einzelne Variationen in der menschlichen DNA, die alleine gesehen keine große Auswirkung haben. In der Gesamtheit gesehen können sie aber das Risiko für bestimmte Krankheiten erhöhen. Bislang wurden >260 SNPs identifiziert, die mit PCa assoziiert sind. Je mehr dieser SNPs vorliegen, desto höher ist das Risiko. Es wird an Risikoeinschätzungen gearbeitet, durch die Männer identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für PCa durch vermehrte Anzahl von SNPs haben.

Kurzfassung

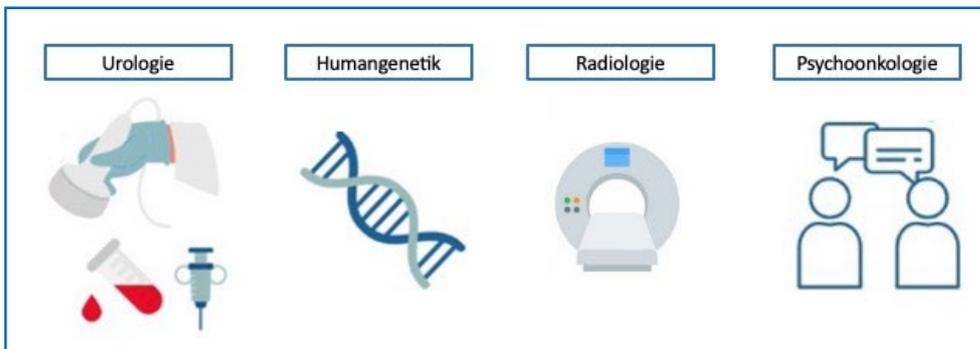
Die Präventionsklinik ProFam-Risk zielt darauf ab, die bestmögliche Beratung und klinische Versorgung für Männer mit familiärem oder genetischem Risiko sicherzustellen. Sie richtet sich an gesunde Männer mit einer ausgeprägten familiären Belastung für Prostatakrebs (mind. einen erstgradig Verwandten mit PCA älter als 60 Jahre oder mehr als einen erstgradig Verwandten mit PCA jeglichen Alters), an gesunde Männer mit bekannter Keimbahnmutation (bspw. BRCA1/2) und an bereits an Prostatakrebs erkrankte Männer mit familiärer Belastung.

aggressivem oder metastasiertem PCa werden BRCA2 und ATM zugeschrieben. Keimbahnmutationen, die ursächlich für das Lynch-Syndrom (= vererbte Erkrankung, die mit einem erhöhten Risiko für frühzeitig auftretenden Darmkrebs und weitere Tumorerkrankungen einhergeht) sind (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 und EPCaM), werden aber auch mit einem erhöhten PCa-Risiko in Verbindung gebracht. BRCA1/2-Mutationsträger haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Lymphknotenbefall und Fernmetastasierung. Daher sind die Familienanamnese und die Identifizierung von Keimbahnmutationen nicht nur im Rahmen des Screenings von Bedeutung, sondern auch für die Festlegung der Therapie. Im Rahmen einer Aktiven Überwachung von wenig aggressiven

Auswirkungen über PCa hinaus

Auch die psychologischen Auswirkungen eines familiären oder genetischen Risikos sollten nicht unterschätzt werden. Männer, in deren Familie ein PCa aufgetreten ist, überschätzen häufig ihr Risiko, an einem PCa zu erkranken, und sind sehr daran interessiert, sich einem Gentest zu unterziehen. Allerdings kann die Tatsache, Träger einer Mutation zu sein, bei einigen Personen zu einer Zunahme von Angst und Stress führen.

Darüber hinaus umfassen Keimbahntests für PCa auch Tests auf Gene, die mit erblichen Syn-



Die ProFam-Risk-Sprechstunde bietet Ratsuchenden eine interdisziplinäre Abklärung durch Humangenetik, Radiologie, Urologie und Psychoonkologie, © J. Lakes

dromen wie dem erblichen Brust- und Eierstockkrebsyndrom (HBOC) oder dem Lynch-Syndrom in Verbindung stehen. Daher ist ein interdisziplinärer Ansatz einschließlich einer ausführlichen genetischen Beratung unerlässlich.

Anlaufstellen für Ratsuchende – ProFam-Risk

Bisher sind die Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bei familiärem oder erblichem Risiko für Prostatakrebs noch nicht vorhanden oder sehr vage. Derzeit empfehlen sowohl die Leitlinien des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) als auch der European Association of Urology (EAU) jährliche Vorsorgeuntersuchungen ab dem 40. Lebensjahr für betroffene Männer. Dies beinhaltet häufig nur eine PSA-Wert-Testung und eine Tastuntersuchung der Prostata. Doch es konnte bereits gezeigt werden, dass eine Bildgebung gerade bei jungen Männern mit Keimbahnmutation sensitiver für die Entdeckung eines PCa ist als der reine PSA-Wert. Daher kann das multiparametrische MRT der Prostata in diesem Zusammenhang nicht vernachlässigt werden. Im Gegensatz zu den Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs finden sich nur selten Anlaufstellen oder standardisierte Beratungsangebote für Männer mit familiärem PCa-Risiko.

Seit 2023 hat das Universitätsklinikum Düsseldorf, gefördert durch die Deutsche Krebshilfe, die ProFam-Risk Sprechstunde etabliert. Dabei wird Ratsuchenden eine interdisziplinäre Abklärung

(Humangenetik, Radiologie, Urologie, Psychoonkologie) geboten.

ProFam-Risk richtet sich zum einen an gesunde Männer mit einer ausgeprägten familiären Belastung für Prostatakrebs (mind. einen erstgradig Verwandten mit PCa älter als 60 Jahre oder mehr als einen erstgradig Verwandten mit PCa jeglichen Alters), an gesunde Männer mit bekannter Keimbahnmutation (bspw. BRCA1/2) und an bereits an PCa erkrankte Männer mit familiärer Belastung. Die Ratsuchenden erhalten neben der klassischen klinischen Untersuchung (PSA, Sonographie), eine MRT der Prostata sowie eine genetische Beratung bzw. Testung auf PCa-assoziierte Gene. Nach Vorliegen aller Befunde und der interdisziplinären Beratung erhält der Patient ein auf sein Risiko adaptiertes Screeningkonzept mit angepassten PSA- und MRT-Kontrollen oder möglicherweise weiteren Vorsorgeempfehlungen. Die Kosten dieser Untersuchungen werden von fast allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen getragen. Um die Erreichbarkeit für die Ratsuchenden zu verbessern, ist aktuell durch das Projekt OncoConnect (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe) die Etablierung einer solchen Sprechstunde an mehreren onkologischen Zentren in Planung. Insgesamt zielt ProFam-Risk darauf ab, die bestmögliche Beratung und klinische Versorgung für Männer mit familiärem oder genetischem Risiko sicherzustellen.

Die Literatur liegt bei der Verfasserin.

Offene versus roboterassistierte Prostatektomie: Roboter erzielt funktionelle Vorteile

Die Prostata lässt sich über verschiedene Zugangswege entfernen: über einen Längsschnitt im Unterbauch (retropubisch), über einen Schnitt zwischen After und Penis (perineal), durch kleine Schnitte in der Bauchdecke (laparoskopisch oder Roboter-assistiert laparoskopisch).

Brasilianische Urologen haben in einer randomisierten Studie die perioperativen (= Zeit vor, während und nach der Operation), onkologischen und funktionellen Ergebnisse zwischen roboterassistierter laparoskopischer und offener retropubischer radikaler Prostatektomie bei Prostatakrebs verglichen. Während die Komplikationen bei beiden Verfahren ähnlich und die onkologischen Er-

gebnisse vergleichbar waren, zeigte die roboterassistierte laparoskopische Prostatektomie bessere funktionelle Ergebnisse, resümieren die Autoren.

Weiterhin hat eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie funktionelle und onkologische Ergebnisse der laparoskopischen und der roboterassistierten radikalen Prostatektomie (LRP bzw. RARP) bei lokalisiertem PCa nach zehn Jahren verglichen. Bei gleichen onkologischen Ergebnissen zeigten sich funktionelle Vorteile beim Roboter-Verfahren. Lesen Sie die gesamten Beiträge [hier](#) und [hier](#).

Quelle: Kompakt Urologie (ms), August 2024

Präzisionsonkologie: Das „Molekulare Tumorboard – MTB“

Das Molekulare Tumorboard (MTB) ist eine organübergreifende, interdisziplinäre Tumorkonferenz. Das Board hat die Aufgabe, zusätzliche zielgerichtete Therapiemöglichkeiten für Tumorpatientinnen und Tumorpatienten nach Ausschöpfung der leitliniengerechten Behandlung aufzuzeigen. Patientinnen und Patienten ohne erfolgsversprechende Therapieoptionen oder mit seltenen Tumorerkrankungen soll so eine individuelle Therapie im Rahmen klinischer Studien oder eines individuellen Heilversuchs ermöglicht werden.

Moringa bei Krebs – Was ist dran?

Dem Meerrettichbaum (*Moringa oleifera*) werden mannigfaltige Gesundheitswirkungen nachgesagt. Die Pflanzenteile von Moringa enthalten viele Antioxidantien, etwa verschiedene Vitamine und Carotinoide, Mineralstoffe, Saponine und Polyphenole. Deshalb wird Moringa unter anderem eine Wirkung gegen Krebs zugeschrieben, klinische Studien, die einen solchen Effekt belegen, gibt es bislang jedoch nicht.

Wichtig zu wissen: Bei der gleichzeitigen Einnahme von Medikamenten kann es möglicherweise zu Wechselwirkungen kommen. Der Konsum von hochwertigem Moringa, etwa als Nahrungsergänzungsmittel, ist in normalen Mengen sicher. Allerdings können Moringaprodukte mit Pestiziden oder Keimen verunreinigt sein. Personen, die Moringa verzehren oder entsprechende Produkte einnehmen möchten, wird empfohlen, zuvor mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu sprechen. Lesen Sie den gesamten Beitrag [hier](#).

Quelle: Krebsinformationsdienst, August 2024

Jubiläen 2024

28 Jahre	SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis
28 Jahre	PROCAS Prostatakarzinom SHG Regensburg/Oberpfalz e. V.
27 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landshut e. V.
27 Jahre	SHG-Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg
26 Jahre	SHG Prostatakrebs Wiesbaden
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Reutlingen-Tübingen e. V.
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Weilheim-Schongau
20 Jahre	Prostatakrebs-SHG-Landsberg
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Rosenheim
20 Jahre	SHG Würzburg VI Prostatakrebs Betroffene
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Königs Wusterhausen
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Leipzig und Umgebung e. V.
20 Jahre	SHG Prostataerkrankungen Osnabrück Stadt und Umland
20 Jahre	Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bad Schwartau
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Rhein-Main, Offenbach
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Kassel
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Duisburg
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfe Gruppe Köln-Nord
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Arnsberg
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Westerwald/Montabaur
20 Jahre	Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e. V.
20 Jahre	Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Saulgau
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Schwäbisch Hall
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Lörrach
15 Jahre	Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Singen
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Traunstein
15 Jahre	SHG für Prostatakrebs Strausberg
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Brandenburg
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Berlin-Südost
15 Jahre	Prostatakrebs-SHG Dippoldiswalde/Osterzgebirge
15 Jahre	SHG Prostata CA Waltershausen
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Nienburg
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Uelzen
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Moers
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Iserlohn
15 Jahre	Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Fürstenwalde

10 Jahre	SHG Prostatakrebs Mittweida u. Umgebung
10 Jahre	Prostatakrebs SHG Grafschaft Bentheim
10 Jahre	Prostatakrebs SHG Gevelsberg
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Augsburg
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Berlin-Nord
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Riesa und Elbland

Regionalverband Selbsthilfe Nord hat sich gegründet

Von Helmut A. Kurtz, Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Nord

Am 21. und 22. Oktober 2024 trafen sich 15 SHG-Leiter aus Bremen, Niedersachsen, Hamburg und Schleswig-Holstein zur Gründung eines Regionalverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Nord. Bereits bei der letzten Mitgliederversammlung des BPS in Magdeburg wurden erste Gespräche zu diesem Vorhaben geführt, die von vielen Selbsthilfegruppen positiv bewertet wurden.

Inspiziert durch diese Rückmeldungen riefen HaJo Fricke, Michael Witt und Helmut A. Kurtz zu einer konstituierenden Sitzung auf, die dankenswerterweise vom BPS unterstützt wurde.

Die Versammlung verlief harmonisch und bot allen Teilnehmern die Gelegenheit, den aktuellen Stand ihrer Selbsthilfegruppen sowie ihre

Zukunftsperspektiven und Erwartungen an den neuen Regionalverband mitzuteilen. Es herrschte große Einigkeit darüber, dass die Gründung eines Regionalverbands notwendig und sinnvoll ist. Unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark“ wurden die nachfolgenden Sprecher gewählt: HaJo Fricke (1. Sprecher), Michael Witt (2. Sprecher) und Helmut A. Kurtz (3. Sprecher). Nach dieser erfolgreichen Sitzung wird der Antrag auf Aufnahme in den Bundesverband nun eingereicht. Die Sprecher sind überzeugt, dass dieser Regionalverband mit seinen engagierten Selbsthilfegruppen eine positive Rolle für die Zukunft spielen wird und alle von der gemeinsamen Unterstützung untereinander profitieren werden.



(oben) Die Sprecher des RV Nord: (von links) Michael Witt, Helmut A. Kurtz und HaJo Fricke

(links) Die Gründungsmitglieder des RV Nord, © beide Fotos: H. A. Kurtz

20 Jahre SHG Kaiserslautern

Von Harald Jürgens, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Kaiserslautern

20-jähriges Jubiläum

Die SHG Kaiserslautern, die jetzt ihr 20-jähriges Jubiläum gefeiert hat, hat es sich zur Aufgabe gemacht, Männern in dieser schwierigen Lebensphase zur Seite zu stehen. „Wir bieten Gesprächsmöglichkeiten an, beantworten Fragen zur Erkrankung und helfen, Bedenken, Sorgen sowie Ängste abzubauen“, sagt Harald Jürgens, Leiter der Selbsthilfegruppe. Neben dem Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Unterstützung zur besseren Bewältigung der Krankheit stehen bei den Treffen der Gruppe auch Vorträge von Fachärzten wie Urologen und Onkologen auf dem Programm. Diese berichten unter anderem über neueste medizinische Erkenntnisse und Behandlungsmethoden. Darüber hinaus kooperiert die Selbsthilfegruppe eng mit Einrichtungen und Beratungsstellen, die über Themen wie Anschlussheilbehandlung, Schwerbehindertengesetz oder Pflegedienste informieren.

Auch mit dem Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern, in dem Urologen, Onkologen und Strahl-



(von links) Die Kooperationspartner der SHG Kaiserslautern: Dr. Jochen Fleckenstein (Strahlentherapie), Prof. Gerhard Held (Onkologie), Herbert Spengart (SHG Kaiserslautern), Prof. Hagen Loertzer (Urologie) und Harald Jürgens (SHG Kaiserslautern)

lenthérapeuten bei der Behandlung von Prostatakrebs interdisziplinär zusammenarbeiten, besteht seit der Gründung der Gruppe am 13. April 2004 eine enge Kooperation. Prof. Dr. med. Hagen Loertzer, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie im Westpfalz-Klinikum, lobt die langjährige Arbeit: „Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs ist seit zwei Jahrzehnten ein wertvoller Partner für unser Klinikum. Sie unterstützt betroffene Männer und ihre Familien durch umfassende Aufklärung und persönliche Begleitung beim Kampf gegen den Krebs. Die ehrenamtliche Arbeit, die hier geleistet wird, trägt entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei.“

Neue Teilnehmer sind in der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kaiserslautern jederzeit herzlich willkommen. Die Gruppe trifft sich jeden zweiten Dienstag im Monat um 16:00 Uhr im Mehrgenerationenhaus der Caritas, Kennelstraße 7 in Kaiserslautern. Darüber hinaus ist die Gruppe auf zahlreichen Patientenveranstaltungen vertreten:

Selbsthilfebuss Kaiserslautern

Um möglichst viele Menschen, auch in ländlichen Regionen zu erreichen, reiste der Selbsthilfebuss „Wir sind Selbsthilfe“ der Initiative der Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstellen Rheinland-Pfalz, Saarland und der IKK Südwest durch Rheinland-Pfalz und das Saarland. Beim



Harald Jürgens und Sibylle Schark, Mitarbeiterin des Selbsthilfebusses, © Fotos: H. Jürgens

Halt des Selbsthilfebusses im Juli 2024 in Kaiserslautern war die ansässige Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Kaiserslautern und Umgebung mit Ansprechpartner und eigenen Flyern dabei.

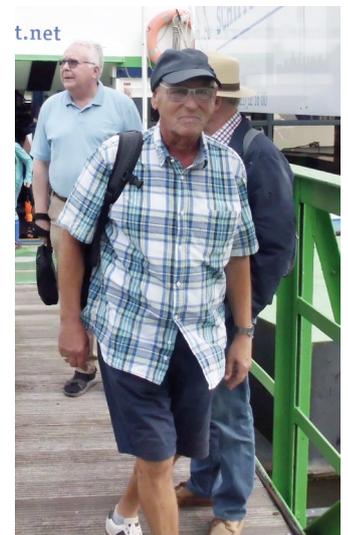
Patiententag im Westfalz-Klinikum

Am 3. September 2024 präsentierte sich die SHG mit einem Infostand im Foyer des Westfalz-Klinikums mit großem Erfolg und zahlreichen Anfragen.

SHG Köln-Nord feiert 20-jähriges Jubiläum mit Schiffstour

Von Reiner Schorsch, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Köln-Nord

Anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens hat die SHG Köln-Nord eine Schiffstour auf dem Rhein gemacht. Bei leichtem Regenwetter trafen wir uns am 24. Juli 2024 zu einer 45-minütigen Fahrt über den Rhein. Gegen Mittag hatte sich das Wetter mittlerweile gebessert, sodass ein Spaziergang zum Mittagessen im Brauhaus möglich war. Bei sehr gelöster Stimmung ließen wir es uns schmecken, bevor wir auf dem Marktplatz in ein Eiscafé für einen erfrischenden Nachtisch einkehrten. Da wir nicht auf die Abfahrt des Schiffes warten wollten, sind wir mit dem ÖPNV nach Hause gefahren. Wir bedauern, dass insgesamt nur sechs Gruppenmitglieder teilgenommen haben, aber beim nächsten Mal sind sicherlich wieder alle dabei ...



(von links) Die Herren Redder, Bessler und Müller beim Ausstieg, © R. Schorsch

SHG Deggendorf erkundet Vilshofen

Von Kurt Imhof, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Deggendorf

Bei einem Ausflug unserer SHG im August 2024 nach Vilshofen war eine umfangreiche Stadtführung mit intensiven Einblicken in die Bierunterwelten Vilshofens – abgeschlossen mit einem Gläschen süffigen Pils – ein interessanter Mittelpunkt, bevor sich die Gruppe im Flugplatzrestaurant verwöhnen und den Tag bei einer gemütlichen Einkehr ausklingen ließ. Abschließend bedankten sich die Teilnehmer bei Marianne und Friedrich Bauer für die Organisation des Ausflugs.



Gruppenfoto, © K. Imhof

Vortrag in der SHG Vulkaneifel-Daun

Von Norbert Langwagen, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Vulkaneifel-Daun

Im Juni 2024 fragte Dr. Luisa Halbe, Oberärztin Leitung für fokale Therapien, Sektionsleitung der Neurourologie und rekonstruktiven Urologie am Universitätsklinikum Köln an, ob wir Interesse an einem Vortrag zum Thema „Erektile Dysfunktion nach Prostatektomie“ hätten – ein Angebot, das wir gerne angenommen haben. So erklärte die junge Ärztin in ihrem einstündigen Vortrag im August 2024 sehr einfühlsam die verschiedenen Therapieoptionen.

Angesichts des großen Interesses – durch Pressemitteilungen in den örtlichen Medien der Verbandsgemeinden kamen rund 30 Interessierte – wird Dr. Halbe im Februar 2025 einen weiteren Vortrag zum Thema „Inkontinenz und Therapien nach Prostatektomie“ halten. Gerne wird sie auf unsere Vermittlung hin auch bei benachbarten SHGs Vorträge halten. Die Gruppe bedankte sich mit einem Präsentkorb der Dauner Kaffeerösterei und einem Blumenstrauß.

SHG Viersen besucht Chemiefabrik in Brüggen

Von Paul-Otto Bungardt & Dieter Meier, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Viersen

Die Mitglieder der SHG Viersen treffen sich alle vier Wochen, um sich über neue Methoden der Krebsforschung, neue Medikationen und Medikamente auszutauschen, manchmal auch mit Gastdozenten. Davon ein wenig abweichend stand beim jüngsten Treffen die Besichtigung des Familienunternehmens Mellerud Chemie GmbH auf dem Programm – bekannt für seine Spezialreiniger, die im hauseigenen Labor entwickelt werden.

Dieter Meier informierte über das Familienunternehmen, das seit über 40 Jahren besteht, bevor sich eine Besichtigung von der Anlieferung der Rohmaterialien, Lagerung, Labor bis zu den Abfüllungs- und Verpackungsanlagen im Versand anschloss. Ein herzliches Dankeschön geht an die Firma Mellerud und an Dieter Meier für den interessanten Rundgang. Der Abend fand einen gemütlichen Ausklang im Wirtshaus Burghof in Brüggen.



Gruppenfoto, © privat

Jahresausflug der SHG Bad Saulgau

Von Hermann Hägele, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bad Saulgau

Warum in die Ferne schweifen? Das Gute liegt so nah! In Oberschwaben, dem Umland der SHG Bad Saulgau, gibt es viele schöne Orte für Ausflüge, um auch mal Gemeinsamkeit abseits der sonst üblichen Gruppentreffen zu pflegen, wie „Heiligenberg“ im „Oberen Linzgau“, wo auf knapp 750 m ein weithin sichtbares Renaissance-Schloss thront

mit außergewöhnlichem Blick auf die Schweizer Alpen und den Bodensee. „Sophie“ vom Touristbüro führte uns im höfischen Kostüm durch das historische Heiligenberg und erzählte Interessantes.

Nach der kurzweiligen Besichtigungsrunde stärkte sich die 16-köpfige Gruppe in der Mittagspause im Gasthaus „Zur Post“ im nahen Weiler Betenbrunn mit Kost aus badischer Küche.

Der Tag endete dann in Illmensee bei Kaffee, Kuchen und unterhaltenden Gesprächen.



Gruppenbild am Fürstenbrunn mit „Sophie“, die im höfischen Kostüm durch Heiligenberg führte, © H. Hägele

Der Sommer 2024 der SHG Braunschweig

Von Georg Meyermann, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Braunschweig

Ende des Jahres veröffentlichen wir das Jahresprogramm für das nächste Jahr. Dabei versuchen wir neben den „Wir unter uns“-Abenden, sechs Vorträge ins Programm zu nehmen. Für 2024 gab es anfangs noch viele „vielleicht“. Umso spannender entwickelte sich dann das Jahr für uns:

Im Februar beschrieb Frau Mlynczak als Mutter zweier kleiner Kinder den Tagesablauf aus der Sicht einer niedergelassenen Urologin. Im April hielt Dr. Prönneke vom Marienstift Braunschweig einen nachdenklich stimmenden, lebhaften Vortrag zur Palliativmedizin, zu dem es viele Nachfragen gab.

Reges Interesse fand dann der Besuchstermin der Pathologie am Städtischen Klinikum Braun-

schweig (SKBS). Nach einer Einführung durch Dr. Dellmann über die Arbeit der Pathologie im Lehr-Hörsaal mit dem Vielfach-Mikroskop ging es danach an die Arbeitsplätze. Dabei wurde uns eine am Tag zuvor entfernte Prostata gezeigt und die Arbeitsschritte für die Histologie erläutert. Zum Schluss wurde noch der Kühlraum der Pathologie mit 30 Fächern besichtigt. Ein wenig fühlte man sich wie beim „Tatort“.

Im Juni berichtete Prof. P. Hammerer, einer unserer Schirmherren, über das Neueste aus der Forschung und vom Internationalen Urologenkongress ASCO, um sich anschließend viel Zeit für die Beantwortung von Fragen der Gruppe zu nehmen.

Wenige Tage später besichtigten wir dann die Radioonkologie mit dem seit April im Regelbetrieb befindlichen Linearbeschleuniger ETHOS, der es ermöglicht, an jedem einzelnen Behandlungstag einen neuen Bestrahlungsplan zu errechnen, der sich an tagesaktuelle anatomische Gegebenheiten anpasst. So können gesunde Organe besser geschont und Tumore zielgerichteter erfasst werden. Wegen des großen Interesses wurden wir in zwei Gruppen aufgeteilt und für uns alle gab es zur Stärkung vorab Kaffee und Kuchen. Es war ein interessanter Nachmittag und mehrere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der

Strahlentherapie haben sich viel Zeit für uns und unsere Fragen genommen.

Im Juli hielt Dr. Heitmann von der Universität Tübingen einen Vortrag zur Immuntherapie. Obwohl es schon im März hierzu einen BPS-Onlinevortrag gegeben hatte und trotz des komplexen Themas, war das Interesse riesig. Mit fast 60 Teilnehmern und Teilnehmerinnen dürfte es unsere größte Veranstaltung gewesen sein.

Kaum weniger waren es dann im August, als Prof. Jutta Hübner von der Universität Jena über Komplementärmedizin sprach. Ihre erfrischende Art sprach alle an.

Zu Ende ging dann das Sommerprogramm mit einer Floßfahrt auf der Oker in Braunschweig. Mit der jährlichen Mitgliederversammlung und dem Besuch unseres weiteren Schirmherrn Prof. W. Hoffmann von der Radioonkologie endet ein herausragendes Jahr mit außergewöhnlichen Veranstaltungen und häufig über 50 Teilnehmern und Teilnehmerinnen bei den Gruppentreffen.



Floßfahrt auf der Oker, © G. Meyermann

Aktivitäten der SHG Bocholt-Rhede

Von Günter May, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bocholt-Rhede

1. Vereinsmesse in Bocholt

Im September 2024 fand in Bocholt die 1. Vereinsmesse statt, mit über siebzig teilnehmenden Vereinen. Da gleichzeitig auch verkaufsoffener Sonntag war, war das Getümmel groß. An unserem Stand konnten wir etwa 30 ernsthafte Gespräche führen, darunter auch der erste Vorsitzende des Ausländerbeirats, der mit unserem Vorstand und den ausländischen Mitbürgern aus Bocholt in Kürze einen Informationsabend über die Früherkennung bei Prostatakrebs organisieren will. Uns ist aufgefallen, dass die Männer beim Thema



(von links) Hans Helmes, Ludger Schmeink, Siegfried Drescher, Günter May

Früherkennung starke Zurückhaltung üben, die Frauen hingegen direkt nachfragen, Informationen für bereits erkrankte Männer einholen und sich über familiären Prostatakrebs erkundigten. Hier konnten wir auf unser Gruppentreffen am 11. Dezember 2024 mit einem Vortrag zum Thema „Familiärer Prostatakrebs“ verweisen.

Rehasport

Auf Anregung unserer Mitglieder fand vom 14. August bis 4. September 2024 einmal wöchentlich unter der Leitung der Therapeutin Frau Sidar ein Beckenbodentraining in den REHA-Räumlichkeiten am St. Agnes Hospital in Bocholt statt.



Die SHG Bocholt-Rhede beim Rehasport

SHG-Ausflug nach Gescher

Am 19. September 2024 machten wir einen Ausflug zum Glockenmuseum nach Gescher. Nach der unterhaltsamen Besichtigung durch die „Putzfrau des Museums“ gab es in einem Landcafé Kaffee und Kuchen sowie einen Vortrag von einem Referenten des DRK Rhede über das heutige Rettungswesen.



Besuch im Glockenmuseum Gescher, © alle Fotos: G. May

SHG Kassel und Landesverband Hessen machen Werbung

Von Werner Dunkel, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kassel und Mitglied des Landesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen

SHG Kassel auf Herbstmesse 2024

Zur Stärkung der Wahrnehmung von Selbsthilfegruppe in Kassel haben die Mitarbeiter der Kontakt - und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) einen Stand bei der Herbstmesse in den Messehallen Kassel über den gesamten Messezeitraum vom 1. bis 8. Oktober 2024 gebucht, um diesen dann den verschiedenen Kasseler Selbsthilfegruppen zur Verfügung zu stellen. So hat die SHG Kassel am 2. Oktober den Stand für einen halben Tag besetzt und kräftig Werbung für die Prostatakrebs-Selbsthilfe gemacht. Wir bedanken uns herzlich bei der KISS Kassel, die



SHG-Leiter Werner Dunkel (Bildmitte) mit zwei Interessenten, © A. Kohlrautz (DAK-Gesundheit Kassel)

sich um die Finanzierung des Stands gekümmert hat und bei der DAK-Gesundheit Nordhessen, die sich daran beteiligt hat.

LV Hessen plant SHG-Gründung

Um die Gründung einer SHG im Schwalm-Eder-Kreis auf den Weg zu bringen, hat sich Werner Dunkel im Auftrag des Landesverbands Hessen bei KISS in Homberg/Efze vorgestellt und um Teilnahme am Aktionstag der Selbsthilfegruppen im Schwalm-Eder-Kreis gebeten. So präsentierten Werner Dunkel und Axel Baumann, ein engagiertes Mitglied der SHG Kassel, am 5. Oktober

die Prostatakrebs-Selbsthilfe im Einkaufszentrum Drehscheibe in Homberg/Efze. Bereits am Infostand signalisierten einige Besucher großes Interesse und sicherten eine Teilnahme am ersten Gruppentreffen am 13. November im KISS-Selbsthilfetreff von KISS Homberg/Efze zu. Wir sind gespannt ...

Werner Dunkel (Mitte) auf dem Aktionstag im Schwalm-Eder-Kreis, © C. Thiery, HNA



SHG Magdeburg rudert gegen Krebs

Von Olaf Schlichting, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Magdeburg

Die SHG Magdeburg hat wieder einmal an der jährlichen Benefiz-Regatta „Rudern gegen Krebs“ teilgenommen – mit vollem Erfolg: „Wir haben unser Rennen gewonnen, jawoll!“. Fand die Veranstaltung in diesem Jahr in Halle statt, so wird

2025 wieder in Magdeburg gerudert – selbstverständlich mit der SHG Magdeburg. Vielleicht fühlen sich ja auch andere SHGs angespornt, da die Regatta in ganz Deutschland stattfindet? Uns macht es auf jeden Fall ganz viel Spaß ...



(links) Das Team (von links) Betreuer Uli Lehmann, Ronald Blom, Uli Gärtner, Ersatzmann Ralf Hannemann, Olaf Schlichting, Trainer und Steuermann Sören Exnowitz, Klaus Rohde und (rechts) die Crew im Boot (von vorne nach hinten) Olaf Schlichting, Uli Gärtner, Ronald Blom und Klaus Rohde, © O. Schlichting

SHG Borken on tour

Von Franz-Josef Ebbing, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Borken und Umgegend

Auch in diesem Jahr machte die SHG Borken eine Fahrradtour. Startend in Borken mit Zwischenstopp bei Kaffee und Kuchen war die Firma Bauer in Südlohn das Ziel. Dort werden Sammelbehälter

zum Stapeln und Entleeren für die Industrie, Abfallsysteme für Haushalte und die Entsorgungsin-
dustrie sowie Anbaugeräte für Gabelstapler und andere Geräte wie Traktoren und Radlader produziert. An einen herzlichen Empfang durch die Geschäftsleitung mit Kalt- und Warmgetränken schloss sich eine interessante Besichtigung der Produktionshallen mit Lasern, Stanzmaschinen, Kantbänken, Sägen, Bohrmaschinen und Walzen an. Schweißroboter, Handschweißarbeitsplätze, Lackiererei und letztendlich Endmontage und Versandabteilung folgten. Es war ein toller interessanter Nachmittag.



Gruppenfoto, © F.-J. Ebbing

SHGs aus Luckenwalde und Potsdam bei Patientenforum

Von Peter Grief, Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Luckenwalde

Warum zur Behandlung in ein zertifiziertes Prostatakrebszentrum? Wie wird denn da gearbeitet? Diese Fragen und weitere konnten die SHG Luckenwalde zusammen mit der neu gegründeten SHG Potsdam beim Patientenforum des KMG Klinikums Luckenwalde am 10. Oktober 2024 klären.

Prof. Dr. Akcetin, Ärztlicher Direktor des KMG Klinikums Luckenwalde und Leiter des Prostatakarzinomzentrums, stellte mit dem leitenden Oberarzt Dr. Wille und dem Koordinator des Zentrums, Oberarzt Dr. Gürkan, die Leitungsmannschaft des Zentrums vor und begrüßte die SHG-Leiter aus Potsdam, Prof. Dr. Ralf Hafner und Peter Grief aus Luckenwalde ebenso herzlich wie alle Besucher.

Peter Grief konnte bei seiner Vorstellung auf die sehr lange vertrauensvolle Zusammenarbeit

mit dem Zentrum in Luckenwalde verweisen. Er betonte, dass sich die Urologische Klinik im Luckenwalder Krankenhaus seit Jahrzehnten erfolgreich in der Prostatakrebsbehandlung engagiert, sodass hier das erste Prostatakarzinomzentrum im Land Brandenburg zertifiziert wurde und seit dem Jahr 2010 ein Kooperationsvertrag zwischen dem Zentrum und der Selbsthilfegruppe besteht.

OA Dr. Gürkan erklärte die Struktur und die Arbeitsweise des Zentrums und machte deutlich, dass auch in einem „mittelgroßen“ Klinikum ein zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum erfolgreich arbeiten kann. Das gelingt in Luckenwalde durch das Zusammengehen mit den niedergelassenen Urologen und durch die Kooperation mit der Strahlenklinik in Potsdam und den Patholo-

gen an der Universität in Halle. Anschaulich wurde dabei gezeigt, wie hier im Prostatakarzinomzentrum der Da-Vinci-Roboter eingesetzt wird.

Prof. Dr. Akcetin verdeutlichte, dass die stete Zertifizierung mit ständigen Nachweisen über die qualitätsgerechte Behandlung der Patienten verbunden ist und dass die Behandlung in einem „mittelgroßen“ Zentrum durchaus vorteilhaft sein kann, weil die persönliche Bindung zu den Pati-

enten eng ist und weil die einzelnen „Behandler“ kontinuierlich mit der Technik operieren.

Anschließend konnten wir uns in Gesprächen mit den anwesenden Ärzten zu unseren persönlichen Anliegen beraten und die Räume der im Vorjahr eröffneten „Akademie für Gesundheitsberufe“ bei einer Führung durch die Leiterin des Hauses besichtigen. Wir werden gerne im nächsten Jahr wieder gemeinsam ein Forum vorbereiten.

Gemeinsam gegen den Krebs

Von Wolfgang Klimm, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostataerkrankungen Osnabrück Stadt und Umland

Unter diesem Motto veranstaltete das Klinikum Osnabrück am 27. Oktober 2024 die jährliche Großveranstaltung des Krebskompetenz-Zentrums Osnabrück. In drei Konferenzräumen fanden zeitgleich Fachvorträge zu verschiedenen Krebserkrankungen statt. Daneben präsentierten sich auch einige Selbsthilfegruppen, so auch unsere seit 20 Jahren aktive SHG Prostatakrebs Osnabrück. Wegen der Vielzahl an Besuchern ergaben sich am Stand auch viele gute Kontakte mit Betroffenen. Ebenso wurden Gespräche und Kontakte mit dem neuen Chefarzt der Urologie, Prof. Wiesner sowie der neuen Leiterin der Strahlentherapie, Frau Dr. Blumstein, geführt und ausgebaut.

Das Klinikum plant für 2025 die Zertifizierung als Prostatakrebszentrum, eingebunden in das Krebskompetenz-Zentrum und damit eine weitere Konzentrierung und Qualifizierung für den Bereich Prostatakrebs. Wir werden als SHG diesen Weg begleiten und uns als Kooperationspartner aktiv einbringen.



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

Interesse an der Arbeit der Patientenbeteiligung? Mach mit!

Der Arbeitskreis „Patientenbeteiligung“ möchte auf sich und seine Arbeit aufmerksam machen. Damit interessierte Kollegen wissen, was auf sie zukommt und welche grundsätzlichen Funktionen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erfüllt, hat der BPS ein Video erstellt, bei dem aktive BPS-Mitglieder, die seit einigen Jahren im G-BA mitwirken, ihre persönliche Motivation und die grundsätzlichen Funktionen des G-BA darlegen. Das Video finden Sie unter <https://prostatakrebs-bps.de/videos/>.

10-jähriges Jubiläum der SHG Mittweida und Umgebung

Von F. W. Manfred Markgraf, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mittweida & Umgebung

Am 1. April 2014 haben wir mit vier Betroffenen die SHG Prostatakrebs Mittweida & Umgebung gegründet, wobei uns die SHG Chemnitz und der BPS hilfreich zur Seite standen – vielen Dank dafür! Seither organisiere ich die Gruppe und werde das auch so lange weitermachen, wie es meine Gesundheit erlaubt und die Gruppe – derzeit bestehend aus elf Männern und einem weiblichen Ehrenmitglied – das möchte. Die Leitung unserer Gruppe besteht im Wesentlichen aus einfachen organisatorischen Aufgaben und so habe ich keine Bedenken, dass ich zu gegebener Zeit einen Nachfolger finden werde, damit die Gruppe erhalten bleibt.



Gruppenreise nach Dresden, © F. W. M. Markgraf

Bei unseren monatlichen Treffen stehen nicht unsere Krankheit und neueste Erkenntnisse der Therapien im Vordergrund, sondern eher, wie wir unser Leben nach unserer Therapie gestalten und meistern mit Alltagsfragen, Urlaubserlebnissen und natürlich auch Gesundheitsproblemen. Dabei kommt jeder zu Wort und erhält aus dem Erfahrungsschatz der Anwesenden Antworten. Da wir uns inzwischen gut kennen und wissen, dass alles, was gesprochen wird, vertraulich ist, gibt es keine Hemmungen. Bei speziellen medizinischen Fragen stelle ich die Verbindung zu medizinischen Einrichtungen her.

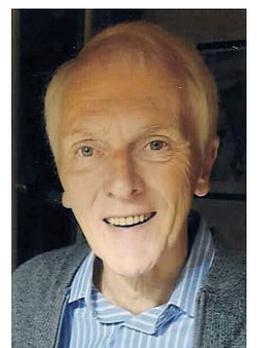
Unser Jubiläum haben wir mit einer Dreitägeseinfahrt nach Dresden gefeiert – selbstverständlich mit unseren Ehefrauen und der Ehefrau eines in diesem Jahr verstorbenen Mitglieds, die den Kontakt zur Gruppe nicht abreißen lassen möchte, und die wir als Ehrenmitglied aufgenommen und mitgenommen haben.

Auf dem Plan standen der Besuch des Barockgartens Großsedlitz, eine Stadtrundfahrt mit dem Bus und die Besichtigung der Ausstellungen im Hygienemuseum Dresden. Das Wetter war passend und so hat die Reise uns allen gutgetan. Leider gehörte auch die eingestürzte Carolabrücke zum Stadtbild ...

SHG Pforzheim trauert um Hubert Müller

Von Bruno Regelman, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pforzheim

Die SHG Prostatakrebes Pforzheim trauert um ihren ehemaligen Leiter Hubert Müller, der im September 2024 im Alter von 72 Jahren verstorben ist. Mit seiner Diagnose 2009 war er schon lange vorher Gast in der Gruppe, bevor er 2012 zuerst Mitglied wurde und über die Jahre zunehmend Aufgaben übernahm. 2020 übernahm er dann den Vorsitz bis zur Auflösung des Vereins im Sommer 2023. Die SHG wird sein umfassendes Wissen, sein Engagement und seine Geselligkeit sehr vermissen.



© privat

Wir trauern um

Dieter Precht
Georg Trautmann
Hans Bretthauer

Manfred Seifert
Anton Krapf
Hubert Müller

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

„BPS-Ideenkorb“ für Selbsthilfegruppen

Von Heiko Wasserthal (Schatzmeister), Nicola Horndasch und Thomas Steinbach (BPS-Geschäftsstelle)

Seit dem Jahr 2024 können die BPS-Selbsthilfegruppen in der Anlage zum Förderantrag freiwillig über besondere Gruppenaktivitäten des Vorjahres berichten. Die vielen eingegangenen Rückmeldungen zeigen, wie abwechslungsreich das Geschehen in unseren Gruppen ist. Neben dem Kernthema Prostatakrebs sind es auch die Themen am Rande, die ein Gruppentreffen interessant



machen. Wie bereits im letzten BPS-Magazin angekündigt, möchten wir auch in diesem Heft ausgewählte Beispiele aus dem „BPS-Ideenkorb“ vorstellen. Bitte wenden Sie sich an die jeweils genannte SHG, wenn ein Thema auch für Ihre Gruppe interessant ist und Sie zusätzliche Informationen benötigen. Die Kontaktdaten finden Sie auf der „Gruppensuche“ der BPS-Internetseite. Vielen Dank an die Ideengeber:

BPS-Ideenkorb:

- Verkehrsteilnehmerschulung (Idee: SHG Prostatakrebs Riesa und Elbland)
- Klangschalen, Yoga, Entspannung bei Krebserkrankung (Idee: Prostatakrebs SHG Celle)
- Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung (Idee: SHG Prostatakrebs Königs Wusterhausen)

BPS-Seminarprogramm 2025

Das BPS-Seminarprogramm 2025 mit Terminen, Themen, Referenten und Anmeldefristen ist noch in Bearbeitung. Sie werden es schon bald unter <https://prostatakrebs-bps.de/seminarprogramm> finden.

Neues vom Europäischen Krebskongress ESMO 2024 – verständlich erklärt und diskutiert

Teams aus Ärzt:innen und Patientenvertreter:innen stellen die neuesten und relevantesten Studienergebnisse des Europäischen Krebskongresses ESMO 2024 in verständlicher Sprache vor und diskutieren diese im Hinblick auf ihre Bedeutung

für die Erkrankten. Klaus Kronewitz (SHG Berlin-Nord) und Prof. Axel Merseburger fassen die wichtigsten Studiendaten zum Prostatakrebs in diesem [Videobeitrag](#) zusammen.

Verordnung für manuelle Lymphdrainage ohne Zeitvorgabe

Arztpraxen können ab Oktober 2024 manuelle Lymphdrainage ohne Angabe der Behandlungszeit verordnen. Ob der Physiotherapeut dann 30, 45 oder 60 Minuten für seine Behandlung benötigt, entscheidet er selbst. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Oktober 2024

Krankenförderung kann zukünftig auch per Videosprechstunde verordnet werden

Heilmittel sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der medizinischen Rehabilitation können nun per Videosprechstunde verordnet

werden.

Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: G-BA, September 2024



Das BPS-Magazin als ePaper

Sie lesen das BPS-Magazin lieber auf Tablet, Laptop, Handy oder PC?

Sie wollen keine Ausgabe verpassen?

Dann nutzen Sie diesen [Link](#) und erhalten das Magazin immer „druckfrisch“ als ePaper – automatisch und kostenfrei:



Алексей Юза – stock.adobe.com



Wir sagen „Danke“ für Ihr Interesse an unserem BPS-Magazin und freuen uns, wenn Sie auch 2025 Wissenswertes rund um die Prostatakrebs-Selbsthilfe auf unseren Seiten finden.



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 3/2024

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I (wird derzeit aktualisiert)

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II (wird derzeit aktualisiert)
- Patienteninformation: Rezidive bei Prostatakrebs – Möglichkeiten und Grenzen einer Zweitbehandlung

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“
- Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- Patientenleitlinie „Supportive Therapie“
- Rehabilitation bei Prostatakrebs – Information für Patienten
- Blauer Ratgeber: Sozialleistungen bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Hilfen für Angehörige
- Blauer Ratgeber: Ernährung bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Bewegung und Sport bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Schmerzen bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Fatigue
- Blauer Ratgeber: Strahlentherapie
- Blauer Ratgeber: Palliativmedizin
- Prostatakrebs – Beratungshotline:
 - Postkarten
 - Visitenkarten

KREBS + HILFE =

Deutsche Krebshilfe



JAHRE #ALLESWASHILFT



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.