

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.



bps-magazin

Ausgabe 1-2026

Informieren. Helfen. Einfluss nehmen.

Aktuell

- 2 Wann erscheinen endlich die aktualisierten Gesundheits- bzw. Patientenleitlinien zum Prostatakrebs?
- 3 Der BPS auf dem Deutschen Krebskongress 2026 in Berlin

Diagnose und Therapie

- 4 Interview mit Prof. Dr. Krege – DGU-Präsidentin 2026
- 6 Überlebensvorteil in zertifizierten Krebszentren
- 6 PSA-Persistenz und Hochrisiko-Pathologie nach Prostatektomie – Was nun?
- 7 Harninkontinenz des Mannes – eine Übersicht zu Ursachen sowie konservativen und operativen Therapieverfahren
- 11 Oxybutynin lindert Nebenwirkungen der Hormontherapie
- 14 Höhere Strahlendosis bei Rückfällen nach radikaler Prostatektomie ohne Vorteile
- 14 Melden Sie Arzneimittel-Nebenwirkungen
- 15 Selbstbild nach Prostatektomie gibt Hinweise auf den Gesundheitszustand
- 16 Lebensverlängernd oder palliativ? Diskrepanz zwischen Zielen der Patienten und Behandlungsabsichten
- 17 Bildgebung vor Prostatektomie: Hat die PSMA-PET einen blinden Fleck?
- 17 Auch Krebs-Langzeitüberlebende profitieren von gesundem Lebensstil
- 18 Unter 45 und Prostatakarzinom: Sind die Tumoren der Jüngsten anders?

Verbandsnachrichten

- 19 Die Selbsthilfegruppen des BPS – Rückblick auf 2025 / Landesverband NRW bei Preisverleihung
- 20 SHG Leverkusen informiert zu „Männergesundheit“
- 21 SHG Minden knüpft neue Kontakte
- 22 Ehrung des Ehrenamts / SHG Südthüringen unterwegs zwischen Bewegung, Ernährung und Gemeinschaft
- 23 SHG Herrenberg verabschiedet langjährigen Leiter
- 24 SHG Bocholt stellt sich vor und probiert Da Vinci aus / Jahresrückblick 2025 der SHG Celle
- 25 Die SHG Deggendorf isst nun besser
- 26 Die SHG Nürtingen-Kirchheim im Einsatz / Rückblick der SHG Vulkaneifel-Daun
- 27 SHG Kaiserslautern erhält Spende / Vortragsabend „Tumordokumentation“ der SHG Pforzheim
- 28 Krebsdiagnose – und plötzlich tausend Fragen? / BPS-Seminar „Fortgeschrittenes Wissen zum Prostatakrebs“
- 29 BPS-Seminar „Kommunikation“ im November 2025 / Die KI-Arbeitsgruppe des BPS
- 30 „BPS-Ideenkorb“ für SHGs – Fortsetzung / Online-Angehörigengruppe Prostatakrebs gegründet

Für Sie notiert

- 31 BPS-Seminarprogramm 2026 / Es ist nicht alles Gold, was glänzt / Interaktive Entscheidungshilfe
- 32 BPS-Broschüre „Rehabilitation bei Prostatakrebs“ aktualisiert / Ärzt:innenwechsel: Was passiert mit der Patient:innenakte? / Ermäßigung bei ADAC-Mitgliedschaft / Patiententag in Münster / Kennen Sie eigentlich schon ...

In unseren Beiträgen verzichten wir im Sinne der besseren Lesbarkeit weitestgehend auf das Gendern.
Respektvoll gemeint sind natürlich immer beide Formen.

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.: Prof. Dr. Joachim Guderian, Redaktion: Ute Gräfen; Ernst-Günther Carl, Udo Ehrmann
Prof. Dr. Joachim Guderian, Thomas Steinbach; E-Mail: magazin@prostatakrebs-bps.de
Druck: C. V. Engelhard, Weidendamm 10, 30167 Hannover

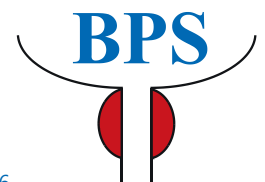
Redaktionsschluss: Ausgabe 1/2026: 1. März 2026; **Ausgabe 2/2026: 1. Juli 2026**; Ausgabe 3/2026: 1. Oktober 2026

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

Titelfoto: [nataba– stock.adobe.com](https://stock.adobe.com)

Hinweis: Medizinische Beiträge, Erfahrungsberichte, Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder.
Die Redaktion behält sich vor, sinnwählende Kürzungen vorzunehmen.

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

ich begrüße herzlich alle treuen und neuen Leser zu Heft 1 des BPS-Magazins in diesem Jahr. Wer dieses Magazin aufschlägt, hat in der Regel schon erste Berührungspunkte mit dem Thema „Prostatkrebs“ – wenn nicht selbst erlebt, dann im engeren Verwandten- oder Freundeskreis.

Denn rund 79.000 Männer erhielten allein im vergangenen Jahr diese Diagnose. Danach ist nichts mehr, wie es mal war. Und damit dies nicht so bleibt, kann die Selbsthilfe ein wertvoller An Schub sein.

Denn Selbsthilfe ist Hilfe zur Selbsthilfe, um die eigenen Probleme und deren Lösungen selbst in die Hand zu nehmen und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten aktiv zu werden – informiert, motiviert und unterstützt durch ebenfalls Betroffene. Das macht uns stark, selbstbewusst und selbstbestimmt – in allen Phasen der Erkrankung.

Doch die Selbsthilfe trägt nicht nur, sie wird auch getragen. Das klingt tatsächlich schwerer als es ist. Denn wir sind der lebende Beweis eines Studienergebnisses von Psychologinnen der Universität Mannheim: Wer anderen mitfühlend begegnet, profitiert auch selbst – psychisch, sozial und emotional. Menschen, die anderen mit Mitgefühl begegnen, fühlen sich selbst oft wohler. Wie heißt

es so schön? Geben ist seeliger denn Nehmen.

Aber auch für Angehörige und Freunde können Selbsthilfegruppen hilfreich sein. Diese sind sehr herzlich in unserer monatlich stattfindenden Online-Angehörigengruppe willkommen.

Der Bundesverband unterstützt seine Selbsthilfegruppen ideell und materiell. Das Gruppenleben bestimmen diese aber selbst, denn vieles ist Selbsthilfe, was den Betroffenen hilft: gemeinsame Spaziergänge, Fahrradtouren, ein monatliches Frühstück, Informationsabende mit medizinischen Vorträgen oder einfach nur eine entspannte Gesprächsrunde.

Probieren Sie es gerne aus!

Ihr Joachim Guderian
– Vorsitzender –



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.

Im vergangenen Jahr haben uns die Stiftung Deutsche Krebshilfe mit 830.000 € und die Gesetzlichen Krankenversicherungen mit 62.000 € unterstützt. Darüber hinaus erreichen uns zahlreiche Einzelspenden. Dafür bedanken wir uns ganz herzlich!

DANKE

Wann erscheinen endlich die aktualisierten Gesundheits- bzw. Patientenleitlinien zum Prostatakrebs?

Von Joachim Guderian, BPS-Vorsitzender

Schon im Juli 2025 wurde die neue S3-Leitlinie 8.0 zum Prostatakarzinom veröffentlicht. Die nochmals leicht modifizierte Version 8.1 der neuen S3-Leitlinie erschien im August des letzten Jahres. Die drei in der Vergangenheit aus einer S3-Leitlinie abgeleiteten Gesundheits- bzw. Patientenleitlinien – „Früherkennung von Prostatakrebs“, „Lokal begrenztes Prostatakarzinom“ sowie „Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom“ – sind dagegen bereits zwischen 2015 und 2018 erschienen und seitdem nicht mehr auf den neuesten Stand gebracht worden. Das bedeutet,

ändert. Die Patientenleitlinien entsprechen jetzt der Struktur der jüngsten S3-Leitlinie in der Version 8.1.

1. Gesundheitsleitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs“: Für die Gesundheitsleitlinie ist bereits die Konsultationsphase beendet. Die Änderungen wurden – soweit berechtigt – in eine letztgültige Fassung überführt, so dass nach Prüfung der Deutschen Krebshilfe der Druck kurz bevor steht.

2. Patientenleitlinie „Lokal begrenzter und lokal fortgeschrittener Prostatakrebs sowie Prostatakrebs mit Befall der Beckenlymphknoten“: Die



dass sie in keiner Weise mehr unseren Anforderungen nach Nutzbarkeit entsprechen. Der Handlungsdruck auf die Autoren lastet nun schwer, alle drei Fassungen der Patientenleitlinie schleunigst zu erneuern. Die Autoren müssen jedoch dabei im Auge behalten, die zunehmend komplexer werdenden Therapiesituationen patientengerecht aufzuarbeiten. Dabei muss Genauigkeit und Nutzbarkeit unseres Erachtens vor Schnelligkeit gehen. Daher wird oft intensiv um manche Graphik und textliche Darstellung gerungen.

Und wie weit sind wir nun fortgeschritten?

Zunächst hat das Autorenteam die Abgrenzung zwischen den beiden Patientenleitlinien leicht ge-

Konsultationsfassung existiert und wird nun in Kürze in die Konsultationsphase übergehen.

3. Patientenleitlinie „Gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs“: Die Konsultationsfassung befindet sich noch in der redaktionellen Überarbeitung. Im Laufe des Aprils wird wohl auch zu dieser Patientenleitlinie eine Konsultationsfassung vorliegen.

Zusammenfassend ist zu erkennen, dass das Autorenteam sich auf einem guten Weg befindet. Wir hoffen allerdings, das zukünftig die Patientenleitlinien unmittelbar nach Aktualisierung einer S3-Leitlinie angepasst werden, um die Überarbeitung zu vereinfachen bzw. zu beschleunigen und die Nutzbarkeit dauerhaft zu gewährleisten.

Der BPS auf dem Deutschen Krebsskongress 2026 in Berlin

Vom 18. bis 21. Februar 2026 fand im CityCube Berlin der 37. Deutsche Krebsskongress (DKK) statt – der größte onkologische Fachkongress in Deutschland. Insgesamt 12.500 Teilnehmende aus Medizin, Wissenschaft, Pflege, Politik, Selbsthilfe und Gesundheitswesen kamen zusammen, um sich über aktuelle Entwicklungen der Krebsmedizin auszutauschen.

Der BPS war wie immer mit einem eigenen Infostand vertreten, gemeinsam mit den anderen



Klaus Kronewitz (Mitte) im Gespräch, © BPS



Hans-Dieter Schaaf im Gespräch, © P.-P. Weiler

Verbänden des Hauses der Krebs-Selbsthilfe. Besonders dankbar sind wir für die tatkräftige Unterstützung unserer Selbsthilfegruppen aus Berlin und dem Umland, Dr. Ralf Hafner, Klaus Kronewitz, Hans-Dieter Schaaf und Helmut Bauhaus, die Anlaufpunkte für spannende Gespräche mit Betroffenen wie Fachleuten waren.

Einen besonderen Dank dafür an euch!

Patienten beraten Patienten

BPS-Beratungshotline

**Die Berater sind zu erreichen
dienstags, mittwochs und donnerstags
(außer an bundeseinheitlichen Feiertagen)
in der Zeit von 15 bis 18 Uhr.**



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

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

Interview mit Prof. Dr. Krege – DGU-Präsidentin 2026

Welche Herausforderungen sehen Sie bei der Umsetzung der aktuellen S3-Leitlinie PCa in die urologische Praxis – insbesondere bei der risikoadaptierten Früherkennung und bei der aktiven Überwachung?

In der aktuellen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom wird endlich eine risikoadaptierte Früherkennung verfolgt. Aufgrund der zahlreichen internationalen Studien zu diesem Thema konnten fundierte Empfehlungen erarbeitet werden. Auch wurde endlich das MRT in die Diagnostik integriert. Also aus Sicht der potentiellen Patienten eine positive Entwicklung. Die Umsetzung in der Praxis bleibt aber noch schwierig, da die Bestimmung des PSA-Wertes immer noch eine IGEL-Leistung ist, und es für das MRT immer noch keine Abrechnungsziffer gibt. Der G-BA ist mit diesen Dingen befasst, eine Entscheidung wird möglicherweise 2027 erwartet. Bis dahin bleiben die Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie somit eine Herausforderung.

Dies bedarf Zeit, die leider im medizinischen Alltag oft fehlt. Zudem sind gerade bei der Aktiven Überwachung die empfohlenen „Werkzeuge“, wie das MRT der Prostata, durch die fehlende Erstattung nur eingeschränkt einsetzbar.

Mittlerweile bestehen in bestimmten Situationen mehrere Diagnose- und vor allem auch Therapieoptionen. Wie kann man erreichen, dass der Patient über vorhandene Optionen umfassend und neutral informiert wird und anschließend seine Präferenzen berücksichtigt werden?

Ja, erfreulicherweise haben sich die Therapieoptionen bei den verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms in den letzten Jahren deutlich erweitert. Das bedeutet aber in der Tat, „Wer die Wahl hat, hat die Qual“. Um den Patienten umfassend und neutral informieren zu können, muss der Arzt auf dem neuesten Stand bleiben, sich also



Prof. Dr. med. Susanne Krege war bis Mitte 2007 in der Urologie der Universitätsklinik Essen tätig. Von 2007 bis 2015 leitete sie die Klinik für Urologie am Alexianer Krankenhaus Maria Hilf in Krefeld. Seit 2015 ist sie Direktorin der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie an den Ev. Kliniken Essen Mitte. Ihre Schwerpunkte sind Uroonkologie und plastisch rekonstruktive Urologie. Sie ist Mitglied verschiedener onkologischer Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU). Sie ist aktiv in die Erstellung der uroonkologischen Leitlinien eingebunden. Aktuell ist sie Präsidentin der DGU.

Prof. Dr. Susanne Krege, © privat

Die aktive Überwachung setzt sich allmählich auch in Deutschland durch. Dennoch bedarf es weiterhin intensiver Aufklärungsarbeit hierzu.

regelmäßig fortbilden, um dem Patienten für die verschiedenen Stadien die richtigen Therapieoptionen erläutern zu können. Auch muss er bei der

Verordnung der Präparate den Zulassungstext genau kennen, um Regresse zu vermeiden. Denn diese werden bei den sehr teuren Präparaten zunehmend eingefordert.

Immer wichtiger werden für den Patienten aber auch digitale Informations-Tools oder auch die Nutzung der künstlichen Intelligenz (KI). Hier ist jedoch Vorsicht geboten, denn KI ist immer nur so gut, wie sie mit korrekten Daten gefüttert wird. Daher sollte es Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sein, die Inhalte digitaler Medien auf Korrektheit zu prüfen. Demgegenüber ist letzteres bei den Patientenleitlinien der AWMF, die wir im Rahmen der evidenzbasierten S3-Leitlinien für unsere urologischen Tumore ebenfalls erstellen, nicht notwendig, da schon gegeben. Unsere Fachgesellschaft hat zudem auf ihrer Internetseite ein Patientenportal (USG) eingerichtet (www.urologische-stiftung-gesundheit.de). Zudem werden jedes Jahr zu verschiedenen Themen Kampagnen durchgeführt, die auch auf dem USG-Portal angekündigt werden.

Welche Möglichkeiten sehen Sie für die Verbesserung der Gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)? Ob und wie kann dies im nächsten Leitlinien-Update in Empfehlungen umgesetzt werden?

Shared Decision Making wird in der Medizin immer wichtiger. Dies setzt aber einen informierten Patienten voraus, wobei nicht immer gewährleistet ist, dass die Art, wie der Arzt informiert, auch verstanden wird, auch wenn dies vermeintlich in patientenverständlicher Sprache erfolgt. Daher stellt sich die Frage, geht es besser? Ich denke, dass hier Selbsthilfegruppen eine ganz wichtige Rolle spielen. Dies ist die Ebene, wo der Patient versteht. Daher halte ich die Peer-Beratung (Anm. d. Red. = Beratungsangebot, bei dem Menschen mit ähnlichen Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Lebenslagen ihre Erfahrungen weitergeben, um Betroffene auf Augenhöhe zu unterstützen), um diesen Anglizismus zu gebrauchen, für sehr wichtig. Nun kann man den Faden weiterspinnen. Wenn denn der Selbsthilfe so große Bedeutung

zukommt, müssen natürlich auch deren Mitglieder immer auf dem aktuellen Stand der Behandlung des Prostatakarzinoms sein. Deshalb ist es so wichtig, dass die Selbsthilfe als Patientenvertretung bei der Erarbeitung der Leitlinien umfänglich beteiligt wird.

Eine Empfehlung in der Leitlinie könnte sein, dass der Patient über das Angebot, sich bei einer Selbsthilfegruppe zu informieren, beraten werden SOLL.

Oftmals landet der Prostatakrebs-Erkrankte nach einer Therapie beim Hausarzt, der durchaus überfordert sein kann. Der Arztbrief sollte daher auch eine Empfehlung für begleitende Therapien enthalten, die nach der Therapie zu veranlassen sind. Wie können solche supportiven Therapien besser in die Behandlung von PCa-Patienten integriert werden?

Supportive Maßnahmen werden ja besonders in der Palliativmedizin eingesetzt, von der immer noch viele denken, sie gewinne erst am Lebensende der Patienten an Bedeutung. Zahlreiche Studien belegen inzwischen, dass es von Vorteil ist, schon früh die Palliativmedizin in die Behandlung von Tumorkranken einzubinden. Denn damit sind beispielsweise auch körperliche Aktivitäten gemeint, von denen bewiesen ist, dass sie den Verlauf einer Erkrankung positiv beeinflussen, und somit bereits im frühen Krankheitsverlauf Bedeutung haben. Das gilt auch beim Prostatakarzinom. Würden Patienten bereits in der Klinik über solche Maßnahmen informiert bzw. derartige supportive Maßnahmen bereits eingesetzt, würden natürlich auch entsprechende Empfehlungen in den Arztbriefen auftauchen.

Wie unsere Erfahrung zeigt, erfahren an Prostatakrebs erkrankte Männer oft zu spät von den Möglichkeiten der Selbsthilfe oder der Krebsberatungsstellen. Wie könnten diese Angebote von der medizinischen Seite selbstverständlicher an die Männer herangetragen werden?

In der Tat erfahren an Prostatakrebs erkrankte

Männer oft zu spät von den Möglichkeiten der Selbsthilfe oder der Krebsberatungsstellen. Auf deren Bedeutung bin ich ja bereits in meiner Antwort zu Frage 3 eingegangen. Gäbe es in der S3-Leitlinie eine Empfehlung, dass man Patienten über eine Selbsthilfeberatung informieren soll, könnte dies zur besseren Kenntnis über die Möglichkeiten der Selbsthilfe und weiterer Beratungsstellen führen.

Wie sehen Sie die zukünftige Rolle von KI-basierten Informationssystemen für Patienten in Praxis und Klinik?

Wie bereits unter Frage 2 gesagt: Ja, KI-basierte Informationssysteme werden in Klinik und Praxis an Bedeutung gewonnen. Entscheidend ist, dass die KI immer nur so gut ist, wie sie gefüttert wird. Daher muss es Kontrollmechanismen geben, um die Korrektheit der KI-Angaben zu überprüfen.

Überlebensvorteil in zertifizierten Krebszentren

Die breit angelegte Studie „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)“ hat den Therapieerfolg, der durch den Patienten selbst dokumentiert wird (= Outcome), aus der Versorgung von Krebspatienten in zertifizierten Zentren mit dem in nicht zertifizierten Krankenhäusern verglichen. Das Ergebnis war eindeutig: Patientinnen und Patienten werden in onkologischen Zentren besser behandelt und haben einen signifikant erhöhten Überlebensvorteil. [Hier](#) finden Sie die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Prostatakrebs-Zentren.

PSA-Persistenz und Hochrisiko-Pathologie nach Prostatektomie – Was nun?

Patienten, die nach der radikalen Prostataentfernung eine PSA-Persistenz (= PSA-Wert $>0,1$ ng/ml nach einer Prostataentfernung, der zeigt, dass noch Prostatakrebszellen unterwegs sind) und einen pathologisch als Hochrisiko eingestuftten Prostatakrebs haben, sind bislang mit Blick auf Mortalität und weitere Behandlungsmöglichkeiten unzureichend untersucht.

Ein Urologen- und Wissenschaftler-Team konnte nun zeigen, dass Patienten mit Hochrisiko-Prostatakrebs und persistierendem PSA nach radikaler Prostatektomie trotz eines höheren Risikos für eine zusätzliche Therapie (Hormon- und/oder Radiotherapie)

nach zehn Jahren keine ungünstigeren Ergebnisse hinsichtlich der Krebskontrolle als Patienten mit nicht nachweisbarem PSA aufwiesen. Die Autoren betonen, ihr Bericht biete die längste Nachbeobachtungszeit nach RALP (= Roboterassistierte laparoskopische radikale Prostatektomie) für diese Patientengruppe und sei somit eine wertvolle Informationsquelle für die Beratung von Patienten hinsichtlich der langfristigen onkologischen Ergebnisse dieses Eingriffs und postoperativer adjuvanter bzw. Salvage-Therapien.

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

Quelle: [Biermann-Medizin](#), Februar 2026



Harninkontinenz des Mannes

– eine Übersicht zu Ursachen sowie konservativen und operativen Therapieverfahren

Von PD Dr. Fabian Queißert,
Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Münster



PD Dr. Fabian Queißert,
© privat

Männer haben Glück, eigentlich. Anders als Frauen werden sie kaum – aufgrund natürlicher Lebensumstände wie der Geburt – mit einer Inkontinenz belastet. Durch Prostataoperationen bei bösartiger Erkrankung oder gutartiger Vergrößerung und Bestrahlungen sind dennoch eine relevante Anzahl Männer von einem Urinverlust betroffen. Sind dies in der Gesamtbevölkerung ca. 10 % des weiblichen Geschlechts, kommen Männer „nur“ auf 2,5 %. Bei den ärztlichen Beratungen zeigen sich weitere gravierende Unterschiede: Frauen sprechen seltener als Männer über ihre Kontinenzprobleme mit Arzt oder Ärztin, werden dann aber effektiver beraten und erhalten meist gute Therapieangebote. Diesem Mangel an Beratungsleistung für Männer in der Praxis soll dieser Artikel zumindest entgegenwirken.

Die Betroffenen in Zahlen

In einer Analyse der funktionellen Ergebnisse aller Prostatakrebszentren in Deutschland (PCO-Studie) sahen die Autoren ein Jahr nach OP einen belastenden Urinverlust mit ≥ 3 Vorlagen und entsprechender subjektiver Belastung in 5 % der Fälle, bei operativer Therapie der gutartigen Prostataoperation (bspw. Laserenukleation wie HoLEP/ThuLEP oder TUR-Prostata) sind es ca. 1-2 % der Fälle. Bevor diese Fälle aber dem

Operateur angelastet werden, muss zunächst auf eine wichtige Unterscheidung hingewiesen werden: Diese Daten fußen auf Befragungen der Männer ohne Untersuchungen zu genauen Ursachen. Wichtig ist die Berücksichtigung, dass nicht jeder Urinverlust nach Prostataoperation auch einem Schließmuskelschaden geschuldet ist.

Belastungs- und/oder Dranginkontinenz

Ein postoperativer Urinverlust kann sich als Belastungsinkontinenz bei Schließmuskelbeeinträchtigung, als Dranginkontinenz aufgrund einer Blasenspeicherstörung oder auch als Mischform

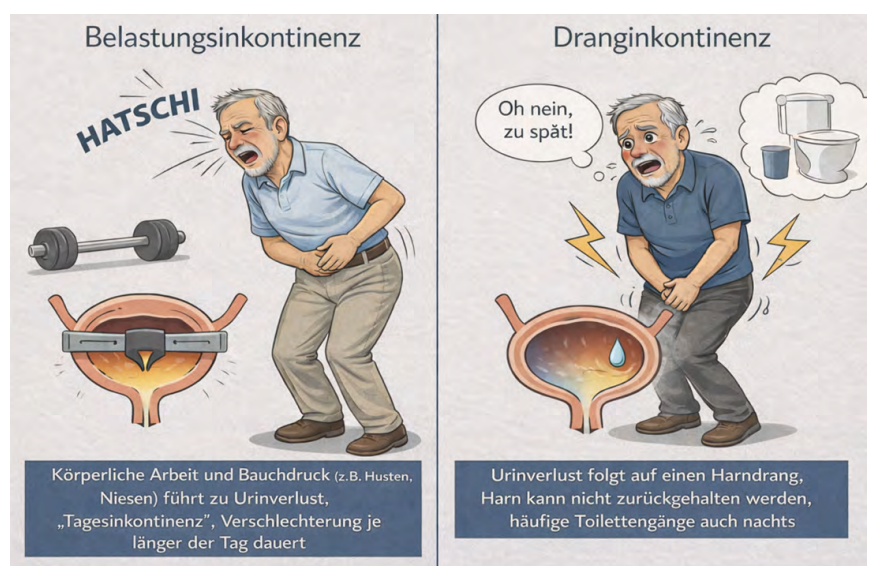


Abb. 1. Grob kann zwischen einer Belastungs- und Dranginkontinenz unterschieden werden. Häufig liegt auch eine Mischform aus beiden Störungen vor

beider Störungen zeigen.

Die Belastungsinkontinenz tritt aufgrund des unzureichenden Verschlussdrucks des Schließmuskels bei körperlicher Tätigkeit, Aufstehen, Husten, Niesen auf. Die Dranginkontinenz dagegen wird durch eine ungewollte Entleerungsaktion der Blase verursacht (der Blasendruck steigt unnatürlich an), sodass der Urinverlust beim oder unmittelbar nach dem Harndrang eintritt (Abb. 1).

Kommt es also zu einem Harndrang, man steht auf und verliert dann auf dem Weg zum WC Urin, ist es eher eine Drang- und keine Belastungsinkontinenz. Indizien für eine relevante Dranginkontinenz sind auch sehr häufige nächtliche Toilettengänge, Zustand nach Bestrahlung und ein verhältnismäßig großer Urinverlust nachts, der bei reiner Belastungsinkontinenz nur in sehr geringem Ausmaß vorliegen sollte. Dann ist es ratsam, über 72 Stunden ein Toilettenprotokoll anzufertigen. Beim Urinieren in einen Messbecher kann so die Blasenkapazität abgeschätzt werden. Liegt diese regelhaft unter 300 ml, kann auch eine Störung der Blasenspeicherfähigkeit vorliegen.

Bei Dranginkontinenz kommen vor allem medi-

kamentöse Behandlungen in Frage: Anticholinergika (wie Trosipiumchlorid, Solifenacin, Propiverin u.a.) und Beta-Rezeptor-Mimetika (wie Vibegron, Mirabegron) können als Tablette eingenommen werden, wobei letztere mit weniger Nebenwirkungen einhergehen. Auch mit Botox-Injektionen in die Harnblase lassen sich sehr gute Erfolge erreichen.

Bei der Belastungsinkontinenz sollte im ersten Jahr nach Operation der Fokus auf eine konservative Therapie gelegt werden. Zunächst stehen den Betroffenen bis zu zwei Anschlussheilbehandlungen zu. Dort wird ein spezielles Schließmuskeltraining erlernt und zu täglichen Übungen zu Hause geraten. Bei über mehrere Monate anhaltenden Kontinenzproblemen empfiehlt sich eine Biofeedback-Zystoskopie (Abb. 2). Mit ihr kann der erfahrene Behandler dem zuschauenden Patienten den Schließmuskel demonstrieren und so den korrekten Einsatz fördern, da viele Männer zu einer zu starken Anspannung des Beckenbodens neigen, einer für den Harnröhrenschluss ungeeigneten kurzzeitigen äußeren Kompression.

Hilfsmittel wie Biofeedback und Elektrostimula-

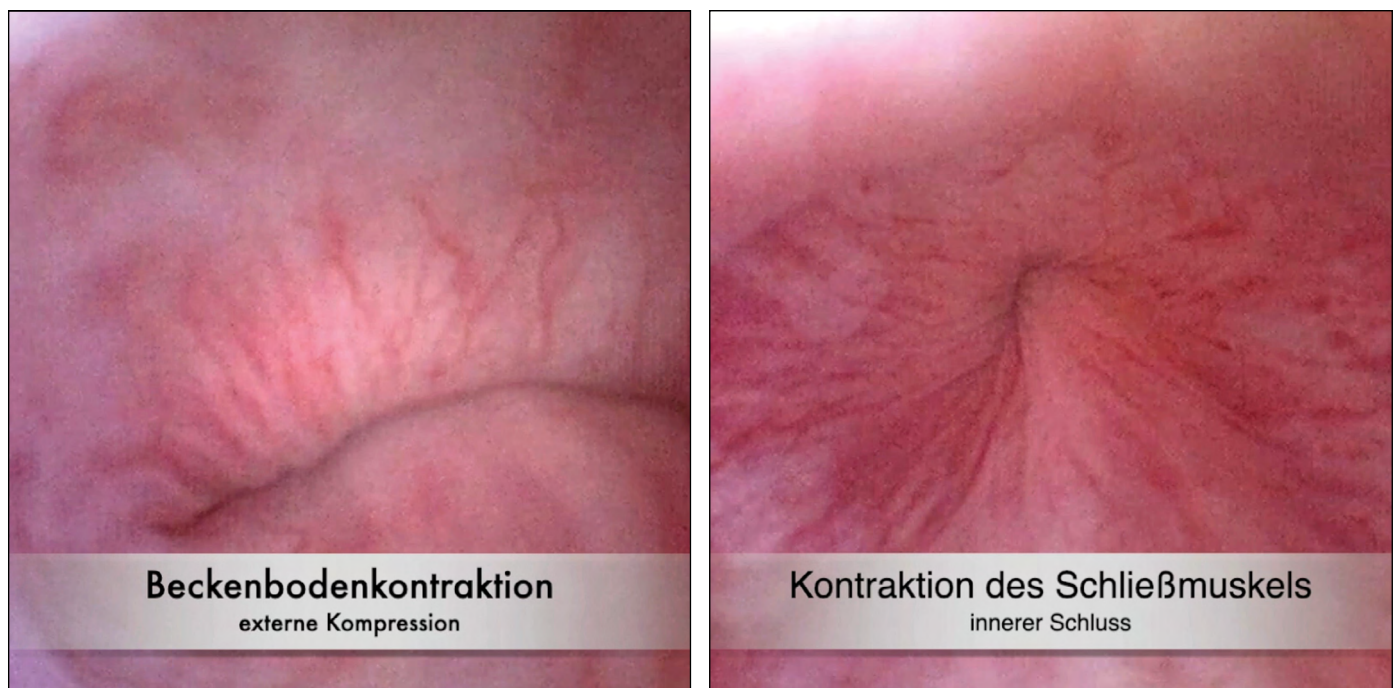


Abb. 2. Schließmuskel während der Biofeedback-Zystoskopie, Ziel der Rehabilitation ist das Einüben der Schließmuskelkontraktion (rechts), die Beckenbodenkontraktion (links) verbessert die Kontinenz dagegen kaum

tion helfen manchmal im ersten postoperativen Jahr, wobei über eine Kombination aus Enddarm-Sonde und Hautelektrode am Damm ein Kräftigungstraining erfolgen kann. Während die Trainings im ersten Jahr unterstützend eingesetzt werden können, besteht auch langfristig die Möglichkeit des Einsatzes des Depressions-Medikaments Duloxetin – maximal 20-80 mg/Tag, in den Morgenstunden oder mittags eingenommen. Es erhöht die Grundspannung des Schließmuskels, führt aber auch zu einigen Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, innerer Unruhe, Schlafstörungen und Übergewicht. Beste Erfahrungen bestehen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung und eher geringem Urinverlust.

Behandlung langfristiger Störungen

Nach Ablauf des 1. Jahres besteht eine stärkere Störung, eine Kontinenz allein durch Schließmuskeltraining ist nicht mehr zu erwarten. Dann be-

darf es einer umfangreichen Diagnostik in Vorbereitung auf eine mögliche invasive Therapie.

Eine genaue Befragung des Patienten erlaubt eine erste Unterscheidung der beiden Formen der Inkontinenz. Das bereits erwähnte 72 Stunden-Toilettenprotokoll sollte unbedingt um einen Vorlagenwiegetest ergänzt werden (Gewicht der gefüllten Vorlage minus Leergewicht der Vorlage). Eine Blasendruckmessung kann helfen, eine Dranginkontinenz oder anderweitige Blasenfunktionsstörung zu erkennen oder auszuschließen.

Wichtigste Diagnostik ist eine Spiegelung der Harnröhre und Blase, bei der die Vitalität des Schließmuskels beurteilt wird. Dabei können Narben erkannt, willentliche Kontraktionsfähigkeit beurteilt und ein Repositionstest erfolgen, um die Funktionalität einer fixen Schlinge zu prüfen und die Verschlusslänge zu messen (die normalerweise >1 cm betragen sollte). Zusätzlich können der Zustand der Blase beurteilt und beispielsweise

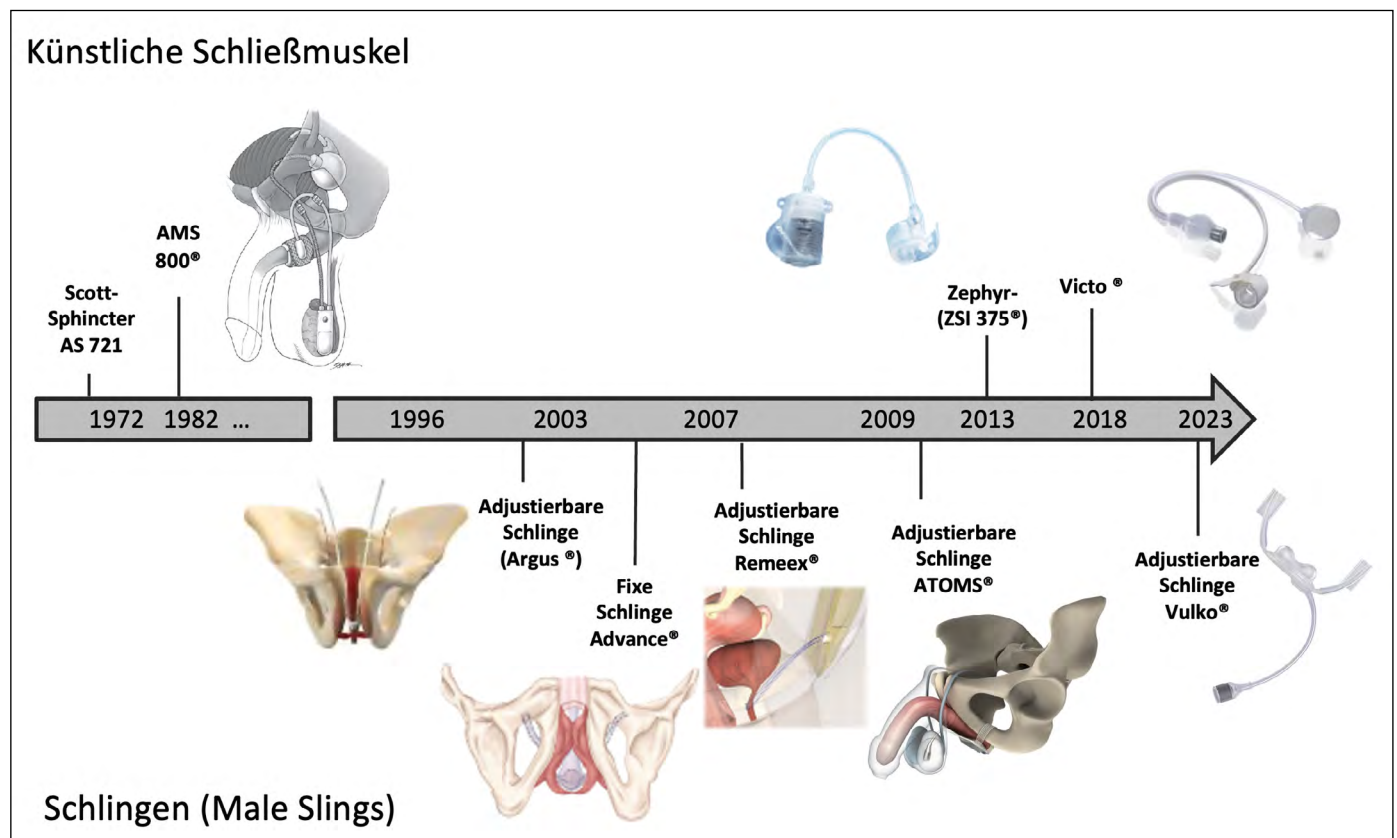


Abb. 3. Übersicht von Implantaten zur Behandlung der Schließmuskelschwäche

Strahlenschäden oder eine zu geringe Kapazität erkannt werden.

Bestätigt die Diagnostik eine relevante Schließmuskelstörung, stehen verschiedene OP-Verfahren zur Verfügung. Neben den fixen und adjustierbaren Schlingen ist das vor allem der seit Ende den 1970er verfügbare künstliche Schließmuskel (Übersicht Abb. 3).

Schlingen werden in fixe (nicht anpassbare) und adjustierbare Schlingen unterschieden. Voraussetzung für alle Schlingen ist eine annähernde Kontinenz nachts als Zeichen einer adäquaten Schließmuskelrestfunktion. Fixe Schlingen werden vor allem bei leichter Harninkontinenz (50 g bis ca. 200 g Urinverlust pro Tag, keine Bestrahlung) eingesetzt. Über einen Dammschnitt wird ein kleines Netz auf die Harnröhre genäht und über kleine Ärmchen dieses nebst Harnröhre in Richtung Beckenboden gezogen. Etwa Zweidrittel der so operierten Patienten berichten postoperativ von einer „sozialen Kontinenz“, d. h. maximal eine Sicherheitsvorlage pro Tag wird verwendet. Fixe Schlingen können nach einigen Jahren zu einer erneuten Verschlechterung führen, diese Problematik gibt es bei adjustierbaren Schlingen eher nicht. Diese können auch bei stärkerem Urinverlust (bis 1000 g/Tag) und Zu-

stand nach Bestrahlung eingesetzt und auch Jahre nach Implantation noch angepasst werden. Über einen perinealen Dammschnitt wird ein Silikonkissen (Argus, ATOMS) oder Netz (Remeex) unter der Harnröhre platziert und über zwei Netzärmchen am Beckenknochen verankert. Unter den verschiedenen Varianten Remeex, Argus und ATOMS zeichnet sich ATOMS durch die einfachste Adjustierung (Injektion von Kochsalzlösung in einen Port im Hodensack) und geringste Re-Operationsrate aus. Trotz stärker betroffener Patienten berichten bis zu 80 % der Männer von

Kurzfassung

Durch Prostataoperationen bei bösartiger Erkrankung oder gutartiger Vergrößerung und Bestrahlungen sind eine relevante Anzahl Männer von einem Urinverlust betroffen. Bei den ärztlichen Beratungen zeigen sich gravierende Unterschiede: Frauen werden meist effektiver beraten und erhalten gute Therapieangebote. Diesem Mangel an Beratungsleistung in der Praxis soll dieser Artikel zumindest entgegenwirken.

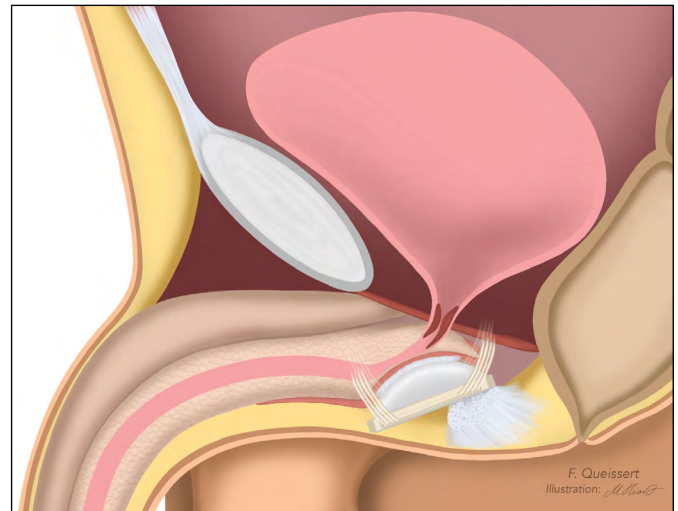


Abb. 4. Adjustierbare Schlinge ATOMS mit Schließmuskelnahe Platzierung und direkter Schließmuskelunterstützung, © alle Abbildungen: F. Queissert

einer „sozialen Kontinenz“. Gegebenenfalls können diese Zahlen noch übertroffen werden: Eine neue Implantationstechnik erlaubt erstmals eine direkte Stützung des Schließmuskels, was in ersten Untersuchungen zu einer nochmals höheren Zufriedenheit führte (Abb. 4).

Ein künstlicher Schließmuskel kann formal bei allen Patienten eingesetzt werden. Hierbei finden

verschiedene Implantationssysteme Anwendung. Der eigentliche Schließmuskel besteht aus einem Silikonring, der die Harnröhre vollständig umschließt. Eine Pumpe im Hodensack erlaubt die Öffnung durch den Träger, eine gewisse Fingerfertigkeit ist hierbei Voraussetzung. Da durch die Kompression der Harn-

röhre diese schrumpfen kann, besteht ein Risiko für eine wiederauftretende Inkontinenz, aber auch eine Verletzung. Besonders das Einführen von Kathetern oder Instrumenten in die Harnröhre sollte nur von Fachpersonal und umfassender Kenntnis des Implantats durchgeführt werden.

Eine französische Studie aller Patienten, die in Frankreich eine Schließmuskel-Prothese erhalten haben, zeigte, dass nach zwei Jahren bereits 29 % und nach fünf Jahren 43 % der Patienten eine erneute Operation benötigten. Daher sollte nach Autorenmeinung nur in Fällen, wo Schlingen nicht sinnvoll erscheinen, beispielsweise bei vollständigem Verlust der Schließmuskelfunktion oder nach schwerem Strahlenschaden, der künstliche Schließmuskel in Erwägung gezogen werden.

Ist die Harnröhre vorgeschädigt oder liegt keine Narkosefähigkeit vor, können auch Hilfsmittel wie das Urinalkondom, dessen Kosten die Krankenkassen übernehmen, oder die Penisklemme zum Einsatz kommen. Während das Kondom eine

Dauerableitung über einen Beinbeutel ermöglicht, dient die Penisklemme eher dem kurzzeitigen Harnröhrenverschluss. Letztere wird auch gern zum Blasentraining bei Schrumpfblass verwendet.

Das Angebot und die Alternativen sind groß, eine umfangreiche kompetente Beratung daher von enormer Bedeutung. Operationen bei Männern werden nicht in allen urologischen Kliniken durchgeführt. Informieren Sie sich daher vorab, welche Klinik in ihrer Umgebung darauf spezialisiert ist.

Weitere Informationen und abrufbare Vorträge rund um die Themen Inkontinenz und Strahlentherapie finden Sie [hier](#).

Oxybutynin lindert Nebenwirkungen der Hormontherapie

Die Androgenentzugstherapie (ADT) ist eine Standardbehandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms. Dieser Hormonentzug verursacht bei bis zu 80 % der Männer Symptome, die den Hitzewallungen von Frauen nach der Menopause ähneln und mit Müdigkeit und Schlafstörungen einhergehen.

Das Anticholinergikum Oxybutynin, das seit Langem zur Behandlung einer Harninkontinenz eingesetzt wird, kann die Hitzewallungen lindern. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.



Nur jeder vierte Mann nutzt die Früherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkasse: Mit nur etwa 12 Prozent nehmen besonders wenige Männer die Prostatakrebs-Vorsorge wahr.

Ist das euer Ernst?



Mensch Männer, geht zur Früherkennung!

Früherkennung von Prostatakrebs

Aktuelle Studien stellen die Früherkennung von Prostatakrebs neu auf. Bis die Neuerungen gesetzlich umgesetzt sind und die entsprechenden Broschüren zur Verfügung stehen, hat der BPS mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und des Berufsverbands der Deutschen Urologie (BvDU) aktuelle Ergebnisse in einer Patienteninformation zusammengefasst. Diese Patienteninformation können Sie nachfolgend lesen und [hier](#) herunterladen:

Prostatakrebs ist mit etwa 75.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland die häufigste Krebsart des Mannes. Die ärztlichen Empfehlungen zur Früherkennung von Prostatakrebs haben sich Mitte 2025 in bedeutendem Ausmaß geändert.

In der aktuellen Version der Prostatakrebsleitlinie rückt anstelle des Tastbefunds der PSA-Wert in das Zentrum des Interesses. Der PSA-Wert wird nach Entnahme einer Blutprobe bestimmt. Bei Überschreiten eines Schwellenwertes wird abgeschätzt, ob weitere Untersuchungen eingeleitet werden sollen.

Mit den neuen Empfehlungen sollen unnötige Untersuchungen mit Gewebeproben (Biopsien) und eine Überbehandlung von risikoarmen Tumoren vermieden werden. Es soll also nur dann weiter untersucht werden, wenn das Risiko auf eine aggressive Krebsform vorliegt. Nach Abschluss der Untersuchungen werden dem Patienten die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung erläutert.

Die nachfolgenden Informationen dienen zu Ihrer Orientierung, ob und wie Sie das Angebot Ihrer Urologin oder Ihres Urologen zur Früherkennung von Prostatakrebs in Anspruch nehmen möchten.

Das Alter als wichtigstes Risiko für Prostatakrebs

Das Risiko, im Laufe des Lebens an Prostatakrebs zu erkranken, steigt mit dem Alter. Bei jungen Männern tritt er so gut wie gar nicht auf, ältere Männer erkranken häufiger.

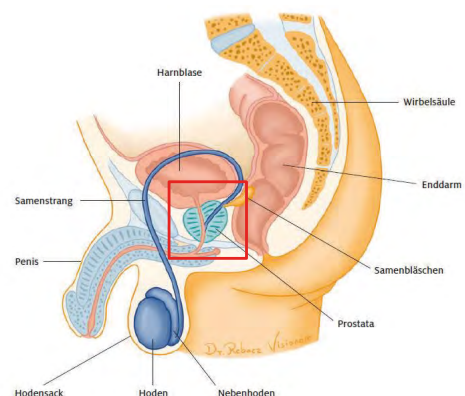
Ziele und Grenzen der Früherkennung

Wichtig zu wissen: Prostatakrebs lässt sich durch Früherkennung nicht verhindern. Ziel der Früher-

kennung ist es, behandlungsbedürftige Tumore möglichst frühzeitig zu entdecken – also bevor sie sich im Körper ausbreiten – und dann unverzüglich zu behandeln. Die Gefahr, an schweren Verläufen des Prostatakrebs zu erkranken, wird somit verringert. Und Therapien, welche die Lebensqualität stark einschränken, könnten durch frühes Erkennen vermieden oder hinausgezögert werden.

Was ist die Prostata?

Die auch Vorsteherdrüse genannte Prostata ist ein kleines Organ im Unterkörper des Mannes. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der männlichen Zeugungsfähigkeit. Bei einem erwachsenen Mann ist sie vor Einsetzen des natürlichen Wachstums des Organs etwa so groß wie eine Kastanie. Die Prostata liegt im Becken unterhalb der Harnblase.



© Leitlinienprogramm Onkologie, Konsultationsfassung der Gesundheitsleitlinie Früherkennung von Prostatakrebs, 3. Auflage, 29.09.2025

Was ist der PSA-Wert?

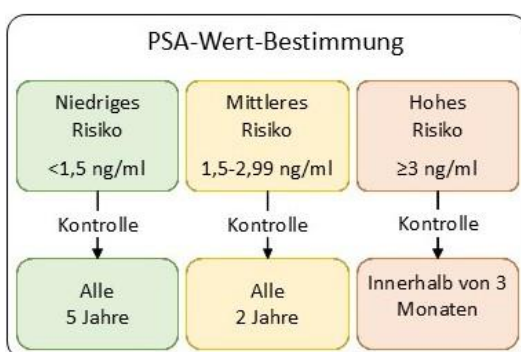
Das PSA (Prostata-spezifisches Antigen) ist ein Eiweißmolekül, welches in der Prostata gebil-

det und zur Verbesserung der Beweglichkeit der Spermien in den Samenerguss abgegeben wird. In kleinen Mengen gelangt es natürlicherweise aber auch ins Blut.

Bei verschiedenen Veränderungen der Prostata kann das im Blut gemessene PSA erhöht sein. Gründe hierfür sind z.B. eine gutartige Vergrößerung der Prostata, eine Entzündung, aber eben auch Prostatakrebs. Wenn der PSA-Wert im Blut erhöht ist, erfolgt eine Abklärung, warum das so ist. Da es vorübergehende Erhöhungen des PSAs gibt, erfolgt nach wenigen Wochen zunächst ein zweiter Test. Ist der PSA-Wert wieder auf einen niedrigen Wert zurückgefallen, hatte der erhöhte PSA-Wert sehr wahrscheinlich eine andere Ursache als Prostatakrebs.

Risikoangepasste Früherkennung von Prostatakrebs

Wichtig ist die Bestimmung des Ausgangs-PSA. Das ist der erste PSA-Wert, der gemessen wird. Wird dieser Wert im Alter von 45 Jahren bis 50 Jahren ermittelt, dann kann über die Jahre der Verlauf optimal beurteilt werden. Häufig wird es jedoch so sein, dass das Ausgangs-PSA erst in einem höheren Lebensalter bestimmt wird. Aber auch dann ist Früherkennung möglich und die Untersuchungen sind sinnvoll.



© Leitlinienprogramm Onkologie, Konsultationsfassung der Gesundheitsleitlinie Früherkennung von Prostatakrebs, 3. Auflage, 29.09.2025

Die Grafik zeigt den empfohlenen Ablauf weiterer Untersuchungen in Abhängigkeit vom PSA-Wert. Hiervon wird Ihr Urologe oder Ihre Urologin ggf.

abweichen. Lassen Sie sich die Gründe erklären!

- Bei niedrigem PSA (PSA < 1,5 ng/ml) soll 5 Jahre bis zur nächsten PSA-Kontrolle gewartet werden.
- Bei mittlerem PSA (1,5 bis 2,99 ng/ml) soll nach 2 Jahren die nächste PSA-Kontrolle durchgeführt werden.
- Bei hohem PSA (≥3 ng/ml) wird zunächst nach einigen Wochen eine Kontrollbestimmung durchgeführt. Falls sich der gemessene Wert bestätigt, erfolgt mittels einer urologischen Untersuchung eine Risikoeinschätzung, die z.B. das Alter, die Größe der Prostata, die Familiengeschichte und erblich bedingte Faktoren einbezieht. Hiernach entscheiden Sie gemeinsam mit Ihrer Urologin oder Ihrem Urologen, ob weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Falls ja, wird in der Regel eine multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) veranlasst.

Die bildgebende Untersuchung mit MRT der Prostata wird durch einen dafür qualifizierten Radiologen befundet. Wenn das MRT entsprechend gewisser Kriterien auffällig ist, wird eine Biopsie empfohlen. Hierbei werden aus der Prostata gezielt Gewebeproben aus Bereichen entnommen, die verdächtig sind, dass sich dort Prostatakrebs findet. Die Gewebeprobe wird im Anschluss feingeweblich untersucht.

Werden zum ersten Mal Gewebeproben entnommen, dann wird in aller Regel zusätzlich auch Gewebe aus anderen, im MRT nicht auffälligen, Bereichen entnommen. Man nennt das ‚systematische Biopsien‘. Es wird geprüft, ob die systematischen Biopsien zukünftig entfallen können.

Warum wird die Tastuntersuchung nicht mehr empfohlen?

Aktuelle Studien zeigen, dass die Tastuntersuchung der Prostata für die Prostatakrebsfrüherkennung keinen Stellenwert besitzt. Allerdings wird bei einem bestätigten auffälligen PSA-Wert die Tastuntersuchung weiterhin zur weiteren Abklärung beitragen und fließt auch in die Risikokalkulation ein.

Ihre Entscheidung

Die risikoangepasste Früherkennung hilft dabei, möglichst früh behandlungsbedürftigen Prostatakrebs zu finden und gleichzeitig unnötige Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden. Besprechen Sie mit Ihrer Urologin oder Ihrem Urologen Ihr persönliches Risiko und den besten Plan für Ihre Früherkennung.

Kosten der Früherkennung

Nach wie vor ist die Bestimmung des PSA-Werts eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die vom Patienten selbst bezahlt werden muss. Sie kostet etwa 25 bis 45 € je Untersuchung. Die weitere Abklärung und die evtl. notwendige MRT könnten in einigen Fällen selbst getragen werden müssen. Für diese Untersuchung ist mit Kosten im Bereich von 400 - 700 € zu rechnen. Sprechen Sie Ihre Krankenkasse an, ob diese die Kosten trägt.

Aktuell wird geprüft, ob die Erstattung dieser Leistungen zukünftig durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll. Der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (G-BA) steuert dieses Verfahren, der Beschluss des G-BA ist Mitte 2027 zu erwarten.

Diese Patienteninformation (Stand: 12/2025) wurde mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und des Berufsverbands der Deutschen Urologie (BvDU) erstellt.

Noch Fragen? Wenden Sie sich gerne an die BPS-Beratungshotline unter 0800-7080123 (kostenfrei), jeden Dienstag, Mittwoch und Donnerstag zwischen 15.00 und 18.00 Uhr (gebührenpflichtig aus dem Ausland: +49(0)228-28645645).

Höhere Strahlendosis bei Rückfällen nach radikaler Prostatektomie ohne Vorteile

Biochemische Rückfälle, also das Ansteigen des PSA-Werts nach radikaler Prostatektomie, sind nicht selten. Laut einer Arbeitsgruppe war bislang unklar, ob eine Dosisescalation bei der Salvage-Strahlentherapie gegenüber der etablierten Standarddosis einen Vorteil bringt. Die Langzeitbeobachtung zeigte, dass eine höhere Dosis nur das Risiko gastrointestinaler Nebenwirkungen erhöht, ohne den Patienten einen Nutzen zu bringen. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: [ärzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de), Januar 2026

Melden Sie Arzneimittel-Nebenwirkungen

Nicht alle Nebenwirkungen eines Arzneimittels können bereits vor der Zulassung erkannt werden. Ärzte, andere Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie Patienten sind daher aufgefordert, mögliche Nebenwirkungen zu melden.

Die internationale Kampagne ruft dazu auf, Verdachtsfälle von Nebenwirkungen an die zuständigen Arzneimittelbehörden zu melden, damit

mögliche Risiken frühzeitig erkannt werden.

In Deutschland kann der Verdacht auf eine Arzneimittelnebenwirkung einfach und direkt über das Onlinemeldeportal www.nebenwirkungen.bund.de an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) übermittelt werden. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: [ärzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de), November 2025

Selbstbild nach Prostatektomie gibt Hinweise auf den Gesundheitszustand

Wissenschaftler untersuchten, wie das Selbstbild von Männern mit einer Prostatakrebsdiagnose in der Vergangenheit mit deren Gesundheitszustand zusammenhängt. Sie stellten fest, dass Männer, die sich als „Opfer“ oder „Krebsüberlebender“ (negativ konnotierte (= wertende) Begriffe) bezeichneten, häufiger von starker Einsamkeit bzw. Begleiterkrankungen und depressiven Symptomen betroffen waren.

Eine Krebserkrankung ist sehr belastend und kann sich auch noch viele Jahre nach der Behandlung auf den Gesundheitszustand und die psychische Verfassung der Betroffenen auswirken. Wissenschaftler der Technischen Universität München (TUM) untersuchten, welches Selbstbild ältere Männer mit einer Prostatakrebsdiagnose in der Vergangenheit hatten und wie dieses mit deren Gesundheitszustand zusammenhing.

Selbstbild ältere Männer mit Prostatakrebsdiagnose: Relevant für Prognose?

An der Befragung nahmen 2.379 Männer teil, die sich vor durchschnittlich $17,9 \pm 3,7$ Jahren einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten. Die Männer waren im Durchschnitt $82,2 \pm 3,9$ Jahre alt. 10,6 % der Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung. Die Männer wurden gebeten, sich einer der folgenden Bezeichnungen zuzuordnen:

- Patient
- Opfer
- Jemand, der Krebs hat
- Krebsüberlebender
- Krebsbezwinger

Zudem erfassten die Wissenschaftler klinische Daten, altersbedingte und psychologische Faktoren der Patienten.

Befragung: 2.379 Männer wählten Selbstbezeichnung mit Bezug zum Prostatakrebs aus

Die meisten Männer identifizierten sich mit den neutralen Bezeichnungen „Jemand, der Krebs

hatte“ (45,7 %) und Patient (27,0 %). Negativ konnotierte Bezeichnungen wie „Krebsüberlebender“ (15,7 %) oder „Opfer“ (2,1 %) wählten die Männer deutlich seltener. Die Wissenschaftler konnten Zusammenhänge zwischen den gewählten krebbezogenen Identitäten und dem Gesundheitsstatus der Männer feststellen. Männer, die sich selbst als „Krebsüberlebender“ bezeichneten, berichteten häufiger von Begleiterkrankungen und depressiven Symptomen. Die Identifikation als „Opfer“ ging mit starker Einsamkeit einher. Die positiv konnotierte Bezeichnung „Krebsbezwinger“, die 9,5 % der Männer wählten, war hingegen mit einer höheren Lebensqualität assoziiert.



Negative Bezeichnungen gingen mit Begleiterkrankungen, depressiven Symptomen und Einsamkeit einher

Wie sich die Männer nach der Krebserkrankung bezeichneten, konnte somit Hinweise auf klinische und psychologische Faktoren geben. Die meisten Männer wählten hinsichtlich ihrer Prostatakrebserkrankung neutrale Bezeichnungen. Negative Bezeichnungen wurden seltener gewählt und gingen mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und Einsamkeit einher. Diese Zusammenhänge sollten in der Nachsorge berücksichtigt werden.

Quelle: [DeutschesGesundheitsPortal](#), Januar 2026

Lebensverlängernd oder palliativ? Diskrepanz zwischen Zielen der Patienten und Behandlungsabsichten

Einer neuen Studie zufolge berichten viele Patienten mit fortgeschrittenem Krebs, dass bei ihrer Behandlung anstelle einer möglichst guten Lebensqualität das Überleben im Vordergrund steht – selbst wenn ihr eigenes Ziel das Gegenteil ist.

Die Behandlung schwerer Erkrankungen zielt in der Regel darauf ab, das Überleben und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Doch in manchen Fällen lassen sich diese Ziele nicht miteinander vereinen. Damit Patienten keine zusätzliche Belastung durch Behandlungen erfahren, die ihren Wünschen widersprechen, müssen Ärzte die individuellen Anliegen ihrer Patienten erkennen und verstehen.

„Bei der Behandlung von fortgeschrittenem Krebs besteht das Ziel darin, den Patienten zu ermöglichen, so lange und so gut wie möglich zu leben. Doch manchmal stehen Patienten und Onkologen vor schwierigen Entscheidungen, insbesondere wenn die Ziele, länger zu leben und sich wohlfühlen, anfangen miteinander zu konkurrieren“, erklärt Erstautor Dr. Manan P. Shah von der University of California (USA).

Krebspatienten berichten häufiger von diskordanter (= nicht übereinstimmender) Behandlung

Um den Zusammenhang zwischen den Präferenzen der Patienten und ihrer Behandlung zu untersuchen, analysierten Shah und sein Team die Umfrageergebnisse von Erwachsenen mit fortgeschrittenem Krebs und anderen schweren Erkrankungen, die an einer multizentrischen Studie zur vorausschauenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning) teilnahmen. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift „Cancer“ veröffentlicht.

Von 1.099 Teilnehmenden bevorzugten 49 Prozent der 231 Patienten mit fortgeschrittenem Krebs eine palliativmedizinische, auf die Lebensqualität abzielende Therapie, und 16 Prozent der 231 Patienten verstarben innerhalb von zwei Jahren.

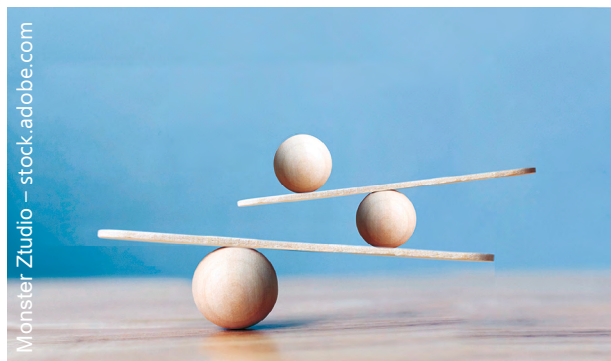
Diese Anteile ähnelten denen der 868 Patienten mit anderen schweren Erkrankungen (48 Prozent bzw. 13 Prozent). Unter den Patienten, die eine auf die Lebensqualität abzielende Therapie bevorzugten, berichteten Krebspatienten häufiger über eine nicht übereinstimmende lebensverlängernde Behandlung als Patienten mit anderen Erkrankungen (37 Prozent gegenüber 19 Prozent).

Ziele und Absichten klar kommunizieren

Darüber hinaus schien eine lebensverlängernde Behandlung das Leben von Patienten, die dies nicht wünschten, nicht wirklich zu verlängern. Denn bei Krebspatienten, die eine auf die Lebensqualität abzielende Behandlung bevorzugten, gab es keinen signifikanten Unterschied in der Zweijahresmortalität zwischen denen, die eine diskordante lebensverlängernde Behandlung angaben, und denen, die eine konkordante auf die Lebensqualität abzielende Therapie erhielten.

„Diese Diskrepanz zwischen dem, was Patienten wollen und dem, was sie ihrer Meinung nach erhalten, ist ein wichtiges Thema“, kommentiert Shah. „Eine wichtige Erkenntnis ist, dass Ärzte offen mit ihren Patienten über deren Ziele sprechen müssen. Sie müssen die Absicht ihrer Behandlung klar verständlich machen und versuchen, tatsächliche oder vermeintliche Diskrepanzen zwischen diesen Behandlungsabsichten und den persönlichen Präferenzen der Patienten zu beseitigen.“

Quelle: Biermann-Medizin, August 2025



Bildgebung vor Prostatektomie: Hat die PSMA-PET einen blinden Fleck?

Das nuklearmedizinische Bildgebungsverfahren PSMA-PET könnte möglicherweise einige hochgradige Prostatakarzinome (PCa) übersehen: Australische Mediziner haben herausgefunden, dass bei Patienten ohne Radiotracer-Anreicherung das innerhalb eines Drüsengangs gelegene Prostatakarzinom mit aggressiven Charakteristika überrepräsentiert sein kann. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: Biermann-Medizin, Februar 2026

Auch Krebs-Langzeitüberlebende profitieren von gesundem Lebensstil

Auch viele Jahre nach einer Krebsdiagnose lohnt es sich, auf einen gesunden Lebensstil zu achten: Langzeit-Krebsüberlebende, die nicht rauchen, sich ausreichend bewegen und ein gesundes Körpergewicht halten, leben deutlich länger als Betroffene mit ungesünderen Gewohnheiten. Das zeigt eine aktuelle bevölkerungsbasierte Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ).

Untersucht wurden mehr als 6.000 Menschen aus ganz Deutschland, die mindestens fünf Jahre zuvor an Brust-, Darm- oder Prostatakrebs erkrankt waren. Die Forschenden begleiteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über einen Zeitraum von bis zu zwölf Jahren und analysierten

den Einfluss verschiedener Lebensstilfaktoren auf die Gesamtsterblichkeit.

Bis zu ein Drittel geringeres Sterberisiko – bei Frauen und Männern

Das Ergebnis ist eindeutig: Teilnehmende mit einem insgesamt gesunden Lebensstil hatten ein um rund 30 Prozent geringeres Sterberisiko als diejenigen mit ungünstigen Lebensgewohnheiten. Besonders wichtig waren dabei vier Faktoren: Nichtrauchen, regelmäßige körperliche Aktivität, gesundes Körpergewicht sowie ein mäßiger oder kein Alkoholkonsum. Am stärksten wirkte sich der Rauchverzicht aus: Bei Menschen, die nie ge-



raucht hatten, kam es im Untersuchungszeitraum zu fast 50 Prozent weniger Todesfällen als bei aktuellen Raucherinnen und Rauchern.

Die Bedeutung eines gesunden Lebensstils zeigte sich unabhängig von Alter, Geschlecht, Krebsart oder dem Vorliegen anderer chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen. „Ein gesunder Lebensstil hilft nicht nur, Krebs zu vermeiden, sondern kann auch nach einer Krebsdiagnose einen großen Unterschied machen“, fasst Studienleiter Volker Arndt die Ergebnisse zusammen.

Große Bedeutung für die Nachsorge

In Deutschland leben inzwischen mehr als fünf

Millionen Menschen mit einer überstandenen Krebserkrankung, die Mehrheit davon seit mehr als fünf Jahren. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass über die Hälfte der Langzeit-Überlebenden die Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil nur teilweise oder gar nicht erfüllt.

Die Studie unterstreicht daher das Potenzial von gezielter Beratung und Unterstützung in der Krebsnachsorge. Lebensstil-Programme, insbesondere zur Raucherentwöhnung und Bewegungsförderung, könnten einen wichtigen Beitrag leisten, um die Lebenserwartung und Lebensqualität von Krebsüberlebenden langfristig zu verbessern.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Februar 2026

Online-Treff 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 eines Online-Treffs zur Verfügung. Teilnahmeinformationen finden Sie [hier](#).



Unter 45 und Prostatakarzinom: Sind die Tumoren der Jüngsten anders?

Werden Prostatakarzinome im jungen Alter verzögert diagnostiziert? Verlaufen sie aggressiver? Und wie oft kommen sie überhaupt bei unter 45-Jährigen vor? Fragen, die ein Team um einen niedergelassenen Urologen mit dem Ergebnis klärte, dass Prostatakarzinome von Personen unter 45 keine distinkte (= klar abgrenzbare, eigen-

ständige) Tumorentität bilden, aber aus Sicht des Teams besondere Aufmerksamkeit und frühzeitige Abklärung benötigen. Bei gefährdeten Personen könne eine risikoadaptierte Früherkennung bereits in diesem Alter Sinn ergeben. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: Medical Tribune, November 2025



Markus Mainka – stock.adobe.com

Die Selbsthilfegruppen des BPS – Rückblick auf 2025

Im Dezember 2025 hatte der BPS insgesamt 168 Selbsthilfegruppen

4 Gruppen konnte ihre Nachfolge erfolgreich organisieren:

SHG Prostatakrebs Schwäbisch-Gmünd, Prostatakrebs SHG Düren, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bietigheim und Umgebung, Prostatakrebs SHG Bergisch-Gladbach

3 Selbsthilfegruppen und einen Regionalverband konnten wir neu begrüßen:

SHG Prostatakrebs Bad Hersfeld-Rotenburg, SHG Prostatakrebs Brakel, Höxter, Bad Driburg, SHG Prostatakrebs Schwalm-Eder und den Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Berlin-Brandenburg

Wir begrüßen alle Nachfolger, alle neuen Gruppen und jedes einzelne, neu hinzu gekommene Mitglied!

Diese SHGs sind leider ausgetreten oder haben sich aufgelöst:

Prostatakrebs SHG Hoyerswerda, Prostatakrebs SHG Geldern-Kleve, Prostatakrebs SHG Oberhausen, Prostatakrebs SHG Waldeck-Frankenberg, SHG Prostatakrebs Wilhelmshaven/Friesland

Landesverband NRW bei Preisverleihung

Von Bernd Troche, stellvertretender Vorsitzender des Landesverbands NRW

Am 26. November 2025 wurde in Berlin der internationalen Initiative PROMISE (PROstate cancer Molecular Imaging Standardized Evaluation) unter Federführung der Universitätsmedizin Essen der Preis der deutschen Hochschulmedizin 2025 in Höhe von 25.000 € verliehen. In einer der größten Studien ihrer Art hat das Team die Bilddaten von über 15.000 Patienten aus mehr als 50 Zentren weltweit ausgewertet. Über die Hälfte der Daten stammte von den deutschen Universitätskliniken in Essen, Münster, München, Dres-

den, Freiburg und Hamburg. Gemeinsam mit international führenden Forschungseinrichtungen – etwa in Schweden, Italien, Österreich, den USA, Kanada, der Türkei und Polen – wurde daraus das PROMISE-Schema entwickelt. Ziel von PROMISE war u.a. die Frage, ob PSMA-PET-Untersuchungen Diagnose und Behandlung von Prostatakrebs messbar und sinnvoll zum Beispiel im Vergleich zu CT und Knochenszintigrafie verändern.

Die zentrale Veröffentlichung im Lancet Oncology von Robert Seifert, Boris Hadaschik, Ken



(von links): Bernd Weber, Caner Civan, Bernd Troche (in Vertretung für Boris Hadaschik), Lisa Rennau, Tobias Maurer, Thanusiah Selvamoorthy, Sebastian Hoberück, Wolfgang Fendler, Kambiz Rahbar, Claudia Kesch, Matthias Eiber, Jens Scholz, © B. Troche

Herrmann, Wolfgang Fendler umfasste 2.414 Patienten und entwickelte

- visuelle und quantitative Nomogramme zur Vorhersage des Gesamtüberlebens,
- PSMA-PET-basierte Risikoprofile für alle Krankheitsstadien,
- das standardisierte PROMISE-Schema zur Klassifizierung der Tumorausbreitung (lokal, Lymphknoten, Fernmetastasen).

PROMISE präsentiert sich damit als ein neuartiger bildgebender Biomarker für das Gesamtüberleben bei Prostatakrebs mit mehreren wichtigen Vorteilen:

- Präzisere Prognose: bessere Vorhersagegenauigkeit bzw. vielseitigere Einsetzbarkeit

im Vergleich zu etablierten klinischen Risiko-Scores (wie z.B. STAR-CAP oder das GAFITA-Nomogramm)

- Optimierung der Therapieplanung
- Standardisierte Kommunikation: PROMISE organisiert Informationen aus PSMA-PET-Scans, um die Kommunikation zwischen Ärzten, Kliniken und Patienten zu erleichtern.

Die Jury würdigte in der Laudatio besonders, wie schnell Forschungsergebnisse in klinische Leitlinien überführt wurden. Da das PSMA-PET inzwischen weltweit anerkannt ist, gilt PROMISE als eine vielversprechende Standardisierung zur Interpretation von PSMA-PET-Bildern in Forschung und Praxis.

SHG Leverkusen informiert zu „Männergesundheit“

Von Reinhard Brüsch, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Leverkusen

Im Rahmen der Leverkusener Gesundheitsgespräche im Oktober 2025 referierte Dr. Janine Severine, Fachärztin für Urologie, wie wichtig die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen von Harnblase und Prostata ist. Anschließend stellte

(von links) Dr. Janine Severins, Reinhard Brüsch und Dr. Mirja Stevens, © R. Brüsch



sich die SHG Leverkusen mit dem Thema Früherkennung vor und stand für Fragen zur Verfügung, bevor Dr. Mirja Stevens, Fachärztin für die Innere Medizin, über das Thema „Wenn Schnarchen die

nächtliche Ruhe stört“ sprach. Diese Veranstaltung wurde gemeinsam von der VHS, dem Gesundheitsamt Leverkusen und der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe durchgeführt.

SHG Minden knüpft neue Kontakte

Von Uwe Koschel, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Minden

Im Rahmen des Krebs-Informationstags „Da Vinci – Roboterassistierte Chirurgie“ des Universitätsklinikums Minden, des Universitätsklinikums Herford und des Klinikums Lübbecke im November 2025 konnten Besucher selbst Hand anlegen und diese Technik hautnah erleben. Am Informationsstand der SHG Minden haben der Leiter der SHG, Uwe Koschel, und seine Mitstreiter viele, sehr wertvolle Gespräche mit Interessenten, Krankenhaus-Ärzten, Krebsbetroffenen und Prostatakrebspatienten, die sich derzeit in der Klinik aufhielten, führen können. Auch die Teilnahme an Vorträgen war möglich.

Die bestehende Kooperation mit den Mühlenkreiskliniken (Johannes Wesling Klinik Minden und Krankenhaus Lübbecke) konnte intensiviert und eine neue Zusammenarbeit mit den Kreiskliniken Herford-Bünde mit Chefarzt Prof. Dr. Christian Meyer angestoßen werden. Selbsthilfe-Interessierte aus dem Kreis Herford mussten bislang bis nach Bielefeld fahren. Dieser lange Weg ist nun nicht mehr nötig ...



Uwe Koschel am Informationsstand der SHG, © U. Koschel

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 persönlich Motivation und die grundsätzlichen Funktionen des G-BA darlegen. Das Video finden Sie [hier](#).

Ehrung des Ehrenamts

Von Helmut A. Kurtz,
Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Heidekreis

Als ausdrückliche Wertschätzung und Dank für das besondere Engagement wurde Helmut A. Kurtz am 22. November 2025 zu einem Festakt in Hannover eingeladen.

(von links) Ministerpräsident von
Niedersachsen Olaf Lies und Helmut A. Kurtz, © H. A. Kurtz



SHG Südthüringen unterwegs zwischen Bewegung, Ernährung und Gemeinschaft

Von Hans-Ulrich Arnold, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Südthüringen

Die Selbsthilfegruppe Südthüringen war im Frühjahr und Sommer 2025 zweimal unterwegs, um Wissen zu vertiefen, gemeinsam aktiv zu sein und neue Eindrücke zu sammeln:

Besuch der Inselsberg Klinik Bad Tabarz

Die Gruppe startete mit einer Stadtführung durch Bad Tabarz und einem gemeinsamen Mittagessen in der Klinik. Den Schwerpunkt bildete ein lebendiger Vortrag von Dr. A. Richter über das Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und Gewicht. In verständlicher Form wurden Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegungsmangel, alters-

bedingten Veränderungen sowie Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes und Gelenkproblemen aufgezeigt. Hervorgehoben wurde, wie Ernährung und Bewegung Beschwerden beeinflussen, warum Bauchfett, Muskelabbau und soziale Isolation eine Rolle spielen und dass zwei bis drei Trainingseinheiten pro Woche, gern moderat bis anstrengend, spürbare Effekte bringen.

Nach einer angeregten Gesprächsrunde folgte ein Klinik-Rundgang sowie ein gemütliches Kaffeetrinken, bevor es zurück nach Hause ging.

Exkursion zu Fahner Obst in Gierstädt – Gesunde Ernährung aus der Region

Beim zweiten Ausflug besuchte die SHG das größte geschlossene Obstanbaugebiet Deutschlands. Nach einem Mittagessen in Erfurt führte Herr Donnberger durch die weitläufigen Plantagen und erläuterte die Geschichte sowie die heutige Struktur von Fahner Obst. Die Gruppe erhielt Einblicke in rund 1.000 ha Anbaufläche, mehr als 30 Apfelsorten, darunter 10 ha Selbstpflückanlagen, die lange Obstanbautradition seit über 200 Jahren sowie moderne Vermarktungs- und Lagerstrukturen.



Klinikbesuch in Bad Tabarz



Besuch eines regionalen Obstbetriebs, © beide Fotos: H.-U. Arnold

Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der gesundheitlichen Bedeutung von Äpfeln. Sie sind kalorienarm, vitaminreich und enthalten Ballaststoffe sowie Polyphenole. Für Apfelallergiker eignen sich insbesondere ältere Sorten wie Santana, Gravensteiner, Alkmene oder Boskop. Eine Ver-

kostung verschiedener Sorten rundete das Programm ab. Bei Kaffee und Kuchen gab es Gelegenheit für Austausch, Gespräche und Hinweise zu kommenden SHG-Veranstaltungen.

Fazit

Beide Touren machten deutlich, wie eng Bewegung, Ernährung und gesundes Altern miteinander verknüpft sind – und wie wertvoll gemeinschaftliche Aktivitäten für Betroffene und Angehörige sein können. Die SHG Südthüringen zeigt damit: Aktiv bleiben – gemeinsam gesund bleiben.

SHG Herrenberg verabschiedet langjährigen Leiter

Von Wolfgang Ebsen, Leitungsmitglied der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Herrenberg

Josef Wolpert, langjähriger Vorsitzender der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Herrenberg, tritt nach zehn erfolgreichen Jahren aus Altersgründen als SHG-Leiter zurück. Als Gründungsmitglied unserer im Jahr 2009 ins Leben gerufenen SHG hat Josef die Werte von Unterstützung, Offenheit und Zuverlässigkeit vorbildlich getragen. Unter seiner Leitung konnten wir gemeinsam viele Hürden überwinden, Informationen bündeln, Mut schenken und Betroffene sowie Angehörige stärken. Sein Engagement, seine ruhige Art im Umgang mit sensiblen Themen und sein unermüdlicher Einsatz für die Belange unserer Teilnehmer haben die SHG zu dem gemacht, was sie heute ist: ein sicherer Ort des Austauschs, der Hoffnung und der praktischen Hilfe. Wir danken Josef dafür von ganzem Herzen!

Harald Frey, Manfred Nasgowitz und Wolfgang Ebsen werden als 3er-Team die SHG-Leitung übernehmen. Ihr gemeinsames Ziel ist es, Kontinuität zu wahren, neue Ideen zu fördern und



(von links) Wolfgang Ebsen, Harald Frey, Josef Wolpert und Manfred Nasgowitz, © W. Ebsen

die Unterstützung für unsere Mitglieder weiter auszubauen. Wir sind überzeugt, dass das neue Team die positive Entwicklung mit derselben Leidenschaft und dem gleichen Blick fürs Wohl der Gruppe fortsetzen wird.

SHG Bocholt stellt sich vor und probiert Da Vinci aus

Von Günter May, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bocholt

Die SHG Bocholt durfte sich im Rahmen der Veranstaltung „Robotische Medizin hautnah – der Da Vinci zum Ausprobieren!“ der Pflegeschule für Gesundheitsberufe am St. Agnes Hospital Bocholt im November 2025 mit einem Informationsstand präsentieren und auch einmal am Da Vinci-Roboter ausprobieren.

(von links) Hans Helmes,
Manfred Feistauer, Günter May, © G. May



Jahresrückblick 2025 der SHG Celle

Von Reiner Luck, Mitglied der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Celle

Auch 2025 hat die Selbsthilfegruppe in Celle wieder zu zahlreichen Treffen eingeladen, die von Mitgliedern und Gästen stets gut besucht waren. Die monatlichen Treffen finden jeweils am zweiten Dienstag um 19.00 Uhr zum Austausch untereinander und zur Information mit eingeladenen Fachkräften statt und am letzten Dienstag im Monat um 9.00 Uhr zum gemütlichen Frühstück. Weiterhin hatten Jürgen Sadogierski und Rüdiger Beins ein umfangreiches Programm zur Information und Unterhaltung zusammengestellt:

- Dr. med. Yannick Lippka, Chefarzt der Klinik

für Urologie am allgemeinen Krankenhaus (AKH) Celle: „Prostataoperation mit der Da Vinci-Methode und neuester Stand der S3-Leitlinie“

- Ole Michalski: „Einblick in die Technikwelt der Handys und Smartphones“
- Kaffeenachmittag im Café und Hotel im Herrenhaus Gut Sunder in Winsen/Aller
- Tanja Düwel, Sportwissenschaftlerin: „Alles was uns bewegt und für einige von uns eventuell einen Vorteil bringen kann“
- Grillnachmittag mit Mitgliedern und Ehefrauen in Oldau/Ovelgönne



Selbsthilfeangebote der SHG Celle, © R. Luck

- Informationsstand auf dem Selbsthilfetag in der Celler City
- Florian Lechner, Oberarzt der urologischen Klinik des Klinikums Großburgwedel: „Das biochemische Rezidiv nach Lokaltherapie des Prostatakarzinoms (Wiederauftreten von messbaren Krebswerten im Blut nach einer örtlichen Behandlung des Prostatakrebses“
- Jahresabschluss mit Frühstücksbuffet im Landhotel Jann Hinsch in Winsen/Aller mit lau-

nigem Rückblick auf das bunte und abwechslungsreiche Programm der Selbsthilfegruppe und einem dicken Dankeschön an die Personen, die das Zusammensein durch ihren ehrenamtlichen Einsatz erst möglich gemacht haben.

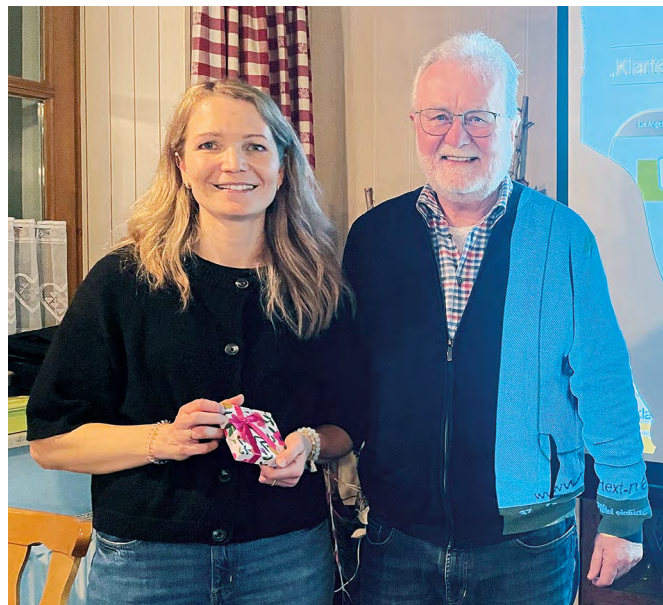
Auch in der Repräsentation nach außen hat sich die Selbsthilfegruppe weiterentwickelt. Das ist einem neuen Pavillon, Werbebannern, Flyern, Falblättern sowie einer neugestalteten Internetseite unter www.prostatakrebs-celle.de zu verdanken.

Die SHG Deggendorf isst nun besser

Von Marianne Bauer, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Deggendorf

28 Personen waren der Einladung der SHG Deggendorf zum Vortrag „Sind Nahrungsergänzungsmittel sinnvoll oder unnötig“ von Julia Birnbaum, Ernährungsberaterin vom Amt für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten im Rahmen des Netzwerks Generation 55plus, gefolgt.

Von den 65- bis 80-jährigen nehmen 30 % der Männer und 45 % der Frauen Präparate zur Nahrungsergänzung ein. Dabei ist Deutschland kein Vitaminmangelnd. Sie empfahl eine ausgewogene eiweißreiche Ernährung mit Ballaststoffen, Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Vollkorngetreideprodukten. Zur Frage, ob die Einnahme von Kürbiskernen oder Cranberrysaft das Prostataleiden verhindern können erklärte sie, darüber gäbe es noch keine genauen Studien. Der Konsum von Soja und der rote Farbstoff der Tomaten wirke sich leicht positiv zur Vorbeugung aus.



Kurt Imhof, Leiter der SHG-Deggendorf, bedankte sich mit einem kleinen Präsent bei Julia Birnbaum, © M. Bauer

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.

Nicht fündig geworden? Gründen Sie Ihre eigene SHG. Wir unterstützen Sie umfassend!

Die SHG Nürtingen-Kirchheim im Einsatz

Von Jörg Mangold, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Nürtingen-Kirchheim

Das Onkologische Zentrum Göppingen, ein Kooperationspartner der SHG, hat Gerhard Kuhn, Hans-Peter Aurenz und Jörg Mangold eingeladen, am Infotag im Februar 2026 – mit umfangreichem Vortragsprogramm sowie Führungen durch Abteilungen – einen Informationsstand der SHG anzubieten.

Gleichzeitig konnte auch noch eine Ernährungsberaterin der Klinik und ein Arzt der Cyberknife-Chirurgie für einen Besuch in der Gruppe gewonnen werden.



Einsatzbereiter Infotisch, © J. Mangold

Rückblick der SHG Vulkaneifel-Daun

Von Norbert Langwagen, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Vulkaneifel-Daun

Unsere Gruppe schaut auf ein erfolgreiches Jahr 2025 zurück. Interessante Vorträge von Ärzten, Psychoonkologen und Fachleuten aus dem Bereich der Medizin haben uns durch das Jahr begleitet und damit neue Betroffene und Angehörige zu uns geführt.

Bei unserer Jahresabschlussfeier sind wir gemeinsam zu der Entscheidung gekommen, unsere Treffen wegen der regen Nachfrage – erst einmal für ein Jahr – von zweimonatlich (bisher jeden 2. Freitag im geraden Monat) auf monatlich auszuweiten.

Dr. Syre von der Strahlentherapie Wittlich hatte uns bei seinem letzten Vortrag in 2025 zu einer Führung durch sein Institut eingeladen, der wir am 13. Februar 2026 mit einer großen Anzahl von Interessierten gefolgt sind. Dr. Syre betonte in seiner 1,5-stündigen Führung, wie wichtig ihm die Arbeit der Selbsthilfegruppe sei und wie gerne er diese unterstütze.



Dr. Syre und SHG-Mitglieder während der Institutsführung, © N. Langwagen

Als Dankeschön haben wir einen Präsentkorb der Dauner Kaffeerösterei überreicht und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit mit Dr. Syre.

SHG Kaiserslautern erhält Spende

Von Harald Jürgens, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kaiserslautern und Umgebung

Im Rahmen der Aktion „Schnorres obbe, Vorsorge unne“, mit Unterstützung des 1. FC Kaiserslautern, hat die SHG Kaiserslautern im November 2025 im Rahmen einer Informationsveranstaltung eine Spende über 555,55 Euro erhalten.

(von links) Dr. Philine Loertzer (Fachärztin Urologie im Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern), Martin Leister (Movember), Harald Jürgens (SHGLEiter), Dr. Janina Geib (Chefärztin für Psychosomatik)



Vortragsabend „Tumordokumentation“ der SHG Pforzheim

Von Bruno Regelmann, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pforzheim

Im Februar gab Frau Teuscher, zuständig für die Tumordokumentation im zertifizierten Prostatakrebszentrum des Siloah St. Trudpert Klinikums in Pforzheim, einen Einblick in ihre Arbeit: Von jedem Patienten werden über 20 Kennzahlen – Daten von der Diagnose über die Behandlung im Zeitraum bis zu fünf Jahren – in das Erfassungssystem eingegeben, die dann bei der Zertifizierung stichprobenmäßig kontrolliert werden. Auch die Meldungen ans deutsche Krebsregister leitet Frau Teuscher weiter.

Das Klinikum nimmt ebenfalls an der internationalen PCO-Studie zum Vergleich der Versorgungsqualität der Kliniken teil, was weitere Da-



Vortragsabend in Pforzheim © B. Regelmann

tenerfassungen nötig macht. Für uns war es ein interessanter Vortrag, bei dem noch viele Fragen an Frau Teuscher gestellt wurden.

Zweitmeinung für Krebspatienten

Wenn Patienten eine schwerwiegende Diagnose erfahren (z. B. Krebs) und wenn sie komplexe medizinische Eingriffe erwarten (z. B. Operationen, Chemotherapie), dann haben sie das Recht, sich eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einzuholen. Viele Krankenkassen tragen diese Kosten. Informationen hierzu finden sich im BPS-Magazin 2/2025 auf den Seiten 14 bis 16 sowie im [Artikel](#) des Netzwerks evidenzbasierte Medizin.

Krebsdiagnose – und plötzlich tausend Fragen?

Von Paul Prus, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfe Mönchengladbach

Am 4. Februar 2026 fand in den Kliniken Maria Hilf unter Einbindung der Selbsthilfe ein „Krebs-Infoabend – Meet the experts“ mit Informationen zu aktuellen Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeangeboten, Unterstützungsleistungen und Krebs-Früherkennung statt. Eine Bekanntschaft per Ultraschall mit der eigene Prostata – das und mehr war möglich

Urologe Prof. Dr. Sperling führte auf Wunsch Beratung durch: „Sprechen Sie uns an, bringen Sie Ihre Geschichten mit“. Mit diesen Worten hat auch Ursula Nestle, Professorin der Klinik für Strahlentherapie, Patienten und Besucher ausdrücklich aufgefordert, ohne Scheue das Gespräch mit Chef- und Oberärzten zu suchen.

In Kurzvorträgen wurden Krankheitsbilder, Risiken, Früh- und Nachsorge nach der Prostataentfernung erklärt. Manche Patienten kamen, um sich den gewählten Therapieweg bestätigen zu lassen.

(von links) Wolfgang Küppers, Paul Prus und Helmut Hönig, © P. Prus



BPS-Seminar „Fortgeschrittenes Wissen zum Prostatakrebs“

Von Winfried Geulen, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bergisch-Gladbach

In gewohnt lockerer Atmosphäre fand das alljährliche Seminar „Prostatakrebs – Fortgeschrittenes

medizinisches Wissen“ im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Prof. Ohlmann schaffte es wieder, die acht Teilnehmer auf Augenhöhe in die Welt der Prostatakrebsforschung mitzunehmen. Dabei gab es auch ausreichend Gelegenheit, Fragen rund um Diagnose und Therapie zu stellen.



(von links) Peter Ellinger, Klaus May, Hubertus Böhmert, Winfried Geulen, Rolf Schmidt, Johannes Schlesiger-Hesse, Prof. Ohlmann, Werner Seelig, © W. Seelig

Die 2025 aktualisierten S3-Leitlinien gaben Anlaß zu interessanten Diskussionen, etwa zur Aktiven Überwachung oder Einsatzmöglichkeiten neuerer Verfahren, wie die Radioliganden-Therapie, in früheren Krankheitsstadien.

Neben allen aktuellen Informationen und wichtigen Diskussionen ist aber auch der Austausch zwischen den Seminarteilnehmern in der „seminarfremen“ Zeit erwähnenswert und von besonderer Bedeutung.

BPS-Seminar „Kommunikation“ im November 2025

Von Harald Jürgens, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kaiserslautern und Umgebung

Vom 24. bis 26. November 2025 fand in Fulda unter Leitung von Herbert Hoppe das BPS-Seminar „Kommunikation“ mit dem Tenor „In der Kommunikation geht nichts nach Schema F“ statt.

(von links hintere Reihe) Peter Ellinger (SHG Deggendorf), Thomas Page (SHG Lippe), Herbert Hoppe (Dozent), Alejandro Mangado (SHG Rhein-Main, Offenbach), Johannes Schlesiger-Hesse (SHG Lingen/Ems), Klaus Hannemann (SHG Allgäu-Oberschwaben), Jochen Selbach (SHG Dortmund), Harald Jürgens (SHG Kaiserslautern u. Umgebung), Joachim Janowski (SHG Duisburg), Doris Zenner (SHG Duisburg), © H. Jürgens



„Chancen nutzen und Risiken im Blick behalten“ – die KI-Arbeitsgruppe des BPS

Von Thomas Steinbach, BPS-Geschäftsstelle

„Chancen nutzen und Risiken im Blick behalten“ – unter diesem Motto hat sich im Jahr 2025 im BPS eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit den Entwicklungen rund um das Thema Künstliche Intelligenz und deren Auswirkungen auf Prostatakrebsbetroffene, den BPS und die Selbsthilfe insgesamt auseinandersetzt. Im BPS-Magazin 2/2025 wurde erstmalig über die Arbeitsgruppe



informiert. Daraufhin haben sich weitere engagierte Ehrenamtler der Gruppe angeschlossen, worüber wir uns sehr freuen! In den ersten Monaten dieses Jahres wurden nun erste Veranstaltungen mit KI-Bezug organisiert. Beispielsweise konnte Dr. Frederik Wessels, Oberarzt der Klinik für Urologie und Urochirurgie am Universitätsklinikum Mannheim für einen Online-Vortrag zum Thema „Künstliche Intelligenz in der Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms“ gewonnen

werden. Außerdem wurde ein Online-Webinar „KI sicher nutzen in der Patienteninformation“ in Form einer Pilotveranstaltung durchgeführt. In dieser praxisnahen Veranstaltung zeigte SHG-Mitglied Dr. Guido Blinn, wie KI bei der Erklärung von Arztbriefen, der Vorbereitung auf ärztliche Gespräche oder der Informationssuche unterstützen kann, ohne medizinische Entscheidungen zu ersetzen und erläuterte auch, wo man vorsichtig sein muss. Weitere Veranstaltungen dieser Art werden folgen.

„BPS-Ideenkorb“ für SHGs – Fortsetzung

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

Auch in diesem Heft stellen wir ausgewählte Beispiele aus dem „BPS-Ideenkorb“ vor. 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.

Herzlichen Dank an die Ideengeber, die in der Anlage zum Förderantrag über ihre Aktivitäten berichtet haben. Und vielen Dank für die positiven Rückmeldungen, die wir regelmäßig zum Ideenkorb erhalten!

BPS-Ideenkorb:

- Vortrag einer Krankenkassenreferentin: „Elektronische Patientenakte“ (SHG Nordhausen und Umgebung)
- Vortrag Palliativmedizin: „Dem Tag mehr Leben geben“ (SHG Prostatakrebs Braunschweig)
- Vortrag eines Imkers über die Haltung von Bienen und die Honiggewinnung (SHG Prostatakrebs Mittweida und Umgebung)



Online-Angehörigengruppe Prostatakrebs gegründet

Zur Förderung des Erfahrungsaustauschs unter Angehörigen hat der BPS im Herbst 2025 mit dem Aufbau einer bundesweiten Online-Angehörigengruppe Prostatakrebs begonnen. Nach einem Aufruf im BPS-Magazin und im infobrief haben sich mehrere Angehörige zusammengefunden und sich gemeinsam mit der BPS-Geschäftsstelle am Aufbau der Gruppe beteiligt – vielen Dank! Nachdem die ersten Treffen nun stattgefunden haben, würde sich die Gruppe über 2-3 zusätzliche Mitstreiter freuen. Interessenten melden sich bitte unter online-selbsthilfegruppe@prostatakrebs-bps.de.

BPS-Seminarprogramm 2026

Das BPS-Seminarprogramm 2026 mit Terminen, Themen, Referenten und Anmeldefristen finden Sie [hier](#).

Es ist nicht alles Gold, was glänzt

Um sich für die individuell beste Therapie zu entscheiden, brauchen Betroffene Informationen – und zwar die richtigen. Wir haben nachfolgend einige vertrauenswürdige Seiten im Internet aufgelistet. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder weitere Fragen haben, kontaktieren Sie uns (Tel. 0228-33889501, E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de) oder die BPS-Beratungshotline.

Seriöse Informationen finden Sie hier:

- www.prostatakrebs-bps.de
- www.krebshilfe.de
- www.krebsinformationsdienst.de
- www.bundesgesundheitsministerium.de
- www.krebsgesellschaft.de
- www.gesundheitsinformation.de
- www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Interaktive Entscheidungshilfe

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



BPS-Jahrestagung 2026

16. bis 18. Juni 2026
Maritim-Hotel Magdeburg

BPS-Broschüre „Rehabilitation bei Prostatakrebs“ aktualisiert

Ende 2025 haben wir unsere Broschüre „Rehabilitation bei Prostatakrebs – Information für Patienten“ aktualisiert. Auf 32 Seiten finden Sie alle wichtigen Informationen zur Rehabilitation nach Prostatakrebs – umfassend und leichtverständlich. Die Broschüre können Sie [hier](#) herunterladen oder in unserem digitalen [Bestellsystem](#) kostenfrei ordern. Wenden Sie sich bei Rückfragen gerne an die BPS-Geschäftsstelle.



Ärzt:innenwechsel: Was passiert mit der Patient:innenakte?

Besonders bei Menschen, die regelmäßig Medikamente benötigen, ist es wichtig, dass nach einem Ärzt:innenwechsel der oder die neue Ärzt:in die Krankheitsgeschichte kennt. Darum stellten sich viele Patient:innen die Frage, ob sie ihre Patient:innenakte mitnehmen dürfen oder ob diese nach einem Wechsel vernichtet wird. Lesen Sie [hier](#) einen Artikel der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland.

Patiententag in Münster

Am 24. April 2026 findet im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) im Messe- und Congress-Centrum Münster ein Patiententag statt. Der Eintritt ist für SHG-Mitglieder frei, weitere Informationen unter diesem [Link](#).

Ermäßigung ADAC-Mitgliedschaft

Ab einer 50%-igen Schwerbehinderung wird der ADAC-Mitgliedspreis reduziert. Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

Kennen Sie eigentlich schon ...

... das kostenfreie Online-Vortragsprogramm des BPS? Online-Vorträge zu aktuellen Themen rund um den Prostatakrebs dauern 45 Minuten mit anschließenden Fragen und Diskussionen. Alle Interessierten können diese live verfolgen oder später [hier](#) auf der Internetseite des BPS herunterladen. Weitere Informationen finden Sie [hier](#).



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.



Wir freuen uns über Anregungen, Themenvorschläge und Meinungen

Teilen Sie uns gerne mit, was Ihnen in unserem Magazin gefällt oder auch nicht!

Welches Thema interessiert Sie? Worüber sollen wir einmal berichten?

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 [hier](#) auf unserer Internetseite.

Informationsmaterial Heft 1-2026

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



PROSTATAKREBS DER SELBSTHILFE-PODCAST



Jetzt Reinhören! „Prostatakrebs – Der Selbsthilfepodcast“

In unserem neuen Podcast sprechen wir über Selbsthilfe
– vom Umgang mit der Diagnose über Sport in der SHG
bis hin zu seelischer Unterstützung.

Von Betroffenen für Betroffene.

Zu finden ist der Podcast auf Spotify, Apple Podcasts und Deezer
und auf unserer Internetseite.

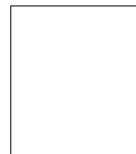


Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



Wichtig: Bitte Häkchen nicht vergessen:

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

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