

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 1/2021

Selbsthilfe: Mitmachen und Mutmachen



mit acht Sonderseiten zur PSA-gestützten Früherkennung



Aktuell

- 2 Der Vorstand informiert: Bericht von der 89. Vorstandssitzung
- 2 Mitgliederbefragung „BPS der Zukunft“
- 3 Mitmachen und Mutmachen in der Selbsthilfe: Für uns, unsere Söhne und Enkel
- 5 BPS-Newsletter – jetzt bestellen
- 6 Interview mit Prof. Dr. Arnulf Stenzl – DGU-Präsident 2021
- 8 Die Beratungshotline in Zeiten von Corona
- 9 Danke für 13 Jahre gemeinsame Zeit
- 9 Wahr oder Falsch – Informationen im Internet

Diagnose und Therapie

- 11 Die Bedeutung psychosozialer Faktoren im Umgang mit einer Prostatakreberkrankung
- 13 Psychoonkologie in der täglichen Arbeit einer BPS-Selbsthilfegruppe
- 14 G-BA beschließt geringen Zusatznutzen für Enzalutamid im Hochrisiko-nmCRPC
- 15 Bestrahlung nach Prostatakrebs-Operation erst bei PSA-Anstieg
- 16 Corona-Impfung – Was Krebserkrankte wissen müssen
- 17 Ultima Ratio beim Prostatakrebs: Radioligandentherapie
- 19 Mit leuchtendem Beispiel voran: Tumoren aufspüren und zugleich angreifen
- 20 Erweiterte Lymphknotendisektion weglassen, wenn PSMA-PET/CT-Scan negativ für PCa-Metastasen?
- 21 Negative Biopsien unter „Active Surveillance“ deuten auf gute Outcomes hin
- 22 Kastrationsresistenter, metastasierter Prostatakrebs: Enzalutamid nicht zusammen mit Abirateronacetat

Verbandsnachrichten

- 24 Virtuelle Mitgliederversammlung des Regionalverbands Niedersachsen/Bremen
- 24 Erstes virtuelles Treffen des Regionalverbands Neue Bundesländer (RNBPS) – insgesamt ein Erfolg!
- 25 SHG Marburg an Teilhabebericht beteiligt
- 25 Positiv getestet – aus dem Alltag eines Corona-Infizierten
- 26 Zehn Jahre SHG Prostatakrebs Adelsheim und Umgebung
- 27 Selbsthilfegruppe in Pandemiezeiten
- 28 Virtueller Informationstag 2020 des Prostatakarzinomzentrums Regensburg
- 29 Die „Mutmach-Geschichte“ eines Betroffenen
- 30 Mitspieler gesucht
- 31 Rückblick der SHG Chemnitz auf ein besonderes Jahr
- 32 Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“: Aktualisierung S3-Leitlinie

Für Sie notiert

- 33 Buch „Diagnose Krebs – zusammen stark bleiben“
- 33 DVPZ nun URO-Cert

Wir bleiben dran: Die risikoadaptierte PSA-gestützte Früherkennung des Prostatakrebses gehört in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen!

Impressum:

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

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

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

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

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

Titelfoto: Konstantyn – stock.adobe.com

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

Die Redaktion behält sich vor, sinnwährende Kürzungen vorzunehmen.

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

mir fällt kein anderer Titel ein, wenn ich an das seit Jahren andauernde Bemühen des BPS zur Etablierung der risikoadaptierten, PSA-gestützten und von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Früherkennung des Prostatakrebses denke, als der eines Fantasyromans von Michael Ende.

In unserem 1. Magazin des vorigen Jahres zitierten wir Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V. (BvDU), mit den Worten: „Es ist wichtig, dass die individuelle PSA-Bestimmung mit einer angemessenen Vergütung der notwendigen intensiven ärztlichen Beratungsleistung künftig in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wird.“

Wie die Abstimmung im Gemeinsamen Bundesausschuss letztendlich ausging und welche Reaktionen sie auch unter Urologen auslöste, können Sie im Mittelteil dieses Magazins auf acht Sonderseiten lesen. Der BPS wird darauf achten und sich dafür einsetzen, dass dies keine „unendliche Geschichte“ bleibt.

Wie immer legen wir unseren Schwerpunkt auf

qualitätsgesicherte medizinische Informationen. Unter der Überschrift „Wahr oder Falsch“ geben wir Ihnen Hinweise und Empfehlungen für Ihre Suche im

Internet. Auf der Internetseite des BPS, die regelmäßig auf neue Informationen zu durchstöbern ich Ihnen ans Herz lege, finden Sie nun auch aufgezeichnete Vorträge. Beachten Sie dazu den Hinweis auf der letzten Umschlagseite.

Jetzt wünsche ich Ihnen noch eine gute Zeit und vor allem, bleiben Sie gesund und dem BPS gewogen.

Ihr
Werner Seelig
– Vorsitzender –



Auf ein Wort!

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

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

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

Spendenkonto bei der Sparkasse Hannover:

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

Der Vorstand informiert Bericht von der 89. Vorstandssitzung des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Coronabedingt fand diese Sitzung wieder virtuell statt. Die Situation berücksichtigend wurden alle Präsenzveranstaltungen für das erste Halbjahr abgesagt. Dort, wo dies möglich und sinnvoll ist, werden stattdessen virtuelle Veranstaltung vorbereitet. Dies betrifft insbesondere die geplanten Seminare. In dem Zusammenhang habe ich auch die Vorsitzenden der Regional- und Landesverbände über die Verlegung der Jahrestagung des BPS in den Herbst informiert.

Dass das Vereinsleben trotz Corona nicht zum Erliegen gekommen ist, ging aus allen Berichten der Verbände hervor. So konnten selbst in dem für alle Selbsthilfegruppen nicht leichtem Jahr 2020 Lösungen für die Nachfolge in den Leitungen ge-

funden werden. Die Geschäftsstelle berichtete, dass dies für insgesamt 15 SHGs gelang, davon alleine fünf im Landesverband Nordrhein-Westfalen. Außerdem konnte der BPS im vergangenen Jahr drei neue Selbsthilfegruppen aufnehmen.

Dem Bericht der Beratungshotline konnte entnommen werden, dass auch deren Tätigkeit unverändert nachgefragt wurde. Sie erhielt über 1.100 mündliche und schriftliche Anfragen, die die zehn in der Hotline tätigen BPS-Mitglieder qualifiziert beantworteten.

Den Kollegen aus den Regional- und Landesverbänden wurde das Konzept einer neuen Kommunikationslinie „BPS-Newsletter“ vorgestellt, die am 1. April starten wird.

Merken Sie den Termin vor

BPS-Jahrestagung in Magdeburg: 5. bis 7. Oktober 2021

(Pandemiebedingte Änderungen möglich)

Mitgliederbefragung „BPS der Zukunft“

(ws) Unter dem Titel „Selbsthilfe im Wandel – Der BPS mittendrin“ schrieb ich im Magazin 2/2020 meine Gedanken zum Umbruch in der Selbsthilfe nieder. Ich verband dies mit dem Aufruf sich zu engagieren. Ich beschrieb auch, dass wir auf allen Ebenen des Verbands zupackende Engagierte benötigen, die die Arbeit des BPS in die Zukunft führen.

Der Vorstand hat einige SHG-Leiter gebeten, ihn bei der Wahl des richtigen Weges zu beraten. An dieser Stelle danke ich dafür Peter Beindorf (Niedersachsen), Kurt Imhof (Niederbayern) und Hans-Dieter Schaaf (Brandenburg) für ihr

Mitwirken. Auf ihre Initiative hin wurde ein Fragebogen erarbeitet, der Ende Februar allen Selbsthilfegruppen zur Beantwortung gegeben wurde. In persönlichen Anschreiben bat ich die Leitung, den Link zur Onlinebefragung in ihrer SHG zu teilen und weitere Fragebögen in Papierform bei der Geschäftsstelle abzufordern. Wenn auch Sie sich noch an der Umfrage beteiligen möchten, nutzen Sie gerne den QR-Code.



Die Teilnahme ist bis einschließlich 18. April 2021 möglich.

Mitmachen und Mutmachen in der Selbsthilfe: Für uns, unsere Söhne und Enkel

(ws) Die Redaktion des BPS-Magazins bat Ralf-Rainer-Damm, Moderator des BPS-KISP-Forums und Mitglied in der Beratungshotline des BPS, Paul Enders, Vertreter des BPS in der Leitlinienkommission und ebenfalls Mitglied in der Beratungshotline sowie Jens-Peter Zacharias, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und in der Leitlinienkommission, um je einen Beitrag zum Thema „BPS der Zukunft“. Alle drei Kollegen arbeiten seit vielen Jahren mit großem Engagement ehrenamtlich für die Ziele des BPS. Für ihren Einsatz dankte der BPS ihnen mit der Auszeichnung „Ehrennadel des BPS in Gold“.

Auszugsweise lesen Sie hier, wie Ralf-Rainer Damm, Paul Enders und Jens-Peter Zacharias zum BPS fanden, warum sie blieben und was sie sich für die Zukunft des BPS wünschen:



Am 15. September 2000 wurde der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe als Zusammenschluss von gerade einmal 18 zuvor unabhängig voneinander bestehenden Selbsthilfegruppen gegründet. Was damals klein begann, ist heute mit über 200 angeschlossenen Selbsthilfegruppen die größte Selbsthilfeorganisation Europas von und für Prostatakrebspatienten.

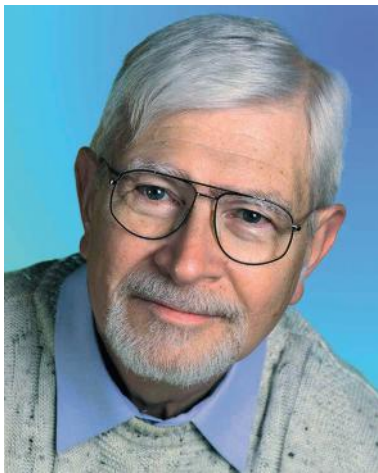
Forschungsprojekte zum Prostatakrebs gab es im Jahr 2000 in Deutschland nicht, an keiner Universitätsklinik. Man brauchte keine Forschung, man wusste ja bereits alles über die Krankheit.

Dass sich da plötzlich Prostatakrebspatienten organisierten, sich zu der Krankheit selbst informieren wollten und gar kritische Fragen an den Medizinbetrieb stellten, kam dort nicht gut an.

Ich schreibe dies, um Männern, die heute ihre Krebsdiagnose erhalten, zu verdeutlichen, wie die umfangreiche Selbsthilfe-Infrastruktur entstanden ist, die sie vorfinden. Ich schreibe dies auch, um ein Bewusstsein dafür zu erzeugen, dass diese Infrastruktur nicht vom Himmel gefallen und kein Selbstläufer ist, sondern aus kleinen Anfängen durch das Engagement und die Hartnäckigkeit



von Männern entstanden ist, die sich mit ganzer Kraft dieser selbstgewählten neuen Aufgabe widmeten und teilweise heute noch widmen. Namen dieser Pioniere, wie Wolfgang Petter, Christian Ligensa, Uwe Peters, Wil de Jongh und viele andere, sind nur noch wenigen bekannt, und nicht



Ralf-Rainer Damm, © privat

mehr viele leben noch, die diese Zeit des Aufbaus miterlebt haben.

Ich schreibe dies auch, um darauf hinzuweisen, dass diejenigen, die heute „den Laden am Laufen halten“, sei es im Vorstand des BPS, als Leiter von Selbsthilfegruppen oder in anderen Aufgaben

auch einmal zu dem Punkt kommen werden, wo sie den Staffelstab weitergeben möchten.

Seit Beginn des Jahres 2000 erhielten in Deutschland etwa 1,2 bis 1,3 Millionen Männer die Diagnose „Prostatakrebs“ – eine unglaubliche Zahl. Das waren oder sind Männer, die ihre berufliche Karriere entweder weitestgehend oder bereits vollständig hinter sich hatten oder haben. Sie haben sich in dieser Zeit Fähigkeiten angeeignet,

die ihnen und anderen zugutekommen würden, wenn sie sich dazu entschließen könnten, von der Empfänger- auf die Geberseite der Prostatakrebs-Selbsthilfe zu wechseln und dabei und dafür diese Fähigkeiten einzubringen.

Ralf-Rainer Damm

Seit der Gründung des BPS im Jahr 2000 haben wir es erreicht, eine zunächst beiderseits von Vorbehalten geprägte Verbindung zu den medizinischen Fachgesellschaften aufzubauen und zu festigen. Durch konsequente Arbeit haben wir uns die Kompe-

tenz erschaffen, die heute das Verhältnis zwischen den Medizinerinnen und der Patientenvertretung durch den BPS prägt. Schon die erste Version der S3-Leitlinie zum Prostatakrebs enthält eine starke Empfehlung: „Der Patient soll auf die Möglichkeit hinge-

wiesen werden, sich mit einer Selbsthilfegruppe in Verbindung zu setzen“ und einen Hinweis auf die Internetseite des BPS. Die Empfehlung bestä-



Paul Enders, © privat

tigt die Bedeutung des BPS als seriöse, verlässliche Säule im Umgang mit dem Prostatakrebs. Diese Stellung des BPS wurde über Jahre hinweg durch einen beharrlichen Einsatz von Mitbetroffenen entwickelt, aufgebaut und gefestigt. Sie zu erhalten und auszubauen sind die Aufgaben der Zukunft. Dazu ist es notwendig, dass auch künftig Männer bereit sind, die Voraussetzungen zu schaffen, um den Erfolg der Aufgaben des BPS „Informieren. Helfen. Einfluss nehmen.“, nachhaltig abzusichern.

Paul Enders

Ich befasste mich (nach der Diagnose) mit der Frage, wie es weitergehen sollte und landete bei einem Krebsinformationstag der Krebshilfe, dem BPS und einem Beratungsstand der Charité für das Projekt eines Risikorechners. Hanns-Jörg Fiebrandt, damals Vorstandsmitglied des BPS, sammelte mich auf und nahm mich mit in seine Selbsthilfegruppe in Berlin-Kreuzberg, damals eine der größten deutschen Gruppen. Er wurde zu meinem Paten und die Gruppe über einige Jahre zu meiner Heimat auf meiner Krebsreise.

Während dieser Zeit beteiligte ich mich an der Organisation der Gruppenabende und besuch-

te mit dem Leiter viele Veranstaltungen und wir stellten Fragen. Ich war erschrocken, wie wenig die Mediziner von den Ergebnissen ihrer Arbeit wussten. Diese Wahrnehmung wurde von den Klagen der Männer in den Gruppenabenden über ihre Behandlung ergänzt: Die Ängste und Hilflosigkeit der Leidensgenossen!

Heute arbeite ich als fallbezogener Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Leitlinienkommission und in der Arbeitsgruppe Patientenvertreter im Gesundheitswesen.

Es bleibt viel zu tun! Ich hoffe, es finden sich Menschen zur weiteren Fortsetzung unserer Arbeit. Ich hoffe, wir haben in einigen Jahren die beste Prävention, Diagnose und Krebstherapie unter den Industrieländern.

Jens-Peter Zacharias



Jens-Peter Zacharias

BPS-Newsletter – jetzt bestellen

(ws) Getreu seinem Motto „Gutes bewahren – Neues versuchen“ erweitert der BPS sein Angebot an Informationen für alle Interessierten. Ab dem 2. Quartal wird als weitere Quelle für gute, seriöse und evidenzbasierte Informationen ein monatlich erscheinender Newsletter allen, die diese medizinischen, aber auch verbandsinternen Informationen wünschen, als Abonnement zur Verfügung gestellt.

Der Schwerpunkt liegt dabei auf aktuellen medizinischen Informationen. Diese werden sorgfältig, entsprechend den hohen Maßstäben, die der BPS an sich und seine Arbeit anlegt, aus den

zahlreichen Nachrichten ausgewählt und für Sie zusammengestellt. Abgerundet wird dieser Komplex u. a. mit Hinweisen auf Vorträge, die der BPS im Rahmen seiner Weiterbildung allen Interessierten anbietet.

Sie können diesen Newsletter schon jetzt abonnieren, indem Sie auf unserer Internetseite den Schritten zur Registrierung folgen. Wir freuen uns über Ihr Interesse. Der BPS nimmt gerne Ihre Anregungen und Hinweise entgegen. Setzen Sie sich dazu mit uns in Verbindung. Die Kontaktdaten, finden Sie im Impressum auf der ersten inneren Umschlagseite.



Interview mit Prof. Dr. Arnulf Stenzl – DGU-Präsident 2021

Wie sehen Sie angesichts Covid-19 die Entwicklung beim Prostatakrebs bezüglich rapide zurückgegangener Zweitmeinungsgespräche und teilweise verschobener Operationen?

Selbstverständlich sehe ich mit Sorge die Entwicklung von Prostatakrebsfrüherkennung bzw. -therapie angesichts von COVID-19. Hier gibt es jedoch deutliche regionale und krankenhausspezifische Unterschiede. Ich sehe in Deutschland durch die Tatsache, dass viele Prostatatumore in der Praxis erkannt und besprochen werden, einen gewissen Vorteil zu anderen Ländern, da viele Praxen weiterhin trotz der Pandemie für Patienten offen geblieben sind und dadurch ein Teil der Probleme, die in anderen onkologischen Fachdisziplinen zu erheblichen Problemen geführt haben, zumindest abgemildert werden konnte.

multiparametrische MRT (mpMRT) der Prostata – entgegenzuwirken. Wir brauchen eine weiterhin gute Aufklärung, um den seriösen Umgang sowohl mit PSA als auch Bildgebung als nützliche Werkzeuge der Früherkennung für Ärzte und Krankenversicherungen zu erhalten.

In der Aktiven Überwachung, festgeschrieben in der S3-Leitlinie, haben wir deutlichen Nachholbedarf im Vergleich zu anderen Ländern in Europa und der Welt. Wege, dies zu verbessern, sollten unsere gemeinsame Zielsetzung sein – auch zur Vermeidung unnötiger Therapieansätze. Was können wir dazu zusammen unternehmen?

Auch in der aktiven Überwachung müssen die in

Prof. Dr. med. Arnulf Stenzl:

1973-1980 Medizinstudium (Karl-Franzens Universität Graz)

1987 Ausbildung zum Facharzt für Urologie am Department für Urologie der Chirurgischen Universitätsklinik

1987 – 1989 Division of Urology, University of California, Los Angeles, USA

1989-2002 als Facharzt für Urologie tätig in Graz, Bern und Innsbruck

seit 2002 Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen



Prof. Dr. Arnulf Stenzl,
© privat

Wir haben in guter Zusammenarbeit mit der DGU das Thema Früherkennung beim Prostatakarzinom vorangebracht. Was können wir gemeinsam weiter tun, um im urologischen Bereich den signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Krebsfrüherkennung zu verbessern?

Zum Thema Früherkennung ist es sicherlich wichtig, der negativen Diskussion rund um den PSA-Wert und die Bildgebung – hier vor allem die

der S3-Leitlinie verankerten Grundsätze durch intensive Fortbildung nicht nur unter den urologischen Kollegen, sondern in der gesamten Ärzteschaft verbreitet werden. Für eine sinnvolle aktive Überwachung ist aber auch eine gute primäre Diagnostik notwendig. Vor allem die Bildgebung und ein sinnvoller Umgang mit PSA sind wichtige Voraussetzungen.

Es liegen mit „Precision“ und „Promis“ Studien zum mpMRT vor und das mpMRT sollte unabdingbare Voraussetzung für die Aktive Überwachung werden. Würden auch Sie sagen, dass wir das gemeinsam in den entsprechenden Kanälen vertreten und uns dafür einsetzen sollten, dass dies eine normale Behandlungs- und Kassenleistung wird?

Die von Ihnen angesprochenen Studien sowie zahlreiche weitere Daten, die ja zum Teil auch aus Deutschland kommen, sowie Weiterentwicklungen (z.B. das biparameterische MRT bzw. möglicherweise der Mikroultraschall) sollten unbedingt uneingeschränkt für alle Männer mit klinischem Verdacht auf ein Malignom der Prostata zu einer normalen Erstattungsleistung werden.

Alle sprechen über Gensequenzierung und daraus abzuleitende Therapien. Beispiele dafür sind BRACA und der Themenkreis PARP-Inhibitoren. In einigen Ländern ist das Erheben von genspezifischen Parametern Regelbetrieb. Müssen wir hier aufholen?

Vor allem bei Männern mit einer positiven Familienanamnese auf Prostatakarzinom und Brustkrebs sowie bei fortgeschrittenem bekanntem Prostatakarzinom ist eine Gensequenzierung heute für eine vernünftige Therapiestrategie unumgänglich. Dies muss auch in Deutschland Grundlage für eine Behandlungsstrategie werden.

Wie kommen wir zu einer verbesserten europäischen koordinierten Forschung, um schneller Patienten zu erreichen?

Europäische Netzwerke gibt es zwar schon, aber nach wie vor finden viele weitere Entwicklungen – nicht nur auf dem Gebiet des Prostatakarzinoms – nicht in Deutschland oder Europa, sondern in Nordamerika und zunehmend auch in Ostasien statt. Wenn es uns nicht gelingt, hier starke Forschungsnetzwerke in Europa aufzubauen, statt in der Forschung weiterhin auf nationale Netzwerke zu setzen, werden wir früher oder später abgehängt. Dies trifft vor allem die teure Forschung von fortgeschrittenen Tumoren. Hier gilt es – wie schon oben erwähnt – Gendefekte bzw. Genver-

änderungen und Immunschwächen besser in unsere Behandlungsmöglichkeiten einzubauen.

Unseren schwerstbetroffenen Mitgliedern in palliativer Situation steht trotz neuer Medikamente und Chemotherapie für das krankheits-spezifische Überleben nur eine überschaubare Therapieauswahl in den Sektoren Chemotherapie und Hormonentzugstherapie zur Verfügung. Gibt es Entwicklungen, die diesen Zustand verbessern können?

Die Entwicklungszeit bis zur Zulassung eines Medikamentes kann nur durch eine Verstärkung der entsprechenden staatlichen Institutionen verbessert werden. Wir wissen, dass manche Hindernisse für die Entwicklung klinisch brauchbarer Präparate durch unterbesetzte Institutionen, wie dem Bundesamt für Strahlenschutz, bedingt sind. Über mehrere Jahre haben wir – auch von Tübingen aus – versucht, Politiker davon zu überzeugen, dass hier Abhilfe geschaffen werden muss, da es – verglichen mit anderen Ländern – überdurchschnittlich lange Verzögerungen in den Genehmigungen wichtiger Studien gibt, die für die Zulassungen erforderlich sind.

Aktuell dauert es eine ziemlich lange Zeit von der Entwicklung bis zur Zulassung eines wirksamen Medikamentes, wobei fast nur auf das Gesamtüberleben geblickt wird. Sehen Sie Chancen, diesen Zeitraum zum Vorteil der Patienten zu verkürzen und auch Themen wie metastasenfreie Zeiträume mit in die Bewertung einzubringen?

Sie haben vollkommen recht, nach wie vor dauert die Entwicklung bis zur Zulassung eines Medikamentes noch relativ lange. In meiner Eigenschaft als Mitglied des Leitungsgremiums der Europäischen Gesellschaft für Krebs (European Cancer Organisation – ECO) habe ich das auch schon bei der Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides der Europäischen Kommission angemahnt. Im Bereich des Prostatakarzinoms tut sich hier aber etwas: In den Stadien des Prostatakarzinoms, wo eine erfreulicherweise längere Lebenserwartung zu sehen ist, wird von den Behörden zum Teil nicht

mehr auf Gesamtüberleben gedrängt, sondern man akzeptiert in einigen Fällen für eine Zulassung auch das progressionsfreie Überleben (PFS). Als Beispiel dafür dient die ARCHES-Studie, bei der

die Daten bereits bei Vorliegen von signifikantem PFS den Behörden vorgelegt wurden. Bei dieser Studie hat man aber auch auf patientenbezogene Sichtweisen bzw. Ergebnisse Bedacht genommen.

Die Beratungshotline in Zeiten von Corona

Von Paul Enders, Mitglied der BPS-Beratungshotline

Seit einem Jahr beeinflussen die Einschränkungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) unser tägliches Leben. Öffentliche Veranstaltungen finden nicht mehr statt, Geschäfte sind zum Teil geschlossen, ebenso Restaurants, Kinos, Theater und Museen. Aber auch in der Medizin gab und gibt es noch Einschränkungen: Patiententage und andere Informationsveranstaltungen mussten abgesagt werden, Untersuchungen wurden verschoben, persönliche Beratungsgespräche in Fachkliniken konnten nicht mehr durchgeführt werden und wurden zum Teil durch Telefonate ersetzt. Aber auch auf das Verhalten von Betroffenen selbst hat die Pandemie Einfluss genommen. Viele Männer haben Besuche beim Arzt vermieden, zum Teil, weil sie kein unnötiges Risiko einer Ansteckung eingehen wollten, oder auch weil die Maßnahmen zur Vermeidung einer Ansteckung (Beschränkung der Personenanzahl im Wartebereich, Warten vor der Tür zur Praxis) abschreckten. Manche scheuen aus diesen Gründen jetzt auch einen Krankenhausaufenthalt. Diese Effekte haben sich auf die Anrufe bei der Beratungshotline ausgewirkt. Wegen der reduzierten Anzahl von Arzt- und Klinikbesuchen waren weniger Untersuchungsergebnisse das Thema von Anrufen. Andererseits führte der Mangel an Gesprächsterminen beim Arzt zu einem vermehrten Gesprächsbedarf bei der Hotline, sodass im Jahr 2020 die Hotline sogar etwas mehr Gespräche verzeichnen konnte als im Vorjahr.

Unsere Selbsthilfegruppen konnten im letzten Jahr kaum Gruppenabende durchführen und auch heute ist dies noch nicht uneingeschränkt

möglich. Damit war ein Austausch unter den Mitgliedern der Gruppe nicht oder nur in reduziertem Umfang über das Telefon möglich.

Wo dies möglich war, wurde Home Office empfohlen. Wir Berater der Hotline arbeiten schon seit Beginn von zu Hause aus, also im Home Office; allerdings zu festen Beratungszeiten. Von den Einschränkungen durch die Pandemie sind wir auch betroffen. Die Berater der Hotline trafen sich in der Vergangenheit zweimal im Jahr. Dabei wurden Erfahrungen ausgetauscht, Fachvorträge von Medizinern live oder von Aufzeichnungen aus den DGU-Kongressen gehört und diskutiert. Diese Treffen dienten auch der internen Qualitätssicherung. Sie konnten im vergangenen Jahr natürlich nicht stattfinden. Mit Videokonferenzen haben wir begonnen, einen akzeptablen Ersatz zu schaffen. Unsere Beratertätigkeit ist dadurch aber nicht gestört. Die Hotline steht also wie gewohnt allen Anrufern uneingeschränkt zur Verfügung.

Wir sind für Sie da, wenn Sie durch Untersuchungsergebnisse beunruhigt sind. Wir erklären Ihre Befunde, informieren Sie über von der Leitlinie empfohlene Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten. Wir versuchen, Ihre Situation aus der Sicht eines Mitbetroffenen zu sehen. Offene Fragen, die sich aus den Empfehlungen des Arztes ergeben, versuchen wir zu beantworten.



Paul Enders, © privat

Wenn Sie es wünschen, nennen wir Ihnen Kontaktdaten zu Selbsthilfegruppen und zertifizierten Zentren in der Nähe Ihres Wohnorts.

Wir beantworten aber auch gerne Fragen, die aus einer Selbsthilfegruppe heraus an uns gestellt

werden. Wenn häufig Selbsthilfegruppenleiter an uns verweisen, beweist das, dass die Gruppen und die Hotline einander gut ergänzen; und das ist besonders wichtig in dieser Zeit der Einschränkungen.

Danke für 13 Jahre gemeinsame Zeit

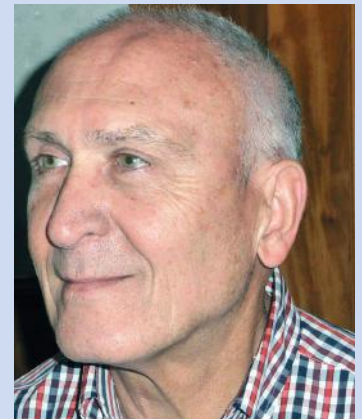
Von Reinhard Strozyk, Koordinator der BPS-Beratungshotline

Für sein langjähriges, ehrenamtliches Engagement bei der Beratungshotline möchten wir uns bei Hans Lehmann herzlich bedanken.

Hans Lehmann, Gründer und Leiter der Selbsthilfegruppe Fulda und seit der Gründung 2008 in der Beratungshotline tätig, beendet seine Mitarbeit in der Beratungshotline. Wir Hotliner bedauern dies sehr. Durch seine kollegiale Hilfe hat er immer wieder inhaltlich zu Beratertreffen beigetragen. Auch die Organisation von Referenten für die Fortbildung aus dem Umland des Tagungsortes sowie von Exkursionen hat er gerne übernommen und sich bereitwillig als Fahrer bei den Hotlinetreffen angeboten. In dieser Zeit hat er sein Wissen und seine Erfahrung anderen, mit der Diagnose Prostatakrebs konfrontierten Männern und auch ihren Angehörigen zuteil werden lassen.

Hans Lehmann war auch Mitbegründer der Prostatakrebs Selbsthilfegruppen Hersfeld-Rotenburg, Frankfurt sowie Vogelsbergkreis/Lauterbach-Maar.

Anlässlich der 18. Mitgliederversammlung des BPS in Magdeburg im Jahr 2018 wurde Hans für sein langjähriges und großartiges Engagement in der Beratungshotline geehrt.



Hans Lehmann,
© R.-R. Damm

Wahr oder Falsch – Informationen im Internet

(ug) Wie kompetent ist die deutsche Bevölkerung, wenn es um den Umgang mit Informationen zur Gesundheit geht? Diese Frage hat die Universität Bielefeld bereits 2014 und nochmals 2020 in einer repräsentativen Studie 2.151 Personen ab 18 Jahren gestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass fast 60 % der Befragten Schwierigkeiten haben, sich im unüberschaubaren Angebot von Gesundheitsinformationen zu orientieren. „Ein Vergleich unserer Erhebungen zwischen 2014 und 2020 zeigt, dass sich die Gesundheitskompetenz sogar noch verschlechtert hat“, sagt die Studienleiterin Prof. Dr. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld.

Es sind Menge, Vielfalt und Widersprüchlichkeit der Informationen zu Gesundheitsthemen, die die Befragten verunsicherten, aber auch die Falsch- und Fehlinformationen, die in Corona-Zeiten deutlich zugenommen haben. So fällt die Bewertung und Einschätzung des Gelesenen besonders schwer: Sind die Informationen zuverlässig und kommerziell unabhängig? 76 Prozent halten es beispielsweise für schwierig zu beurteilen, ob Informationen zu Krankheiten in den Medien vertrauenswürdig sind. 61 Prozent der Befragten fühlen sich überfordert, Informationen aus den Medien abzulesen, um sich vor Krankheiten zu schützen.

Fachkundige Seiten zum Prostatakrebs

Wir haben einige vertrauensvolle 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 (Tel. 0800-7080123, Dienstag bis Donnerstag, 15 bis 18 Uhr).

Wir helfen gerne!

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

Doch nicht nur das geschriebene Wort gilt es mit Vorsicht zu bewerten. Allein auf YouTube, einer Plattform zum Verbreiten und Teilen von Videos, gibt es mehr als 600.000 Videos zu Prostatakrebs, von denen die meisten, wie eine Untersuchung zeigte, voreingenommene Inhalte oder Informationen von schlechter Qualität enthielten. Auffällig war, dass die Qualität der Informationen aus dem Video entgegengesetzt zu der Nutzerfrequenz war. Eine große Anzahl an Aufrufen und „likes“ bedeutete somit nicht, dass die Informationen in dem Video tatsächlich vertrauenswürdig waren.

Für Menschen mit niedrigem Bildungsstand ist diese Situation noch schwieriger. „Hier baut sich eine neue Form von gesundheitlicher Ungleichheit auf“, sagt Prof. Dr. Hurrelmann von der Hertie School. Diese Entwicklung sei auch deshalb ernst zu nehmen, weil eine geringe Gesundheitskompetenz mit ungesundem Verhalten wie geringer Bewegung, schlechter Ernährung, häufigerem

Übergewicht, mehr Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und intensiverer Nutzung von Notfalldiensten einhergehe.

Mit Blick auf die umzusetzenden Digitalisierungsgesetze wird die digitale Gesundheitskompetenz zunehmend wichtiger. Um sich um die eigene Gesundheit kümmern zu können, müssen sich Menschen im Gesundheitssystem zurechtfinden und die Informationen verstehen und einschätzen können. Dennoch weisen rund 75 Prozent der Befragten eine geringe Kompetenz auf und sehen sich vor enorme Schwierigkeiten im Umgang mit digitaler Information gestellt. Das zeigt sich auch daran, dass digitale Informationsmöglichkeiten nur sehr zurückhaltend genutzt werden. 36 Prozent der Befragten greifen nie auf sie zurück. Das gilt besonders für Menschen über 65 Jahre.

Quelle: IZGK, Universität Bielefeld/
Deutsches Gesundheitsportal, Januar 2021

Nationales Gesundheitsportal

Mit dem nationalen Gesundheitsportal www.gesund.bund.de bietet das Bundesgesundheitsministerium wichtige Fakten zu den 200 häufigsten Krankheiten. Im Gegensatz zu vielen Internetportalen werden alle Beiträge in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Partnern, wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dem Deutschen Krebsforschungsinstitut und dem Robert-Koch-Institut, erstellt. Das Nationale Gesundheitsportal ist barrierefrei aufgebaut und informiert auch in Gebärdensprache.

Die Bedeutung psychosozialer Faktoren im Umgang mit einer Prostatakrebserkrankung

Von Dipl.-Psych. Alexander Krüger, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Alexander Krüger, © privat

Die Diagnose Krebs ist für die meisten Betroffenen ein Schock. Die Diagnose, die Auseinandersetzung mit der medizinischen Behandlung, der Umgang mit den Therapiefolgen und die Gespräche mit Angehörigen und Freunden sind für viele eine große Herausforderung.

Auch wenn Prostatakrebspatienten im Vergleich zu Personen mit anderen Krebserkrankungen weniger psychisch belastet erscheinen, können sie in allen Phasen der Erkrankung und Behandlung mit ausgeprägten emotionalen, mentalen und sozialen Herausforderungen konfrontiert sein. Prostatakrebspatienten im lokalen Erkrankungsstadium müssen bei gleichrangig nebeneinander stehenden medizinischen Therapieoptionen eine für sie stimmige Behandlungsentscheidung treffen. Teilweise bestehen längere Wartezeiten und Hindernisse im Zugang zu medizinischen Leistungen. Für viele Betroffene besteht eine Paradoxie darin, dass sie sich gesund fühlen und Behandlungen in Anspruch nehmen sollen, die ihre körperliche Unversehrtheit und psychische Integrität beeinträchtigen könnten. Nicht selten begegnen ihnen verletzende oder bagatellisierende Äußerungen im Umfeld (z.B. „Willst du leben oder lieben?“, „Das ist nur ein Haustierkrebs, daran stirbt man nicht!“) oder sie erleben die Erkrankung selbst als Makel. Das macht

es ihnen schwer, mit entsprechenden Sorgen nach außen zu treten. Insbesondere

bei fortgeschritten oder metastasiert Erkrankten zeigen sich neben stärkeren erkrankungs- und behandlungsbedingten Einschränkungen der Lebensqualität auch Ängste, tiefe Traurigkeit oder das Erleben von Sinnverlust, die durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem eigenen Leid hervorgerufen werden. Auch wenn die meisten an Prostatakrebs erkrankten Männer keine psychischen Störungen entwickeln und sich ohne professionelle Hilfe auf ihre psychosozialen Belastungen einstellen können, lohnt sich für sie ein Blick auf die ressourcenstärkenden Aspekte, die in sozialer Unterstützung, dem Ausüben sinnstiftender Aktivitäten, dem Austausch mit anderen Betroffenen (z.B. in Selbsthilfegruppen), dem Zugang zu validen Informationsquellen

oder psychoonkologischen Beratungsangeboten liegen können. Befragt man Prostatakrebs Erkrankte, durch wen sie bei der Verarbeitung der Erkrankung Unterstützung erfahren möchten, so werden ärztliche Behandler und das familiäre Umfeld am häufigsten genannt. Psychisch stärker belastete Patienten geben zusätzlichen Unterstützungsbedarf durch

Kurzfassung

Männer mit Prostatakrebs suchen neben Informations- und Unterstützungsbedürfnissen in medizinischen Belangen auch emotionale Unterstützung, welche sie vor allem im familiären und partnerschaftlichen Kontext erfahren. Darüber hinaus ist für Männer mit Prostatakrebs der Austausch mit Gleichbetroffenen durch die hohe Identifikation und Glaubwürdigkeit sehr entlastend, er bietet Orientierung und macht Mut, hilft Entscheidungen zu treffen, bietet Anregungen im Umgang mit Erkrankung und Behandlungsfolgen und vermittelt vor allem ein Gefühl, nicht allein zu sein.

Selbsthilfegruppen und Psychoonkologen insbesondere in der Nachsorgezeit an. Dies ließe sich dadurch erklären, dass Personen nach einer Prostatakrebsdiagnose und in der Vorbereitung auf die medizinischen Maßnahmen zunächst problemorientierte Bewältigungsstrategien entwickeln, die auf eine Handhabbarkeit der Erkrankung und Behandlung abzielen. Familiäre Ressourcen zur psychischen Bewältigung werden zunächst als ausreichend stabilisierend erlebt. Längerfristige psychosoziale Anpassungsprozesse machen gegebenenfalls zusätzliche Unterstützungsangebote zur emotionalen Verarbeitung erforderlich. Auch wenn der Effekt psychoonkologischer Behandlungen auf den Verlauf und die Heilung einer Krebserkrankung nicht konsistent belegt ist, verbessern Angebote, die auch die psychosoziale Situation beachten, die Lebensqualität, mildern emotionale Belastungen und helfen beim Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Männer mit Prostatakrebs zunehmend für psychosoziale Interventionen offen sind und diese auch einfordern. Eine Abkehr vom traditionellen Männlichkeitskonzept, welches Gefühle mit Schwäche gleichsetzt oder Alleinkämpfertum propagiert, hat sich längst vollzogen.

Einen ausgesprochen hohen Stellenwert für die Krankheitsverarbeitung bei Prostatakrebs nimmt die partnerschaftliche Unterstützung ein: Schon vor einer möglichen Prostatakrebsdiagnose übernehmen die PartnerInnen häufig die Initiative beim Hinführen zu Früherkennungsmaßnahmen oder dem Aufsuchen des Urologen. Sie sind meist gut informiert und häufig stark involviert in den Therapieentscheidungsprozess, sie helfen bei der Navigation durch das Gesundheitssystem und sind eine wichtige Quelle instrumenteller und emotionaler Entlastung. Auch bei der längerfristigen emotionalen Verarbeitung der Krebserkrankung und der Anpassung an Behandlungsfolgen, wie z.B. sexuellen Funktionsstörungen, ist der Grad der partnerschaftlichen Unterstützung und die Beziehungsqualität von entscheidender Bedeutung. Mittlerweile ist hinlänglich bekannt, dass sich Angehörige von Krebserkrankten häufig stärker als die erkrankte Person selbst psychisch

belastet fühlen. Angesichts der wichtigen Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung der Männer wird der Bereitstellung von Beratungsangeboten für Angehörige vom Gesundheitssystem nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies hat aktuell eine besondere Brisanz, da Angehörige während der Pandemie bei den onkologischen Behandlungen nicht anwesend sein dürfen, die emotionale Entlastungsfunktion der partnerschaftlichen Unterstützung für beide Seiten nicht mehr vollumfänglich zur Verfügung steht und in der Folge professionelle psychosoziale Angebote für Patienten wie ihre Angehörigen an ihre Versorgungsgrenzen gelangen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Männer mit Prostatakrebs neben Informations- und Unterstützungsbedürfnissen in medizinischen Belangen auch emotionale Unterstützung suchen, welche sie vor allem im familiären und partnerschaftlichen Kontext erfahren. Darüber hinaus ist für Männer mit Prostatakrebs der Austausch mit Gleichbetroffenen durch die hohe Identifikation und Glaubwürdigkeit sehr entlastend, er bietet Orientierung und macht Mut, hilft Entscheidungen zu treffen, bietet Anregungen im Umgang mit Erkrankung und Behandlungsfolgen und vermittelt vor allem ein Gefühl, nicht allein zu sein. Implizit bietet die Selbsthilfegruppenarbeit bedeutsame psychosoziale Entlastungsmöglichkeiten und dies in niedrigschwelliger und nicht stigmatisierender Form. Weiterhin kommt der Selbsthilfe auch eine wegweisende Funktion zu, wenn im Bedarfsfall weiterführende psychoonkologische Hilfsangebote gesucht werden. Die Vernetzung und Kooperation mit den regionalen Krebsberatungsstellen stellen hier häufig eine gute Möglichkeit dar, ohne allzu lange Wartezeiten psychosoziale Beratungsmöglichkeiten zu erhalten oder an niedergelassene Psychoonkologen oder Psychotherapeuten weiter vermittelt zu werden. Für Krebserkrankte und ihre Angehörigen sei außerdem die Internetseite des Krebsinformationsdienstes genannt, wo eine Adressliste mit psychoonkologischen Ansprechpartnern zu finden ist. So wie sich die Selbsthilfegruppenarbeit auf die besonderen Umstände in Corona-

zeiten eingerichtet hat, arbeiten viele Beratungseinrichtungen und Psychoonkologen nun auch mit Online-Angeboten, Telefoninterventionen oder Videosprechstunden. Möglicherweise bietet

dies auch Vorteile für ratsuchende Menschen aus strukturschwachen oder ländlichen Regionen, die ansonsten kaum Zugang zu passenden Angeboten finden können.

Psychoonkologie in der täglichen Arbeit einer BPS-Selbsthilfegruppe

Von Hans-Werner Biehn, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Marburg

Die Nachricht vom Nachweis eines Prostatakrebses, vom bevorstehenden Ende der Aktiven Überwachung, von einer Verschlechterung der Krankheit und das Aufkommen von Nebenwirkungen gehen einher mit Verunsicherung und Angst. Dennoch muss oft genug gerade in dieser Situation zeitnah eine Entscheidung gefällt werden.

Dies ist eine alltägliche Erfahrung in unserer Gruppe und in der Begegnung mit Neubetroffenen, aus der sich im Laufe der Jahre ein Konzept entwickelt hat.

Wir sind Mitglied des psychologischen Arbeitskreises des Universitätsklinikums Gießen/Marburg, Standort Marburg und beraten im Rahmen der interdisziplinären Sprechstunde neu bzw. erneut von Prostatakrebs Betroffene und ihre Begleiter.

Zunächst stellt uns das Prostatakrebszentrum einen Untersuchungsraum zur Verfügung. Nach dem Gespräch mit dem Uro-Onkologen und dem Strahlentherapeuten ist das Gespräch mit dem Vertreter der Selbsthilfegruppe vorgesehen. Seit einigen Jahren gehe ich aus dem sicheren Arztzimmer hinaus in den Flur, um das Gespräch möglichst vor dem Kontakt zu den Ärzten zu finden und ein niedrigwelliges, laienverständliches Angebot zu machen. Hier können oft erste Dinge geklärt und der Einfluss von „Dr. Google“ und „Professor Stammtisch“ reguliert werden.

Meine Arbeit wird vom Aufnahmemanagement des Prostatakrebszentrums und den Pflegekräften stark unterstützt, sodass drei Viertel der Betroffenen zu einem Gespräch mit mir bereit sind. Meist gehen die wichtigen Impulse von den Begleitpersonen, in der Regel den Ehefrauen, aus. Bei den Männern begegnen mir zunächst häufig Abwehrreaktionen, wie Nicht-Wahrhaben-Wollen oder depressive Verstimmung in ihrer männlichen Ausprägung.

Betroffene Männer sind einerseits antriebslos, andererseits aber auch übertrieben leistungsgetrieben, gereizt und aggressiv. Viele Männer haben Schwierigkeiten, den Ausführungen des Urologen und des Strahlentherapeuten innerlich zu folgen, weil in ihren Köpfen ein eigener Film abläuft.

Häufig helfen die Frauen ihren Männern beim Verstehen der Therapievorschläge. Ein typisches Beispiel war für mich ein Mann, der mir sagte, bei ihm sei alles in Ordnung, er habe nur einen PSA-Wert von 12 und einen Gleasonscore von 7b. Eigentlich müsse er nichts machen. Im Laufe eines längeren Gespräches hatte er unvermittelt den Einfall: „Sind Sie in einer Stunde noch da? Dann



Hans- Werner Biehn,
© privat

hole ich meine Frau. Ich glaube, ich brauche ihre Hilfe, um das alles hier zu verstehen.“ Ich habe gewartet und das Gespräch nahm schließlich einen lösungsorientierten Verlauf.

In den Gesprächen mit erstmalig Betroffenen geht es nach dem Arztbesuch meist um die innere Zustimmung, jetzt ein Prostatakrebskranker zu sein, die Auswahl der für den Einzelnen richtigen Therapie und Möglichkeiten zur Bewältigung eventueller Nebenwirkungen. Da am Anfang einer Prostatakrebserkrankung meist mehrere Therapieoptionen gleichwertig nebeneinander stehen, sind persönliche Ängste und Präferenzen bei der Therapieentscheidung ausschlaggebend.

Hier kann der Selbsthilfegruppenleiter durch aktives Zuhören und Rückgriff auf seine persönliche Erfahrung im Gespräch mit dem Betroffenen und seiner Begleitung dazu beitragen, dass ein Neuerkrankter seinen eigenen Weg mit der Prostatakrebserkrankung findet. Da die Prostatakrebsbehandlung in vielen Fällen zu Impotenz, Inkontinenz und verminderter Leistungsfähigkeit führen kann, sind auch Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Hobbys und bei jüngeren Männern nicht zuletzt die Erwerbsarbeit betroffen.

Die ersten Dinge, die ich im Rahmen meiner Gesprächsführungsausbildung gelernt habe, sind das Akzeptieren der Andersartigkeit des Gegenübers und die Einsicht in die eigenen Grenzen, verbunden mit der Bereitschaft abzugeben. In diesem Bereich haben wir gute Kontakte aufgebaut, aus dem schließlich ein Netzwerk entstanden ist zur psychosozialen Beratungsstelle der Anneliese Pohl-Stiftung, zu Psychoonkologen aus

dem Netzwerk PsyMa und den Psychoonkologen des Uniklinikums.

Ich biete den Neubetroffenen an, in unsere – außerhalb der Lockdown-Zeiten – wöchentlich stattfindende Untergruppe „Gespräch und Bewegung“ zu kommen. Zum einen ist Bewegung nicht nur ein hervorragendes nebenwirkungsfreies Mittel gegen Krebs und Begleitscheinung der Therapie, sondern auch zur Stabilisierung der Seele und zum Klären schwieriger Probleme – nicht umsonst haben Klöster Wandelhallen.

Bei diesen Gesprächen steht die Frage nach der individuell richtigen Entscheidung im Vordergrund. So kann der SHG-Leiter beispielsweise zum „Hilfs-Ich“ des Neubetroffenen werden und ihm helfen, seinen eignen Weg zu finden. Ein solches Gespräch zeigt ihm, dass Prostatakrebs nicht das Aus für ein gelingendes Leben ist und dass in den meisten Fällen eine Behandlung des Prostatakrebses zwar nötig ist, aber die Therapieoptionen nicht alternativlos sind.

Die DRV-Klinik Sonnenblick bietet uns Dank der großzügigen Unterstützung ihres Chefarztes PD. Dr. Seifart und der Mitarbeit qualifizierter Therapeuten dazu ideale Möglichkeiten. Aus informellen Gesprächen in der ganzen Gruppe entwickeln sich Gespräche in kleineren Gruppen. Einige, die von dem gleichen Problem betroffen sind, ziehen sich in Gesprächsnischen zurück, um intensiver miteinander zu sprechen. Hier wird die Bewältigungsstrategie des einen immer wieder zu einem anfassbaren und glaubwürdigen Lösungsansatz für einen anderen. Getreu dem Motto „einer trage des anderen Last“.

G-BA beschließt geringen Zusatznutzen für Enzalutamid im Hochrisiko-nmCRPC

Am 5. November 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zur Nutzenbewertung von Enzalutamid für die Behandlung von Patienten mit nicht-metastasiertem, kastrationsresistentem Hochrisiko-

Prostatakarzinom gefasst. Er kommt zu dem Ergebnis, dass ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen vorliegt im Vergleich zu abwartendem Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation (ADT).

Bestrahlung nach Prostatakrebs-Operation erst bei PSA-Anstieg

Prostatakrebs wird heute in der Mehrzahl der Fälle so rechtzeitig diagnostiziert, dass keine Fernmetastasen vorliegen, und kann daher oft vollständig geheilt werden, entweder durch eine Strahlentherapie oder durch eine Operation. Nach einer Operation kann zusätzlich eine Bestrahlung notwendig sein. Durch diese sich anschließende („adjuvante“) Strahlentherapie wird eine lange Rezidivfreiheit erreicht. Unklar war bisher, ob eine Strahlentherapie direkt erfolgen sollte oder erst, wenn der PSA-Wert wieder ansteigt. Eine kürzlich publizierte Studie zeigte, dass mit letzterem eine ähnlich hohe 5-Jahres-Rezidivfreiheit erzielt werden kann wie mit der adjuvanten Strahlentherapie.

Prostatatumore, die sich auf das Prostatagewebe beschränken und nicht weiter gestreut haben, werden mit kurativer Zielsetzung (Heilungsabsicht) behandelt. Dabei kann primär eine Operation oder eine Bestrahlung (Radiotherapie) erfolgen. Günstig beim Prostatakarzinom ist, dass durch die Messung des sogenannten PSA-Wertes im Blut ein erneutes Tumorwachstum frühzeitig entdeckt wird.

Nach einer Operation, bei der die gesamte Prostata und die Lymphknoten im Becken entfernt werden („radikale Prostatektomie mit Lymphadenektomie“) wird oft eine Strahlentherapie angeschlossen. Univ.-Prof. Dr. Rainer Fietkau, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) betont, dass die postoperative Strahlentherapie eine wichtige Ergänzung zur Operation ist. Doch der optimale Zeitpunkt dieser Bestrahlung wird immer wieder kontrovers diskutiert. „Wir wissen aus Studien, dass eine sogenannte adjuvante (d. h. „zur Sicherheit“ sich nach der Operation anschließende) Bestrahlung das Risiko eines biochemischen Rezidivs bei Hochrisiko-Patienten nach radikaler Prostatektomie halbiert.“

Es gibt Hinweise und Berichte, dass anstelle der adjuvanten Bestrahlung eine frühzeitige Salvage-

Radiotherapie (d. h. Bestrahlung erst bei erneutem Anstieg des PSA-Wertes) eine ähnlich gute langfristige biochemische Kontrolle ermöglichen könnte – bei niedrigerer Behandlungstoxizität. Die vorliegende Studie sollte diese Frage klären und verglich die biochemische Kontrolle des Tumorstwachstums (bzw. die biochemische Progression) bei Patienten nach adjuvanter und Salvage-Radiotherapie. Es handelte sich um eine randomisierte, kontrollierte Phase-III-Studie (Nicht-Unterlegenheits-Studie) in 32 onkologischen Zentren in Australien/Neuseeland. In die Studie eingeschlossen wurden 333 Patienten nach radikaler Prostatektomie mit hohem Risiko für ein Rezidiv (entsprechend den Risikokriterien in der feingeweblichen Untersuchung, d. h. nicht-tumorfrem Resektionsränder bzw. Ausdehnung über die Grenzen der Prostata hinaus). Die Patienten waren in gutem Allgemeinzustand (ECOG-Performance-Status 0-1) und hatten einen postoperativen PSA-Wert von maximal 0,1 ng/ml. Sie wurden zu gleichen Teilen elektronisch randomisiert und erhielten entweder innerhalb von sechs Monaten nach der radikalen Prostatektomie eine adjuvante Bestrahlung (n=166) oder eine frühzeitige Salvage-Bestrahlung bei einem PSA-Wert ab 0,2 ng/ml (n=167). Die Patienten wurden stratifiziert nach Bestrahlungszentrum, präoperativem PSA-Wert, Gleason-Score (feingeweblichem Befund), Status der Resektionsränder und Beteiligung der Samenbläschen. Die Bestrahlung des Prostatabettes war in beiden Gruppen gleich (64 Gy in 32 Fraktionen), eine Androgenentzugstherapie erfolgte nicht. Primärer Endpunkt war das Ausbleiben einer biochemischen Progression. Für eine Nicht-Unterlegenheit der Salvage-Bestrahlung war gefordert, dass die biochemische 5-Jahres-Progressionsrate nach adjuvanten Radiotherapie lag. In der Salvage-Gruppe hatten 84 Patienten (50 %) eine Bestrahlung wegen ansteigenden PSA-Werten er-

halten. Die Nachbeobachtungszeit betrug median 6,1 Jahre (IQR 4,3–7,5). Ein unabhängiges Studien-Überwachungskomitee empfahl im Verlauf die vorzeitige Beendigung der Patientenrekrutierung wegen unerwartet geringer Ereignisraten.

Die biochemische 5-Jahres-Rezidivfreiheit lag in der Gruppe mit adjuvanter Bestrahlung bei 86 % und in der Salvage-Gruppe bei 87 % (P-Wert für Nicht-Unterlegenheit: 0,15). Die Rate urogenitaler Toxizität ($\geq$ Grad 2) war in der Salvage-Gruppe mit 90/167 Patienten (54 %) niedriger als bei adjuvanter Bestrahlung mit 116/166 Patienten (70 %). Die Rate gastrointestinaler Toxizität ($\geq$ Grad 2) war in beiden Gruppen ähnlich (bei Salvage-Bestrahlung 16 Patienten [10 %] und bei adjuvanter Bestrahlung 24 Patienten [14 %]).

„Obwohl die Studie formal-statistisch die prä-spezifizierte Nicht-Unterlegenheit der Salvage-Bestrahlung nicht belegen konnte, so zeigte sie trotzdem, dass die Salvage-Radiotherapie vergleichbare Ergebnisse liefert wie die adjuvante Bestrahlung“, kommentiert Frau Univ.-Prof. Dr. Stephanie E. Combs, Pressesprecherin der Deut-

schen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO). „Eine Bestrahlung nur bei Bedarf, also bei einem PSA-Anstieg, war nur bei jedem zweiten Patienten notwendig, ersparte also praktisch der Hälfte der Patienten eine Bestrahlung des Prostatabet-tes und die damit verbundenen Nebenwirkungen. Wir müssen daher individuell vorgehen und auch abhängig von Risikofaktoren die Entscheidung zur direkten postoperativen Strahlentherapie treffen. In manchen Fällen kann ein abwartendes Verhalten mit einer Salvage-Bestrahlung bei PSA-Anstieg, genau so effektiv sein.“

Univ.-Prof. Dr. Rainer Fietkau weist auf einen weiteren wichtigen Punkt hin: Die Salvage-Bestrahlung erfolgte innerhalb von vier Monaten, nachdem der PSA-Wert über 0,2 ng/ml angestiegen war, also sehr bald, nachdem die PSA-Rezidiv-Diagnose gestellt wurde. „Dies ist sehr wichtig, da wir wissen, dass sich die Prognose der Patienten verschlechtert, wenn der PSA-Wert Werte von 0,5 – 0,8 ng/ml bis zur Rezidivbestrahlung übersteigt. Dies müssen die Patientin wissen und entsprechend überwacht werden.“

Quelle: DEGRO-Pressemitteilung, Oktober 2020

Corona-Impfung – Was Krebserkrankte wissen müssen

Krebserkrankte, aber auch viele andere Menschen sind wegen der Fülle an Informationen, die zu SARS-CoV-2 und COVID-19 existieren, verunsichert. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) hat einen Faktencheck veröffentlicht, der häufig gestellte Fragen aus Erfahrung der DGO und auf aktuellem Stand der Wissenschaft beantwortet:

- Was ist SARS-CoV-2 und wie unterscheidet es sich von den bekannten Erkältungsviren?
- Bedeutet der Nachweis von SARS-CoV-2-RNA mit den aktuell üblichen Testverfahren für die getestete Person, dass sie eine Infektion hat?
- Wie verlässlich ist der Test und wie wahrscheinlich ist ein Ergebnis „falsch positiv“?
- Was wissen wir zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2?
- Helfen Masken oder sind sie ein Risiko für den Träger?
- Für Krebspatient*innen: Was kann ich für mich tun?
- Für Krebspatient*innen: Was sollte auf jeden Fall unterlassen werden?
- Wie funktioniert die COVID-19 Impfung?
- Sollen sich Krebspatient*innen gegen COVID-19 impfen lassen?

Den Faktencheck finden Sie unter <http://b-p-s.link/5z3> oder scannen Sie den QR-Code.



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Dezember 2020 entschieden, dass der PSA-Test im Rahmen der Früherkennung weiterhin keine Kassenleistung ist. Wer diesen wichtigen Test zur Prostatakrebs-Früherkennung möchte, soll ihn weiterhin selbst bezahlen: „Die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) bleibt wie bisher auf die Verlaufskontrolle bei bereits behandelten gesetzlich Versicherten oder zur Abklärung eines auffälligen Tastbefundes der Prostata beschränkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich gegen eine Erweiterung der Früherkennung von Prostatakrebs um ein Screening mittels PSA-Wert-Bestimmung entschieden.“

Grundlage für diese Entscheidung war ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Mai 2020 mit dem Titel „PSA-Screening: Nutzen wiegt den Schaden nicht auf“, obwohl Prof. Dr. Christian

Die DGU reagierte auf die Entscheidung des G-BA umgehend und kritisierte sie als großen Rückschlag bei der Früherkennung des häufigsten Malignoms des Mannes: „Die DGU hält es für eine folgenschwere Fehlentscheidung zum Nachteil der Patienten, dass die gesetzlich geregelte Früherkennung des Prostatakarzinoms, wider die Empfehlungen einer großen wissenschaftlichen Allianz, auch künftig ausschließlich über die digital-rektale Untersuchung erfolgt“, kommentiert DGU-Generalsekretär und Sprecher des Vorstands Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel den Beschluss des G-BA. „Damit wurde eine bisher einmalige Chance vertan, die Prostatakrebs-Früherkennung nach dem Stand zeitgemäßer Diagnostik zu verbessern.“

In einem Brief an Gesundheitsminister Jens Spahn betonte die DGU, dass Männern im Unterschied zu Frauen nun kein gefördertes Früherken-



**Wir bleiben dran:
Die risikoadaptierte
PSA-gestützte Früherkennung
des Prostatakrebses
gehört in den Leistungskatalog
der gesetzlichen Krankenkassen!**

Андрей Яланский – stock.adobe.com

Wülfing, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) bereits in der September-Ausgabe des KVH-Journals der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg entgegnete: „Der Bericht des IQWiG zur PSA-Testung ist irreführend. Die Nutzen-Schaden-Bilanz bezieht sich auf Einführung eines Massenscreenings – nicht auf ein risikoadaptiertes Vorgehen, wie es im Rahmen der individuellen Früherkennung praktiziert wird“.

nungsprogramm zum häufigsten geschlechtsspezifischen Tumor angeboten wird: „Es sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass auch auf europäischer Ebene starke Bestrebungen bestehen, der Früherkennung von Prostatakrebs einen wichtigen Stellenwert im Europäischen Krebsplan zuzuordnen. Wir bitten Sie, Herr Minister, in Ihrer Funktion als Bundesgesundheitsminister, dem von Ihnen artikulierten Verbesserungsbedarf

der bislang vernachlässigten Männergesundheit Rechnung zu tragen und – wie auf europäischer Ebene – das Thema Früherkennung des häufigsten Tumors des Mannes entsprechend zu priorisieren.“

„Der Bericht des IQWiG zur PSA-Testung ist irreführend. Die Nutzen-Schaden-Bilanz bezieht sich auf Einführung eines Massenscreenings – nicht auf ein risikoadaptiertes Vorgehen, wie es im Rahmen der individuellen Früherkennung praktiziert wird“.

**Prof. Dr. Christian Wülfing,
Sprecher der DGU**

nach deutlich, wogegen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) den Istzustand als beizubehalten sah und letztendlich durch die drei neutralen Mitglieder entschieden wurde.

Auffällig für uns war der fast schon an Prof. Hackethal erinnernde Hinweis, PSA-Erhöhung könne auch durch Entzündung, Fahrradfahren zum Urologen oder Geschlechtsverkehr vor der Blutabnahme entstehen. Wir wollen, dass ein Mann, der einen PSA-Test zur Früherkennung wünscht, weiß, dass bei einem schlechten PSA-Ergebnis, eine weitere Blutabnahme ansteht, dieses Ergebnis detailliert besprochen und die weitere Vorgehensweise leitliniengerecht empfohlen werden sollte.



Seit rund elf Jahren engagiert sich der BPS, um den risikoadaptierten PSA-Test kostenfrei in der Prostatakrebs-Früherkennung zu etablieren. Auch wir haben uns dazu im Dezember in einer Pressemitteilung kritisch geäußert:

Die Entscheidung des G-BA-Plenums vom 17. Dezember 2020 hat deutlich gemacht, dass in einer dissidenten Position die Patientenbelange unserer Meinung nach weit hinten angestellt wurden und alleine mit Blick auf einen unserer Ansicht nach sehr einseitigen IQWiG-Bericht, unter Vernachlässigung der wohl argumentierten öffentlichen Stellungnahmen der DGU, der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) e. V., der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) sowie der Bundesärztekammer, entschieden wurde. Mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Patientenvertretung wurde das unserer Meinung

„Die DGU hält es für eine folgenschwere Fehlentscheidung zum Nachteil der Patienten, dass die gesetzlich geregelte Früherkennung des Prostatakarzinoms, wider die Empfehlungen einer großen wissenschaftlichen Allianz, auch künftig ausschließlich über die digital-rektale Untersuchung erfolgt“.

Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel, DGU-Generalsekretär und Sprecher des Vorstands

Heutige Urologen sind im Stadium 2.0 längst angekommen und gehen bevorzugt auch so vor. Was Männer von der Nutzung des PSA-Tests zur Früherkennung abhält, ist die öffentliche Darstellung des PSA und die damit verbundenen Kosten. Dabei muss Früherkennung – analog zu den Frauen – kostenfrei, barrierefrei und einfach erreichbar sein.

Der Prostatakrebs ist mittlerweile die häufigste Krebskrankheit des Mannes an der jährlich 14.000 Betroffene sterben. Für diese Erkrankung gibt es derzeit weder ein DMP-Programm (Anm. d. Red.: Disease-Management-Programm = zentral organisiertes Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen. Es stützt sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin) noch eine Früherkennungsuntersuchung, die diesen Namen verdient. Wir beurteilen die Abtastung des Organs gemäß der aktuellen Richtlinie als realitätsfern, die aktuelle Krebsfrüherkennungs-Richtlinie ist Jahrzehnte alt und bedarf dringend einer Aktualisierung.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf die uns zeitlich vorausseilende Situation in den USA aufmerksam machen, wo seit der Herabstufung des PSA-Tests, die zwischenzeitlich wieder rückgängig gemacht wurde, die Zahl der schwer betroffenen, metastasierten Hochrisiko-Patienten deutlich zugenommen hat.

Dass hier an der öffentlichen substanziellen Darstellung der Fachgesellschaften vorbeige-

gangen wurde, erschließt sich uns nicht. Die DGU reagierte umgehend: „Rückschlag bei der Prostatakrebs-Früherkennung: Deutsche Gesellschaft für Urologie kritisiert G-BA-Entscheidung gegen PSA-Test als Kassenleistung“

Der abschließende Hinweis auf die laufende PROBASE-Studie (Anm. d. Red.: Große deutsche Studie zum Prostatakrebs-Screening) führt insoweit in die Irre, als dass dort sämtliche rekrutierten Teilnehmer einen PSA-Test bekommen, in sehr frühem Stadium ein mpMRT zur Diagnosestellung durchgeführt wird und unserer Meinung nach schlussendlich nur genauer definiert werden wird, was das ideale Alter für eine Früherkennung durch PSA-Bestimmung und weitere Maßnahmen sein wird. Das deckt sich weitestgehend mit dem aktuell nicht befürworteten Antrag seitens der Patienten.

So werden weitere Jahre vergehen und viele Tote zu beklagen sein bis evidente Daten möglicherweise zu einer Entscheidung führen, wenn sich dazu überhaupt Studienlagen ergeben. Das den Betroffenen zu vermitteln, ist kaum möglich.

G-BA-Votum: Patientenverband über Hecken-Verhalten verärgert

Interview mit Ernst-Günther Carl
– mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift UroForum

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. ist über die Ablehnung seines Antrags im Gemeinsamen Bundesausschuss sehr enttäuscht. Die Verantwortung für das knappe negative Votum weist der BPS vor allem dem G-BA-Vorsitzen den Prof. Josef Hecken zu, der offenbar die zwei neutralen G-BA-Mitglieder stark beeinflusst hätte. Jetzt bleibt nur die Hoffnung auf frühzeitige PROBASE-Daten, damit der nächste Versuch nicht erst 2025 erfolgen kann. UroForum sprach mit BPS-Vorstand Ernst-Günther Carl über die G-BA-Abstimmung und zukünftige Optionen.

Wie lief die G-BA-Abstimmung ab?

Bevor die G-BA-Entscheidung am 17. Dezember fiel, waren wir verhalten optimistisch, dass unser Antrag positiv entschieden werden würde. Denn in der Anhörung hatten sich auch DGU, DEGRO, DRG und der BvDU mit evidenzbasierten Argumenten eindeutig für die PSA-gestützte Prostatakarzinom-Früherkennung positioniert. Die



Ernst-Günther Carl, © privat

gegen den BPS-Antrag gerichteten Meinungsbeiträge des G-BA-Vorsitzenden Prof. Josef Hecken waren frappierend dilettantisch und parteiisch. Die Patientenaufklärung vor einer Früherkennungsuntersuchung, die in der S3-Leitlinie und der Patientenleitlinie beschrieben ist, hatte sich noch nicht bis zu ihm herumgesprochen. Selbst die auch vom IQWiG konstatierte Senkung PCa-spezifischer Mortalität und die Vermeidung schwerer Morbidität durch PSA-gestützte Früherkennung waren für ihn nicht wichtig genug. Jedenfalls nicht so wichtig wie seine Ausführungen über die Wirkung von Geschlechtsverkehr, BPH, Infektionen und Radfahren auf den PSA-Wert. Auch die Mahnungen des BPS, der G-BA könne die schädlichen Auswirkungen einer 50 Jahre alten Früherkennungs-Regulierung auf die Gesundheit der Männer nicht länger ignorieren, führten nicht zur Zustimmung.

Welche Rolle spielte die PROBASE-Studie?

Plötzlich zog Hecken die PROBASE-Studie aus dem Hut und bezeichnete sie als mögliche Basis eines neuen Früherkennungsantrags im G-BA. Dass jedoch Teilnehmer beider Studienarme einen PSA-Test erhalten und die risikoadaptierte Stratifizierung der Test-Intervalle Bestandteil des Studienprotokolls ist, hatte er scheinbar noch nicht verstanden. Er beharrte darauf, dass es besser wäre, jetzt nichts zu tun, um den Männern zu helfen und stattdessen auf eine Studie zu warten, in der die Frage PSA-gestützter Früherkennung überhaupt nicht adressiert wird.

An wem scheiterte der PSA-Antrag?

Die Vertreter der Ärzteschaft, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Patientenvertretung im G-BA, waren für und der GKV-Spitzenverband gegen den Antrag. Den

Ausschlag gaben am Ende die drei unabhängigen Mitglieder des G-BA, also Dr. Monika Lelgemann, stellvertretende G-BA-Vorsitzende, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., Prof. Elisabeth Pott, ehemalige Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Honorarprofessorin für Gesundheitsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, sowie der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken mit ihren ablehnenden Stimmen.

Welche Konsequenzen wird dieses Votum für die Patienten haben?

Es wird keine geringere Morbidität sowie Mortalität geben und auch nicht weniger Belastungen des Gesundheitssystems. Das ist nicht hinnehmbar, denn sowohl Krebsregister als auch Studienergebnisse beweisen die positiven Wirkungen PSA-gestützter Früherkennung. Über einen erheblichen Anstieg metastasierter Hochrisiko-Prostatakarzinome seit 2012 als Folge vernachlässigter PSA-Tests in der Früherkennung berichtet auch eine Studie im British Journal of Urology. Zu dieser Zeit hatte sich die US-Preventive Task Force aufgrund falscher Dateninterpretation der PLCO-Studie gegen PSA-gestützte Früherkennung ausgesprochen

Was nun, Herr Carl?

Der BPS prüft derzeit, das BMG vor Genehmigung des G-BA-Beschlusses um eine Verfahrensprüfung zu bitten. Dass die DGU uns unterstützen wird, ist unsere Hoffnung und unser Verständnis. Der Verweis Heckens auf die PROBASE-Studie und einen neuerlichen Antrag im G-BA bedeutet in der Folge, dass wir wieder vier Jahre für die Männer verlieren werden. Das wollen wir auf gar keinen Fall.

Quelle: UroForum 1/2021



Europas Plan zur Prostatakrebs-Früherkennung

Von Ernst-Günther Carl, BPS-Vorstand, und Anna Haacks, BPS-Geschäftsstelle

Derzeit steht der Artikel zum Thema „PSA-gestützte Früherkennung“ aus dem aktuellen Arbeitsstand von EuropaUOMO im Fokus der Diskussionen seitens EAU (European Association of Urology) und der EU. Die Thematik betrifft den Bereich von Stella Kyriakides, der Kommissarin für Gesundheit, und wurde in den europäischen Plan zur Krebsbekämpfung eingefügt (vgl. <http://b-p-s.link/vm6>).

Europaweit ist Prostatakrebs die meist diagnostizierte Krebsneuerkrankung und zudem die zweithäufigste krebssbedingte Todesursache bei Männern. Während andere Länder Europas, zum Beispiel Schweden, die Bedeutung der Früherkennung des Prostatakarzinoms bereits erkannt haben und den PSA-gestützten Test als Krankenkassenleistung anrechnen, ist dies in Deutschland noch nicht der Fall. Hendrik van Poppel H. et al. sprechen sich daher in ihrem Artikel der European Association of Urology für ein Screening mittels

Prostata-spezifischem Antigen (PSA) aus. Ihrer Ansicht nach ist eine risikoabwägende Früherkennungsstrategie unter Einbezug multivariabler Risikovorhersagemodelle und der Magnetresonanztomographie (MRT) deutlich zielführender als opportunistische Screenings, die zumeist zu Überdiagnosen und folglich auch zu einer Übertherapie führen.

Nach einem ersten PSA-Test folgt die Beratung über das weitere Vorgehen. An dieser Stelle orientieren sich Van Poppel H. et al. an den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie und definieren einen Ablaufplan für das Intervall, in dem ein PSA-Test durchgeführt werden sollte, basierend auf der individuellen Altersgruppe (Abb. 1). Im Anschluss an einen erhöhten PSA-Wert schlagen die Autoren einen klar definierten Algorithmus für eine risikoabwägende Prostatakrebs-Früherkennung vor (Abb. 2). Hierbei steht die Beratung der Männer über Vor- und Nachteile

der Früherkennung an erster Stelle. Unter Einbezug der individuellen Anamnese können dann weitere Schritte definiert werden.

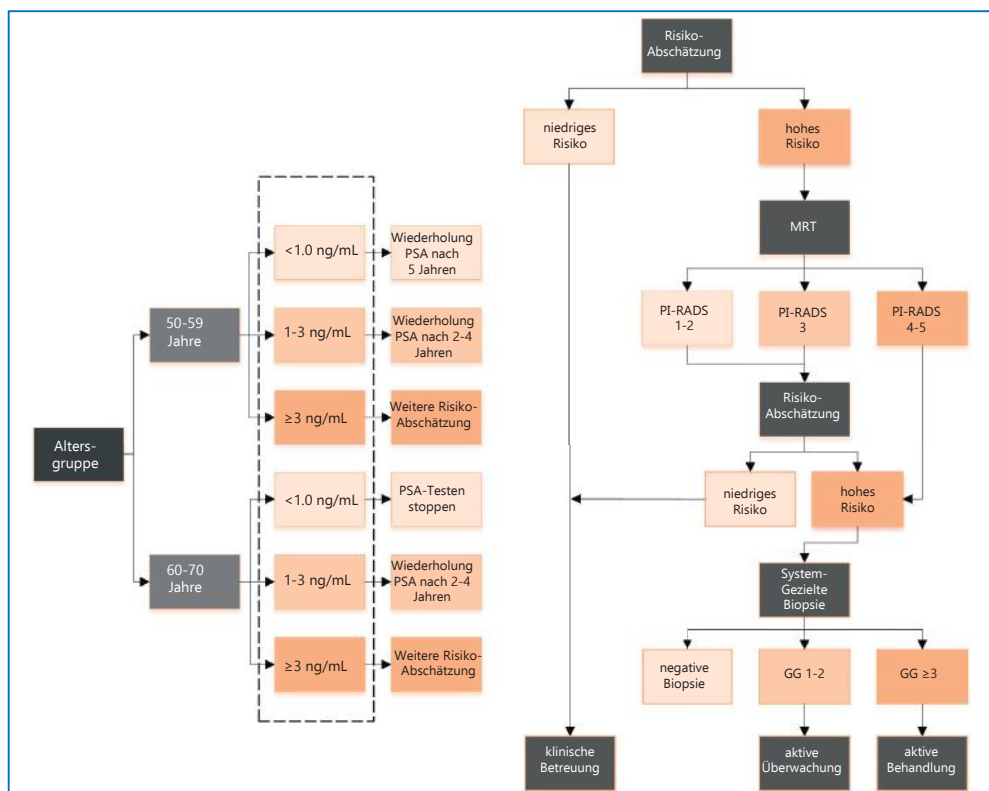


Abb. 1 (links) Ablaufplan für das Intervall, in dem ein PSA-Test durchgeführt werden sollte, basierend auf der individuellen Altersgruppe.

Abb. 2 (rechts) Algorithmus für eine risikoabwägende Prostatakrebs-Früherkennung für Männer mit einem erhöhten PSA-Wert.

Quelle: van Poppel H. et al., Early Detection of Prostate Cancer in 2020 and Beyond: Facts and Recommendations for the European Union and the European Commission. Eur Urol (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.12.010>.

Und wie geht es weiter?

Die DGU hat Gesundheitsminister Jens Spahn in einem Brief um persönliche Darlegung der Position gebeten. Dieser Schriftwechsel mit der Antwort von Jens Spahn kann auf dem Urologenportal unter <http://b-p-s.link/5nt> verfolgt werden.

Der G-BA hat einen Nichtänderungsbeschluss gefasst. Damit hat der Gemeinsame Bundesausschuss unserer Meinung nach zumindest seine Prüfpflicht verletzt und hätte zumindest eine Erprobungsrichtlinie beschließen müssen.

Die Nichtberücksichtigung des Potentials der diagnostischen Maßnahme führt des Weiteren auch dazu, dass sie nicht als Behandlungsalternative, sondern als reine IGeL-Leistung angesehen wurde. Damit hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch nicht den gegebenen Rechtsrahmen ausgeschöpft, um Maßgaben für die Patientenaufklärung zu beschließen. Zu einer Früherkennungsmaßnahme, die sich in der Erprobung befindet, hätte der Gemeinsame Bundesausschuss nämlich

durchaus auch Maßgaben für die Patientenaufklärung erlassen müssen. Diese Bedenken haben wir ans Bundesministerium für Gesundheit gerichtet und um Überprüfung gebeten. Das BMG hat daraufhin zwar die formale Nichtbeanstandung mitgeteilt, gleichzeitig aber darauf hingewiesen, dass in Form von Erprobung und Aufklärungsunterlagen Handlungsbedarf besteht. Wir werden über den Fortgang in dieser Sache berichten.

Abschließend weisen wir noch darauf hin, dass nach unserer Auffassung die in den tragenden Gründen zum Beschluss erwähnte PROBASE4-Studie voraussichtlich nicht dazu geeignet sein wird, mehr Erkenntnisse hinsichtlich einer Screeningstrategie ohne PSA-Testung versus einer Screeningstrategie mit PSA-Testung zu gewinnen, da in beiden Studienarmen der PSA-Test erfolgt und das primäre Ziel der Studie die richtige Definition des Alters für die erste Früherkennungsuntersuchung ist.

Zeit für Fakten

Wer stirbt an Prostatakrebs?

Wissenschaftler analysierten die Daten von allen Männern, die zwischen 2013 und 2015 in British Columbia (Kanada) an Prostatakrebs starben. Die große Mehrheit hatte zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Metastasen, befallene Lymphknoten oder einen Hochrisiko-Prostatakrebs. Prostatakrebs ist eine häufige Todesursache. Dennoch ist das Prostatakrebs-Screening umstritten, da die meisten Männer mit Prostatakrebs nicht an diesem sterben. Doch wer stirbt an Prostatakrebs? Wissenschaftler aus Kanada untersuchten, welche

Tumoreigenschaften (Stadium, Risikogruppen) all die Patienten, die in British Columbia zwischen 2013 und 2015 an Prostatakrebs starben, zum Zeitpunkt der Diagnose aufwiesen.

Wissenschaftler analysierten die Daten von Patienten, die an Prostatakrebs starben

Die Wissenschaftler nutzten für ihre Studie eine Krebsdatenbank von British Columbia, um alle Patienten aus British Columbia zu identifizieren, die zwischen Januar 2013 und Dezember 2015 an

Kurzfassung

Wissenschaftler analysierten die Daten von 1.256 Männern, die an Prostatakrebs starben. Die meisten der Verstorbenen wiesen zum Zeitpunkt der Diagnose Metastasen, befallene Lymphknoten oder einen Hochrisiko-Prostatakrebs auf. Die Ergebnisse verdeutlichen noch einmal die Wichtigkeit, Prostatakrebs bereits im frühen Stadium zu diagnostizieren.

Prostatakrebs starben. Insgesamt lagen ihnen die Daten von 1.256 Verstorbenen vor. Die Wissenschaftler analysierten die Patienten-, Behandlungs- und Tumoreigenschaften der Patienten und stufen diese in Risikogruppen ein. Entscheidend für ihre Auswertung waren das Stadium und die Risikogruppe zum Zeitpunkt der Diagnose.

Die meisten Verstorbenen hatten zum Zeitpunkt der Diagnose Metastasen oder einen Hochrisiko-Prostatakrebs

Die Patienten, die an Prostatakrebs starben, gehörten zum Zeitpunkt der Diagnose zu folgenden Stadien/Risikogruppen: 32 % metastasierter Prostatakrebs, 3 % Lymphknotenbefall, 39 % lokal begrenzter Prostatakrebs mit hohem Risiko, 9 % lokal begrenzter Prostatakrebs mit mittlerem Risiko, 4 % lokal begrenzter Prostatakrebs mit niedrigem Risiko, 6 % lokal begrenzter Prostatakrebs (nicht weiter spezifiziert), 7 % Stadium und Risikogruppe unbekannt.

Die meisten Verstorbenen (mehr als 80 % der Verstorbenen mit bekannter Risikogruppe) wiesen somit zum Zeitpunkt der Diagnose entweder einen lokal begrenzten Hochrisiko-Prostatakrebs, einen Lymphknotenbefall oder Metastasen auf. Die mediane Überlebenszeit (von Diagnose bis zum Tod) lag bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs mit niedrigem Risiko bei 12 Jahren, bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs mit mittlerem Risiko bei 10 Jahren, bei Patienten mit lokal begrenztem Hochrisiko-Prostatakrebs bei 6,5 Jahren, bei Patienten mit Lymphknotenbefall bei 4 Jahren und bei Patienten mit Metastasen bei 1,7 Jahren. Die meisten Patienten, die in British Columbia an Prostatakrebs starben, hatten zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Metastasen, Lymphknotenbefall oder einen Hochrisiko-Prostatakrebs. Dies verdeutlicht noch einmal die große Bedeutung von Untersuchungen zur Früherkennung. Denn nur so kann der Prostatakrebs bereits im frühen Stadium diagnostiziert werden.

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

Weniger PSA-Screening, mehr metastasierter Prostatakrebs

Ein reduziertes Screening auf Prostatakrebs mittels Prostata-spezifischem Antigen (PSA) geht laut einer US-amerikanischen Studie mit erhöhten Diagnosen von metastasiertem Prostatakrebs einher. Die Studie wird auf dem Genitourinary Cancers Symposium der American Society of Clinical Oncology (ASCO) vorgestellt, das vom 11. bis 13. Februar online stattfindet.

In den USA verringerte sich demnach der durchschnittliche Prozentsatz der Männer ab 40 Jahren, die mit PSA auf Prostatakrebs untersucht wurden, von 61,8 Prozent im Jahr 2008 auf 50,5 Prozent im Jahr 2016. Gleichzeitig stieg die durchschnittliche Anzahl der Männer, bei denen metastasierter Prostatakrebs diagnostiziert wurde altersangepasst von 6,4 auf neun pro 100.000 Männer.

Die Autoren recherchierten von 2002 bis 2016 die altersbereinigten Inzidenzen von Prostatakrebs, der bei der Diagnose schon metastasiert war (pro 100.000 Männer) von der North Ame-

rican Association of Central Cancer Registries für jeden US-Bundesstaat. Sie ermittelten auch PSA-Screening-Schätzungen für jeden US-Staat vom Behavioral Risk Factor Surveillance System. Dieses System sammelt diese Informationen ab 2002 alle zwei Jahre für Männer im Alter von mindestens 40 Jahren. Die Wissenschaftler korrelierten dann für jeden Staat die Inzidenz von metastasiertem Prostatakrebs mit dem Anteil der Männer, die ein PSA-Screening pro Staat erhalten.

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Staaten in Bezug auf den Prozentsatz der Männer über 40 Jahre, die angaben, jemals ein PSA-Screening erhalten zu haben (40,1 %-70,3 %), und in Bezug auf die Inzidenz von metastasiertem Prostatakrebs bei der Diagnose nach Anpassung an das Alter (Bereich 3,3 bis 14,3 pro 100.000 Männer). Die statistische Modellierung zeigte jedoch, dass eine Verringerung des PSA-Screenings im Laufe der Zeit mit einer erhöhten Diagnose von

metastasiertem Prostatakrebs verbunden war und dass Staaten mit einer stärkeren Verringerung des PSA-Screenings tendenziell eine größere Zunahme der Diagnose eines metastasierten Prostatakrebses aufwiesen.

„Die Variation zwischen Staaten ist eine der Stärken unserer Studie. Das Ausmaß des verringerten PSA-Screenings korrelierte mit dem Ausmaß der erhöhten Diagnosen einer metastasierenden Erkrankung, was darauf hindeutet, dass möglicherweise ein Zusammenhang auf Bevölkerungsebene besteht“, sagte Hauptautor Dr. Vidit Sharma von der University of California Los Angeles.

Eine Reihe von Leitlinien, die von der US Preventive Services Task Force (USPSTF), einer unabhängigen Gruppe nationaler Experten für Prävention und evidenzbasierte Medizin, veröffentlicht wurden, empfahlen in ihren Richtlinien 2008 und 2012 unabhängig vom Alter kein PSA-Screening. Die Empfehlungen wurden jedoch 2018 aktuali-

siert und raten seitdem dazu, dass „Männer im Alter von 55 bis 69 Jahren nach einem Gespräch mit ihrem Arzt über die möglichen Vorteile und Schäden eine individuelle Entscheidung darüber treffen, ob sie untersucht werden sollen“. Die Task Force sprach sich gegen PSA-Screening bei Männern über 70 Jahren aus.

„Diese Studie legt nahe, dass ein reduziertes PSA-Screening möglicherweise auf Kosten von mehr Männern mit metastasierendem Prostatakrebs geht. Patienten sollten die mit dem PSA-Screening verbundenen Risiken und Vorteile mit ihrem Arzt besprechen, um das beste Vorgehen für sie zu ermitteln“, kommentierte Robert Dreicer, ASCO-Experte für Urogenitalkrebs.

Die Wissenschaftler planen als Nächstes, nach Korrelationen zwischen vermindertem Screening und Mortalität zu forschen und die Auswirkungen anderer Faktoren zu untersuchen.

Quelle: Kompakt Urologie, Februar 2021

Zweifacher PSA-Test schützt vor fortgeschrittenem PCa

Nach nur zwei Screening-Zyklen reduziert sich das Risiko eines fortgeschrittenen Prostatakarzinoms (PCa), so eine aktuelle Auswertung des finnischen Teils der ERSPC-Studie.

Die europäische randomisierte Studie zum Screening auf Prostatakrebs (ERSPC) hat eine 20-prozentige Verringerung der Mortalität an PCa durch PSA-basiertes Screening gezeigt. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das Screening das Risiko eines fortgeschrittenen PCa verringert. Ziel der aktuellen Studie war es, die Auswirkungen der Screening-Teilnahme auf die PCa-Inzidenz nach Risikogruppen zu analysieren.

Die Teilnehmer am Screening-Arm des finnischen Teils der Studie (FinRSPC, 31.867 Männer) wurden zeitabhängig nach Screening-Teilnahme klassifiziert. Anfänglich wurden alle Männer im Screening-Arm bis zur ersten Screening-Teilnahme als Nicht-Teilnehmer angesehen. Sie blieben dann bis zum zweiten Screening in der Gruppe mit einem Screening und in ähnlicher Weise in

der Gruppe mit zwei Screenings für die mögliche dritte Runde. Der Kontrollarm bildete die Referenzgruppe. Das Follow-up begann mit der Randomisierung und endete zum Zeitpunkt der Diagnose von PCa, Auswanderung oder Ende 2015. PCa-Fälle wurden gemäß den Definitionen der European Association of Urology (EAU) in Risikogruppen unterteilt.

Die Inzidenz von PCa mit geringem Risiko stieg mit der Anzahl der Screenings, während in Fällen mit mittlerem Risiko und hohem Risiko kein eindeutiger Zusammenhang mit der Teilnahme festgestellt wurde. Bei Patienten mit fortgeschrittenem PCa war die mindestens zweimalige Teilnahme am Screening mit einem geringeren Risiko verbunden.

Ein einzelner PSA-Test zeigte also keinen Nutzen in Bezug auf die PCa-Inzidenz. Wiederholtes Screening sei erforderlich, um Screening-Vorteile zu erzielen, so die Autoren.

Quelle: Kompakt Urologie, Februar 2021

Ultima Ratio beim Prostatakrebs: Radioligandentherapie – ein Rezeptor schleust den Tod in die Prostatakrebszelle

Von Hans-Josef Beckers, Patientenvertreter im G-BA

Bereits 2015 berichteten Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) Heidelberg von der Entwicklung des Wirkstoffs **PSMA 617**, der spezifisch an Prostata**krebszellen** andocken kann.

PSMA, das Prostata-spezifische Membran-Antigen, ist ein Protein, das bei Prostata**krebszellen** bis zu 1.000fach häufiger vorkommt, als auf gesunden Zellen. Dieses umso stärker, je höher der Gleason-Score ist. Im übrigen Körper kommt das Protein kaum vor. PSMA ist deshalb ein idealer Marker für die Diagnostik von Prostatakrebs und zugleich auch eine geeignete Zielstruktur für spezifische Therapien.

Klinische Einsätze zeigen darüber hinaus, dass hybride PSMA-bindende Wirkstoffe, die sowohl ein diagnostisches Radionuklid als auch einen Fluoreszenzfarbstoff beinhalten, geeignet sind, Prostatakrebs sowohl vor als auch während der Operation sichtbar zu machen.

Die Radioligandentherapie (RLT) mittels Lutetium-177 hat in den letzten Jahren in der Nuklearmedizin als eine neue Therapieform zur Behandlung des kastrationsresistenten metastasierten



Hans-Josef Beckers,
© privat

BPS verleiht Wil de Jongh-Medaille an Prof. Dr. Uwe Haberkorn

Für seine bahnbrechende Forschungsleistung bei der Entwicklung des Diagnostikums Prostata-Spezifischen-Membran-Antigens 11 (PSMA) und des Theranostikums PSMA 617 wurde Prof. Dr. Uwe Haberkorn 2017 mit der Wil de Jongh-Medaille des BPS geehrt.

PSMA-bindende Wirkstoffe docken spezifisch an Prostata**krebszellen** an. Gekoppelt an diagnostische oder therapeutische Radionuklide können sie so die Diagnostik und die Behandlung von Prostatakrebs verbessern. Sie schleusen den Tod in die Prostata-Krebszelle.

Die Wissenschaftler Matthias Eder, die Radiochemikerin Martina Benesová, Klaus Kopka, Uwe Haberkorn und Mitarbeiter vom dkfz wurden bereits 2015 in Baltimore, USA, bei der Konferenz der Internationalen Gesellschaft für Nuklearmedizin und molekulare Bildgebung für die Entwicklung von PSMA-617 mit der Auszeichnung „Image of the Year“ und dem Berson-Yalow Award ausgezeichnet.

Prostatakarzinoms zunehmende Beachtung gefunden. Sie ist ein inzwischen immer häufiger angebotenes, vielversprechendes Therapieverfahren.

Klinische Ergebnisse der LU-177 PSMA Therapie bestätigen akzeptable Nebenwirkungsraten bei guten therapeutischen Ergebnissen.

Das Prinzip der Therapie basiert darauf, dass ein therapeutisch wirksamer Strahler (Lutetium-177) an eine spezielle Spürsubstanz gebunden wird, die diesen Strahler gezielt zu Tumorzellen des Prostatakarzinoms trägt. Die Spürsubstanz bindet dabei an das sogenannte Prostata-spezifische Membranantigen (PSMA), welches gehäuft (siehe oben) auf Zellen des Prostatakarzinoms und seiner Metastasen vorkommt.

Da die radioaktive Strahlung nur wenige mm weit reicht, kann demnach eine effektivere Strahlendosis direkt gegen die Tumorzellen gerichtet werden, als bei der Strahlentherapie von außen. Durch die lokale Bestrahlung kommt es zur selektiven Zerstörung der Tumorzellen bei weitgehender Schonung des umliegenden Gewebes. Der Rezeptor schleust somit den Tod in die Krebszelle.

Eine ^{177}Lu -PSMA-RLT kann qualitätsgesichert und entsprechend den Bestimmungen des Strahlenschutzes nur als stationäre Behandlung mit nuklearmedizinischer Fachabteilung erbracht werden.

Die RLT wird mittlerweile an einigen Kliniken in Deutschland für Patienten mit Prostatakarzinomen angeboten.

Die Therapie umfasst üblicherweise vier Zyklen, der Patient kommt für die Injektionen im Abstand von 4–6 Wochen in die Klinik. Er bleibt gemäß Strahlenschutzverordnung für 48 Stunden nach der Injektion stationär.

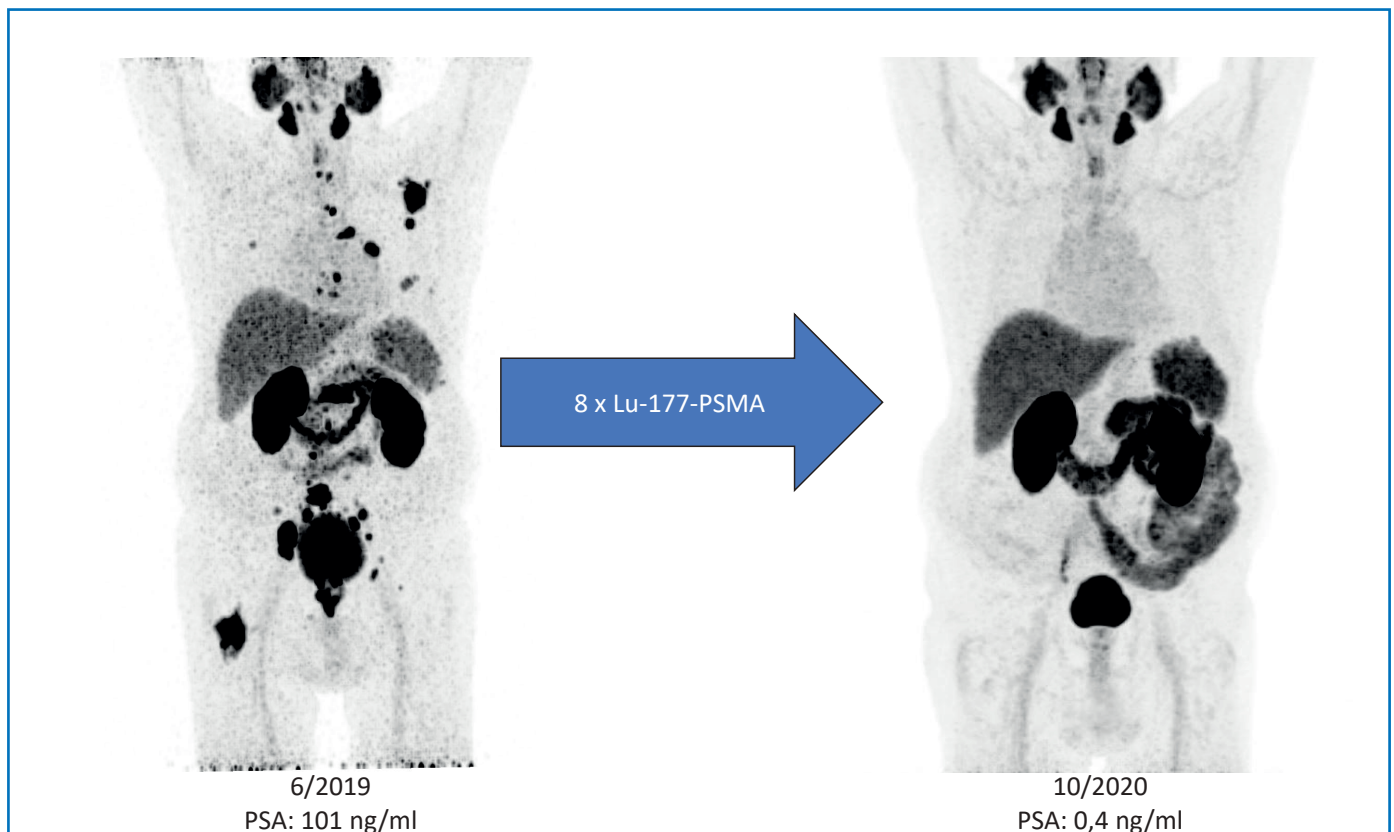
Der für die Zulassung zur stationären und ambulanten Versorgung durch die Krankenkassen

zuständige Gemeinsame Bundesausschuss hat bislang keine Entscheidung zur Kostentragung bei der RLT getroffen.

Jede gesetzliche Krankenkasse trifft damit individuell ihre Leistungsentscheidung für den Einzelfall. Bei einer neuen Behandlungsmethode, bei seltener, lebensbedrohlicher Erkrankung, gilt dabei als Grundlage der § 2 1a SGB V. Weiterhin bedeutsam ist zur gleichen Frage der als „NIKOLAUSURTEIL“ bekannte Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005 (<http://b-p-s.link/451>).

Kurz gefasst können danach Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, eine Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Für alle an der Leistungsentscheidung Beteiligten bestand bei den vielen offenen Fragen der



Wunsch nach Klärung, unter welchen Bedingungen die Leistung erbracht werden kann. So kam es zu einem Konsensus im Rahmen der GKV-finanzierten Versorgung zwischen den meisten Hochschulkliniken in Nordrhein-Westfalen, KV-Trägern,

dem MDK Nordrhein und dem Kompetenz-Centrum Onkologie des GKV-SV und der MDK Gemeinschaft. Das Kompetenz-Centrum Onkologie ist mit der MDK Gemeinschaft vernetzt und koordiniert die sozialmedizinische Begutachtung.

Mit leuchtendem Beispiel voran: Tumoren aufspüren und zugleich angreifen

Lesen Sie nachfolgend den Erfahrungsbericht von Günter Sappelt, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wuppertal e. V., der zwischen Februar und September 2017 mit der für Prostatakrebs erkrankte Patienten noch neuen Lutetium-PSMA-Therapie in der Nuklearmedizin der Universitätsklinik Münster (UKM), Münster/Westfalen, therapiert wurde:

„Der PSA-Wert ist wieder gestiegen!“ Diesen Satz hat Günter Sappelt schon häufig hören müssen, seit bei ihm 2004 ein Prostatakarzinom diagnostiziert wurde. Operation, Strahlen- und Chemo- sowie verschiedene Hormonentzugstherapien halfen entweder gar nicht oder nur vorübergehend. Immer wieder bildeten sich Metastasen und der Gehalt des Tumormarkers PSA (prostataspezifisches Antigen) im Blut kletterte wieder hinauf. Dank eines neuartigen Verfahrens nach dem sogenannten Theranostik-Prinzip im WTZ Münster, dem Krebszentrum am UKM (Universitätsklinikum Münster), ist der Wert bei dem 69-Jährigen aus Mettmann nun bereits seit drei Jahren stabil.

„Theranostik ist eine Kombination der Begriffe Therapie und Diagnostik“, erklärt Prof. Kambiz Rahbar, Oberarzt in der Klinik für Nuklearmedizin am UKM. „Radioaktiv markierte Wirkstoffe, sogenannte Radiopharmaka, ermöglichen dabei, bereits kleinste Ansammlungen von Tumorzellen im Körper in der Bildgebung zum Leuchten zu bringen und damit für uns sichtbar zu machen“, so der Nuklearmediziner weiter. Die Spezialisten können

die Radiopharmaka zudem nutzen, um die bösartigen Zellen gezielt anzugreifen und zu zerstören. „Da der radioaktiv angereicherte Wirkstoff an ein prostataspezifisches Membran-Antigen (PSMA) bindet, das vermehrt in Prostatakarzinomen vorkommt, wirkt er direkt vor Ort an der Krebszelle. Daher sind die Nebenwirkungen bei der PSMA-Therapie zumeist sehr gering“, ergänzt Prof. Martin Bögemann, Leiter der Uroonkologie am UKM.

Das Verfahren ist in Deutschland noch nicht zugelassen. Bei Patienten wie Günter Sappelt, bei denen die Erkrankung schon weit fortgeschritten ist und die Standardtherapien nicht mehr greifen, können der Nuklearmediziner und seine Kollegen in den fachübergreifenden Tumorkonferenzen



In der Bildgebung wird der Behandlungserfolg sichtbar: (von links) Prof. Kambiz Rahbar mit Prof. Martin Bögemann und Günter Sappelt, © UKM/ Wibberg

aber den Einsatz im Rahmen eines sogenannten „individuellen Heilversuchs“ gemeinsam diskutieren und bei guten Erfolgsaussichten anbieten.

„Das war für mich total neu und ich war erstmal skeptisch“, erinnert sich Sappelt, der den Tipp für diese Behandlungsoption von seinem Wuppertaler Urologen bekommen hatte. Auch in der Selbsthilfegruppe, zu deren Treffen er regelmäßig geht, um sich zu informieren und auszutauschen, hatte noch niemand von diesem innovativen nuklearmedizinischen Verfahren gehört. Trotzdem entschloss er sich für die Behandlung: „Abwarten und Nichtstun war keine Alternative für mich“, so der Rentner, dessen PSA-Werte im Blut nach

sechs Therapie-Zyklen mit dem neuen Wirkstoff und fortlaufender Antihormontherapie nun über einen langen Zeitraum sehr niedrig sind. „Das ist ein guter Anhaltspunkt, dass die Erkrankung unter Kontrolle ist“, erklärt Bögemann.

Inzwischen ist Günter Sappelt zum Vorsitzenden der Wuppertaler Selbsthilfegruppe gewählt worden und hat dort schon von der neuen Behandlungsmethode berichtet. Auch wenn er weiß, dass der Krebs nicht endgültig besiegt ist, ist er dankbar, dass es ihm gut geht und er die gemeinsame Zeit mit seiner Frau genießen kann.

Quelle: Westfälische Nachrichten, Sonderbeilage, Ausgabe: 26. Januar 2021

Erweiterte Lymphknotendisektion weglassen, wenn PSMA-PET/CT-Scan negativ für Prostatakrebsmetastasen?

Ein PSMA-PET/CT-Scan, der präoperativ keine Lymphknotenmetastasen zeigt, könnte ein Grund sein, dem Patienten die erweiterte Lymphknotendisektion (ePLND) bei der Prostatektomie zu ersparen. Warum dies nur bei einem Teil der Patienten eine gute Idee sein könnte, zeigt eine Studie aus den Niederlanden, die beim virtuellen 12. Europäischen Multidisziplinären Kongress zu urologischen Krebsarten (EMUC20) vorgestellt wurde.

Derzeit ist ePLND der Goldstandard für die Einstufung des Lymphknotenstatus bei Prostatakrebs. Die Leitlinien der European Association of Urology (EAU) empfehlen die Durchführung einer ePLND, wenn das Risiko für Knotenmetastasen (unter Verwendung präoperativer Nomogramme) fünf Prozent übersteigt, während die niederländischen nationalen Leitlinien eine ePLND empfehlen, wenn dieser Prozentsatz zehn Prozent überschreitet. Eine präoperativ durchgeführte Positronenemissionstomographie/Computertomographie mit dem Prostata-spezifischen Membranantigen als Zielstruktur (PSMA-PET/CT), die keine Hinweise auf Lymphknotenmetastasen zeigt, könnte die Wahrscheinlichkeit histopatho-

logischer Lymphknotenmetastasen nach ePLND verringern. Die Studienautoren haben deshalb evaluiert, ob sich eine Untergruppe von Patienten identifiziert lässt, bei denen auf der Basis präoperativer Prognosevariablen und eines für Metastasen negativen PSMA-PET/CT-Scans sicher auf eine ePLND verzichtet werden könnte.

Insgesamt 435 Patienten, bei denen vor der roboterunterstützten radikalen Prostatektomie (RARP) und der ePLND eine präoperative PSMA-PET/CT durchgeführt wurde, wurden retrospektiv analysiert. Präoperative Variablen (z. B. klinisches Tumorstadium, Serum-PSA, Biopsie-ISUP-Gruppe) wurden ebenso bewertet wie pathologische Parameter (z. B. histopathologischer Lymphknotenstatus [pN0/pN1]). Die diagnostische Genauigkeit der PSMA-PET/CT im primären Staging wurde für verschiedene prognostische Untergruppen bewertet. Besondere Aufmerksamkeit wurde auf diejenigen gerichtet, deren PSMA-PET/CT vor RARP und ePLND negativ für Metastasen war.

Insgesamt 56 von 435 PSMA-PET/CT-Scans (12,9 %) deuteten auf Metastasen der Beckenlymphknoten hin, während bei histopathologi-

scher Bewertung 94 von 435 Patienten (21,6 %) mindestens eine Metastasierung der Beckenlymphknoten (pN1) aufwiesen. Die Gesamtsensitivität, Spezifität, der positive Vorhersagewert und der negative Vorhersagewert (NPV) betrugen 38,3, 94,1, 64,3 beziehungsweise 84,7 Prozent. Der NPV der PSMA-PET/CT bei Patienten mit Prostatakrebs mit mittlerem Risiko (intermediate risk, IR) betrug 91,6 Prozent, verglichen mit 81,9 Prozent bei Patienten mit hohem Risiko (HR). Der NPV für Biopsien mit ISUP 1-2, ISUP 3 und ISUP 4-5 betrug 85,1, 87,9 beziehungsweise 82,9 Prozent. Bei Kombination dieser Variablen betrug der NPV der PSMA-PET/CT bei Patienten, die eine Biopsie mit ISUP 3 und IR-Prostatakrebs hatten, 94,1% (95%-Konfidenzintervall 90-100%).

Negativer PSMA-PET/CT-Scan allein onkologisch zu unsicher

Der Verzicht auf eine ePLND ist also nicht bei allen Patienten mit einem präoperativen PSMA-PET/CT-Scan, der keine Metastasen anzeigt, onkologisch unbedenklich. Eine große Untergruppe von Patienten hat eine Wahrscheinlichkeit von mehr als zehn Prozent, positiv auf Krebslymphknotenmetastasen zu sein. Die Autoren sehen Patienten, die eine Biopsie mit ISUP 3 und IR-Prostatakrebs haben, als potenzielle Kandidaten, um die ePLND wegzulassen, da deren Risiko für histopathologische Metastasen nur 5,9 Prozent beträgt.

Quelle: [Kompakt Urologie/ms](#),
November 2020

Interaktive Entscheidungshilfe

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



Negative Biopsien unter „Active Surveillance“ deuten auf gute Outcomes hin

Kann ein Prostatakarzinom im Frühstadium während des Follow-up „verschwinden“? Wahrscheinlicher ist, dass der Krebs sich nur „versteckt“, berichten die Autoren einer neuen Studie. So oder so seien negative Biopsien während der aktiven Überwachung auf Prostatakrebs mit hervorragenden Langzeitergebnissen verbunden.

„Bei Männern, die sich einer aktiven Überwachung unterziehen, weisen negative Biopsien auf ein geringes Krankheitsvolumen und eine geringere Progressionsrate der Erkrankung hin“, kommentiert Hauptautorin Dr. Carissa E. Chu, von der University of California in San Francisco (UCSF; USA).

„Diese ‘versteckten’ Krebserkrankungen haben ausgezeichnete Langzeit-Outcomes und bleiben ideal für eine fortgesetzte aktive Überwachung.“

Um die langfristige Bedeutung negativer Biopsien in diesem Zusammenhang zu bewerten, analysierten die Forscher Daten zu 514 Männern, die zwischen 2000 und 2019 an der UCSF aktiv auf Prostatakrebs im Frühstadium überwacht wurden. Alle Patienten unterzogen sich nach ihrer ersten Prostatakrebsdiagnose mindestens drei Überwachungsbiopsien (insgesamt 4 Biopsien). Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug fast zehn Jahre.

Während der aktiven Überwachung hatten 37 Prozent der Patienten mindestens eine negative Biopsie, davon 15 Prozent mit aufeinanderfolgenden negativen Biopsien. Männer mit negativen Überwachungsbiopsien hatten günstigere klinische Merkmale, wie eine geringe PSA-Dichte (PSA: prostataspezifisches Antigen) und weniger Proben, die bei der initialen Prostatabiopsie auf eine Krebserkrankung hindeuteten.

Negative Biopsien waren auch mit guten Langzeitergebnissen verbunden. Nach zehn Jahren betrug die Überlebensrate ohne Notwendigkeit für eine Prostatakrebsbehandlung (Operation oder Bestrahlung) 84 Prozent bei Männern mit aufeinanderfolgenden negativen Biopsien, 74 Prozent bei Männern mit einer negativen Biopsie und 66 Prozent bei Männern ohne negative Biopsien. Bereinigt um andere Faktoren war es bei Männern mit einer oder mehreren negativen Biopsien viel weniger wahrscheinlich, dass bei einer späteren Biopsie Krebs entdeckt wurde.

Negative Biopsien bedeuteten jedoch nicht, dass der Krebs „verschwunden“ war – selbst ei-

nige Männer mit aufeinanderfolgenden negativen Biopsien hatten später positive Biopsien oder erhielten die Diagnose einer Krebserkrankung in einem höheren Stadium. Daher wird die Überwachung, wenn auch weniger intensiv, immer noch empfohlen, anstatt bei Männern mit guter Gesundheit beobachtend abzuwarten. Eine höhere PSA-Dichte und verdächtige Befunde bei MRT-Scans (Prostata Magnetic Resonance Imaging) waren mit einem höheren Krebsrisiko verbunden, das bei späteren Biopsien festgestellt wurde.

„Negativ ausfallende Überwachungsbiopsien bei Männern unter ‘Active Surveillance’ deuten auf ein Prostatakarzinom mit geringem Volumen und sehr günstigen Outcomes hin“, schlussfolgern Chu und Kollegen. „Bei diesen Patienten sollte nach Erörterung der Risiken und Vorteile ein weniger intensives Überwachungsschema unterstützt werden, insbesondere bei Patienten mit geringer PSA-Dichte und gelungener MRT-gesteuerter Probenentnahme.“

Quelle: Wolters Kluwer Health/
Kompakt Urologie, November 2020

Kastrationsresistenter, metastasierter Prostatakrebs: Enzalutamid nicht zusammen mit Abirateronacetat

Wenn bei einem Patienten mit einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs Enzalutamid seine Wirkung verloren hat, sollte die Therapie beendet werden, bevor Abirateronacetat zum Einsatz kommt. Dies war die Schlussfolgerung aus der vorliegenden Studie. Eine Kombination von Enzalutamid mit Abirateronacetat führte nämlich häufiger zu Nebenwirkungen, ohne in Bezug auf die Krebserkrankung wirksamer zu sein.

Enzalutamid ist ein Wirkstoff der neuartigen Hormontherapie bei Prostatakrebs. Er kann auch dann noch eingesetzt werden, wenn die klassische Hormontherapie ihre Wirkung verloren hat – der Prostatakrebs also kastrationsresistent geworden ist. Enzalutamid blockiert die Andro-

gen-Rezeptoren, sodass Androgene nicht mehr binden und wirken können. Doch auch dieser Wirkstoff verliert im Laufe der Zeit seine Wirkung, was sich in einem steigenden PSA (prostataspezifisches Antigen)-Wert während der Therapie äußert. In diesem Fall könnte auf einen anderen Wirkstoff der neuartigen Hormontherapie umgestiegen werden – nämlich auf Abirateronacetat. Abirateronacetat wirkt über einen anderen Mechanismus als Enzalutamid. Er greift nämlich schon bei der Bildung von Androgenen ein und hemmt diese. Wissenschaftler aus England, Dänemark, Australien, Frankreich und den USA untersuchten gemeinsam, ob nach Scheitern von Enzalutamid, Abirateronacetat besser

allein oder in Kombination mit Enzalutamid gegeben werden sollte.

Nach Scheitern von Enzalutamid bekamen Patienten mit einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs Abirateronacetat entweder allein oder in Kombination mit Enzalutamid

Um ihre Frage zu beantworten, führten die Wissenschaftler eine Studie durch, die sie in zwei Phasen gliederten. In der ersten Phase wurden 509 Männer mit einem kastrationsresistenten, metastasierten Prostatakrebs, die noch nie eine Chemotherapie erhalten hatten, mit Enzalutamid (täglich 160 mg) behandelt. Die Männer, deren PSA-Werte nach 13 und 21 Wochen nicht weiter anstiegen, wurden so lange mit Enzalutamid behandelt, bis es zu einem PSA-Anstieg kam. Wenn der PSA-Wert um mindestens 25 % gestiegen war und mindestens 2 ng/ml über dem tiefsten PSA-Wert, der während der Therapie erreicht wurde, lag, kamen die Patienten in die Phase 2. Dies war bei 251 Patienten der Fall. In der Phase 2 wurden die Patienten, bei denen Enzalutamid somit seine Wirkung verloren hatte, nach dem Zufallsprinzip in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt. Während die Patienten der einen Gruppe Abirateronacetat (1000 mg täglich zusammen mit zweimal täglich 5 mg Prednison) und ein Placebo erhielten und die Therapie mit Enzalutamid abbrachen, führten die Patienten der anderen Gruppe die Enzalutamid-Therapie weiter durch und bekamen zusätzlich Abirateronacetat. Die Patienten bekamen somit zusätzlich zu Abirateronacetat entweder ein Placebo (Kontrollgruppe, 125 Patienten) oder Enzalutamid (Kombinationsgruppe, 126 Patienten). Weder die Patienten noch die behandelnden Ärzte wussten, welcher Patient das Placebo und welcher Enzalutamid erhielt. Die Phase 2 ging so lange, bis die Erkrankung trotz der Behandlung weiter fortschritt oder der Patient verstarb.

Bezüglich des Krankheitsverlaufs gab es keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsstrategien

Der Vergleich der beiden Behandlungsmethoden

machte deutlich, dass die Kombinationstherapie der alleinigen Therapie mit Abirateronacetat im Hinblick auf den Krankheitsverlauf nicht überlegen war. Die Patienten aus der Kombinationsgruppe lebten im Mittel 5,7 Monate, bis es zu einem Fortschreiten der Erkrankung kam. Bei den Patienten aus der Kontrollgruppe war das im Mittel nach 5,6 Monaten der Fall. Statistische Analysen ließen vermuten, dass es sich bei dem beobachteten Unterschied um einen Zufall handelte und nicht auf die verschiedenen Behandlungen zurückzuführen war. Auch bezüglich der Zeit bis zum erneuten PSA-Anstieg und des Absinkens des PSA-Wertes konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsstrategien festgestellt werden.

Die Kombinationstherapie führte zu mehr Nebenwirkungen

Unterschiede konnten jedoch hinsichtlich unerwünschter Ereignisse beobachtet werden. So waren Patienten mit der Kombinationstherapie häufiger (10 % der Patienten) vom schwerwiegenden Bluthochdruck betroffen als Patienten, die nur Abirateronacetat bekamen (2 % der Patienten). Außerdem waren bei den Patienten, die Enzalutamid und Abirateronacetat gleichzeitig erhielten, häufiger die Transaminasen AST (Aspartat-Aminotransferase) und ALT (Alanin-Aminotransferase) erhöht (2 % bzw. 6 %) als bei Patienten, die Abirateronacetat alleine nahmen (0 % bzw. 2 %). Es handelt sich bei AST und ALT um Enzyme, die hauptsächlich in der Leber vorkommen. Erhöhte Werte können somit auf eine Leberschädigung hindeuten.

Wenn die Therapie mit Enzalutamid bei einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs gescheitert ist, sollte somit nicht Abirateronacetat zusätzlich zu Enzalutamid genommen werden, sondern Enzalutamid zuvor abgebrochen und eine alleinige Abirateronacetat-Therapie gestartet werden. Die Kombinationstherapie hatte nämlich keine Vorteile gegenüber der alleinigen Therapie mit Abirateronacetat. Im Gegenteil: wurden beide Wirkstoffe kombiniert, traten mehr unerwünschte Ereignisse auf.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal, Februar 2021

Virtuelle Mitgliederversammlung des Regionalverbands Niedersachsen/Bremen

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbands Niedersachsen/Bremen

Am 12. November 2020 führte der Regionalverband Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e. V. eine virtuelle Mitgliederversammlung durch. Rechtliche Voraussetzungen sind in § 32 Abs. 2 BGB sowie in § 5 des COVID-19 Abmilderungsgesetz vom 27. März 2020 niedergelegt.

Vorangegangen waren umfangreiche Planungen, denn in dieser Form war es für alle das erste Mal eine Mitgliederversammlung durchzuführen. Alle abstimmungsfähigen Unterlagen, außer die

Entlastung des Vorstandes, wurden per Post den Selbsthilfegruppen übersandt.

Die Mitgliederversammlung wurde über Herrn Weitbrecht von der Firma SerBiss durchgeführt. Per Video-Abstimmung wurde der Vorstand einstimmig entlastet.

Es kann konstatiert werden, dass diese Mitgliederversammlung sowohl technisch wie auch vom Ablauf ohne Probleme erfolgte. Diese Form ist eine Alternative in den Zeiten der COVID-19-Pandemie.

Erstes virtuelles Treffen des Regionalverbands Neue Bundesländer (RNBPS) – insgesamt ein Erfolg!

Von Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Berlin-Nord

Rüdiger Bolze (Vorsitzender des RNBPS) und Klaus Kronewitz (SHG-Leiter Berlin-Nord), haben sich gemeinsam überlegt, wie trotz der Covid-19-Pandemie der so wichtige Kontakt unter den Gruppenleitern der Neuen Bundesländer aufrecht erhalten werden kann. So wurde trotz aller Vorbehalte zugunsten einer virtuellen Zoom-Konferenz – quasi als Versuchsballon – entschieden. Eine erste Umfrage unter allen SHG-Leitenden des Verbandes ergab, dass lediglich 15 Gruppenleiter die technischen Voraussetzungen (entsprechendes Endgerät/Bandbreite usw.) und Interesse zur Teilnahme hatten. Die vorausgehende Terminabstimmung ergab den 14. Januar 2021. Um 16 Uhr hatten sich insgesamt zwölf Teilnehmende eingestellt. Zu Beginn wurden die Regeln von virtuellen Konferenzen (Melden vor Redebeiträgen, begrenzte Sprechzeit, Chat-Funktion usw.) geklärt. Rüdiger Bolze übernahm die Leitung.

Alle Teilnehmenden mussten erkennen, dass

es eine ganze Reihe von Themen gab, die unter den Nägeln brannten. Als Beispiel seien hier genannt: die wegen der Corona-Einschränkungen nicht aufgebrauchten Finanzmittel aus 2020, der Datenschutz. Angeregt wurde, in Zukunft die CDs mit den BPS-Vorträgen als MP4-Datei zur Verfügung zu stellen, damit die Vorträge – ohne Computer-Unterstützung – über einen USB-Stick in einem TV-Gerät abgespielt werden können. Ein weiteres Thema war die Frage: Wie können wir möglichst viele Mitglieder elektronisch (z.B. per E-Mail) erreichen? Sehr wichtig schien den Teilnehmenden, dass die nächste Regionalkonferenz als Präsenztreffen im April 2021 in Bad Tabarz stattfinden kann. Das persönliche Miteinander ist durch Nichts zu ersetzen!

Fazit: Der Koordinator des Online-Treffens empfand es als sehr erfreulich, sich endlich mal wieder gegenseitig zu sehen – wenn auch nur auf dem Monitor. Ein großes Lob für das offene und sehr

disziplinierte Verhalten geht an alle Teilnehmer – es war absolut vorbildlich! Sicher gibt es immer noch Verbesserungsmöglichkeiten, wie z.B. eine bessere Ausleuchtung der Teilnehmer. Alles in Allem war dieses virtuelle Treffen ein voller Erfolg!

Appell: Mit diesem Beitrag möchten die Initiatoren alle – auch die im reiferen Alter - ermun-

tern, die Scheu vor der Technik zu überwinden und einen Versuch für ein virtuelles Treffen zu starten. Einige haben lediglich mit dem Smartphone daran teilgenommen und selbst das funktionierte perfekt. In dieser schwierigen Zeit ist ein virtuelles Treffen immerhin noch besser als gar kein Treffen.

SHG Marburg an Teilhabebericht beteiligt

Von Hans-Werner Biehn, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Marburg

„Die UN-Behindertenrechtskonvention ist in Deutschland geltendes Recht. Die deutsche Behindertenpolitik ist damit an den Rechten der UN-BRK auszurichten und darf ihren Grundsätzen nicht zuwiderlaufen. Eine menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik zu betreiben, kann aber nur gelingen, wenn ausreichend Wissen über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen vorhanden ist. Gemäß Artikel 31 UN-Behindertenrechtskonvention sind staatliche Stellen verpflichtet, Informationen und Statistiken zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu sammeln und sie zur Ausarbeitung politischer Konzepte zu nutzen.“ (Deutsches Institut für Menschenrechte) Dies ist die Grundlage für die Erstellung von Teilhabeberichten.

Unsere Gruppe war an der Erstellung dieses Berichtes für Marburg und Umgebung beteiligt. Auffällig war, dass sich im Gegensatz zu institu-

tionellen Anbietern kaum Behinderten-/Selbsthilfegruppen an der Erstellung des Teilhabeberichts beteiligt haben. Der Schwerpunkt unseres Berichtes lag auf einem Toilettenpfad („Nette Toilette“) und die Ausstattung der Herrentoiletten mit Hygienebehältern. Der Landkreis hat inzwischen in einer gemeinsamen Aktion mit unserer Selbsthilfegruppe seine Herrentoiletten mit Hygienebehältern ausgestattet. Die kreisfreie Stadt Marburg hat im Dezernat Gesunde Stadt Marburg eine Mitarbeiterin eingestellt, die nach Überwindung der Corona-Krise die Aktion „Nette Toilette“ und die Ausstattung geeigneter Herrentoiletten in Gastronomie und Handel in Kooperation mit unserer Selbsthilfegruppe umsetzen soll.

Mit Dr. Heinz Willi Bach ist einer unserer Männer im Behindertenbeirat, der auch von seiner Position aus weiterhin ein waches Auge auf die weitere Entwicklung wirft.

Positiv getestet – aus dem Alltag eines Corona-Infizierten

Von Gerhard Oehmichen, Fördermitglied des BPS

Angesteckt haben meine Frau und ich uns im Oktober 2020 wahrscheinlich bei einem Kururlaub im polnischen Bad Kudowa – trotz Maske, Einhaltung des Mindestabstands, Händewaschens,

Verzicht auf die Nutzung von Fahrstühlen oder Saunabesuche nur zu zweit.

Nachdem unsere gemeinsamen Kurfreunde aus Riesa positiv auf das Coronavirus getestet wor-

den waren, haben auch wir einen Test bei unserer Hausärztin gemacht. Auf das positive Testergebnis folgten 14 Tage Quarantäne mit täglichen Anrufen vom Gesundheitsamt und den Fragen nach Fieber, Kopfschmerzen, Durchfall und Muskelschwäche. Zusätzlich mussten diese Ereignisse täglich auf einem Vordruck aufgeschrieben werden, der darauf hinwies, die Wohnung nicht zu verlassen und frische Luft lediglich auf der Terrasse zu schnappen. Damit waren die Besuche unseres 670 qm-großen Kleingartens verboten – und das im Herbst, wenn es doch so viel zu tun gibt.

Die 14-tägige Quarantäne verlief bei uns beiden relativ gut. Wir bekamen kein Fieber und hatten beide nur an einem Tag Durchfall. Nur zweimal ist unser Schwager für uns einkaufen gegangen, alles andere hatten wir in bester Bio-Qualität aus dem eigenen Garten im Keller: Kartoffeln, Möhren, Schwarzwurzeln, rote Rüben, Äpfel und Bir-

nen. In unseren Kühltruhen waren auch Himbeeren und Erdbeeren eingefrosten. Getränke haben wir immer in größeren Mengen im Vorratskeller.

Rückblickend vergingen die 14 Tage doch recht schnell, mir persönlich auch ein wenig zu schnell. Schließlich konnte ich nach dem Frühstück Zeitungen lesen und am Abend gelassen fernsehen. Dazwischen habe ich Unterlagen durchgesehen, die sich in fast zehn Jahren Leitungstätigkeit der BPS-Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung und Reha-Sportgruppe angesammelt haben, während meine Frau mit der Entsorgung alter Kleidungsstücke und der täglichen Essenszubereitung beschäftigt war.

Ein extra Dankeschön geht an meine Freunde Harald Bär, Lothar Lukas und H. Jürgen König, die mit Tipps zu unserer Gesundheit hilfreich waren, die auch vielen Mitgliedern im BPS e.V. bekannt sind.

Zehn Jahre SHG Prostatakrebs Adelsheim und Umgebung

Von Bernd Zettler, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Adelsheim & Umgebung

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Adelsheim und Umgebung kann seit ihrer Gründung 2010 auf zehn erfolgreiche Jahre zurückblicken. Im Herbst 2010 ist die Gruppe dem Landes- und Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. beigetreten und hilft Krebsbetroffenen mit Informationen und Erfahrungsaustausch zu Früherkennung, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten. Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Kraftquelle im Gesundheitswesen.

Der Gründer und Leiter der Selbsthilfegruppe Bernd Zettler besucht regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen beim Landes- und Bundesverband. Bei Klinikbesuchen nimmt die Gruppe an Vorträgen teil.

Die Teilnehmer treffen sich jeden vierten Dienstag im Monat – außer in Coronazeiten. Neben



Bernd Zettler von der SHG Adelsheim & Umgebung,
© B. Zettler

den Beratungen und dem Erfahrungsaustausch kommt auch die Geselligkeit nicht zu kurz, es gibt Ausflüge, Wanderungen und Grillabende. Leider mussten 2020 coronabedingt viele Aktivitäten ausfallen. Die Feier zum 10-jährigen Bestehen der SHG wird in diesem Jahr nachgeholt. Den Jubilaren Rudolf Hackel aus Mosbach

und Dieter Feil aus Schefflenz wurde ein Präsent übergeben.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die telefonische Beratung ein. Der Bundesverband unterhält seit zwölf Jahren eine Prostatakrebs-Beratungshotline. Seit einem Jahr ist Bernd Zettler Teil des Beraterteams.

Selbsthilfegruppe in Pandemiezeiten

Von Wolfgang Klimm, Leiter Selbsthilfegruppe Osnabrück

Kann man in Zeiten eines Lockdown überhaupt das SHG-Leben aufrechterhalten? Diese Frage stellten und stellen sich wohl fast alle SHGs in diesen Zeiten, so auch wir in Osnabrück.

Unseren letzten Gruppenabend vor dem ersten Lockdown hatten wir im März 2020. Niemand wusste, wann es wieder regelmäßige persönliche Treffen geben würde. Nach einer endlos scheinenden Zeit trafen wir uns im Oktober 2020 erneut unter Einhaltung aller Hygienemaßnahmen und wurden wieder ausgebremst von der sog. „zweiten Welle“. Weil wir schon so etwas ahnten, suchten wir frühzeitig nach Alternativen. Mindestens zweimal wöchentlich wurden alle (erreichbaren) Mitglieder per Mail über Aktuelles und neue Entwicklungen in der Forschung informiert. Hilfreich war in dieser Zeit auch die BPS-Internetseite und die regelmäßig erscheinende BPS-Presseschau.

Ein weiteres Standbein waren die sozialen Medien. Es wurden nacheinander zwei Whatsapp Gruppen gegründet, weil auf diesem Wege die Informationen noch deutlich schneller fließen. Auf die Gründung einer Facebook- und Twittergruppe wurde verzichtet, weil etwa zeitgleich der BPS hier die Aktivitäten massiv intensiviert und wir hieraus auch unsere Informationen ziehen konnten. Leider mussten wir aber feststellen, zumindest war das unser Eindruck und ist es nach wie vor, dass die Aktivitäten des BPS nicht im entsprechenden Maße von den SHG's unterstützt wurden und werden. Diese Medien werden

immer wichtiger und gewinnen an Bedeutung. Deshalb sollten gerade die SHGs die dortigen Beiträge intensiver „teilen“, also verbreiten, damit wir zusammen einen immer größeren Kreis Interessierter erreichen. Es gibt viele Blogs bei Twitter und Facebook, die erreichen hundertausende sog. Follower durch „teilen“ und können so ihre Infos bekanntmachen. Ich kann an dieser Stelle die SHG-Leiter nur dazu auszurufen, hier mitzumachen, damit die gute Arbeit des BPS nicht nur einige wenige Interessierte erreicht. Teilt die Beiträge und setzt sogenannte Likes!

Seit September 2020 haben wir eine Videoplattform geschaffen, über die wir alle 14 Tage Videokonferenzen in der Gruppe abhalten. Nach üblichen Anfangsschwierigkeiten läuft diese Plattform inzwischen sehr erfolgreich und macht allen Beteiligten auch sehr viel Spaß. Auch ältere Mitglieder, die sich sonst mit dem Laptop schwer tun, sind dabei und wurden geschult. Viele andere SHGs in unserem Landkreis sind sogar darauf aufmerksam geworden, sodass ich mittlerweile wöchentlich Schulungen virtuell für diese SHGs durchführe. Sogar unsere Mitgliederversammlung konnten wir so abhalten, einschließlich der Vorstandswahlen.

Natürlich können solche Videokonferenzen und die Nutzung der sozialen Medien nicht die persönlichen Treffen zu 100 % ersetzen. Sie tragen aber zum Zusammenhalt der Gruppe aktiv bei und sind eine Übergangslösung, bis wir die Co-

ronakrise überwunden haben. Meine ganz große Sorge war in den letzten Monaten, dass die Gruppe, die aus bislang über 50 aktiven Mitgliedern besteht, sich auseinander und letztlich die Krise nicht überlebt. Diese Sorge habe ich heute nicht mehr, obwohl auch ich damit rechnen muss, dass nach der Krise erst wieder „Aufbauarbeit“ geleistet werden muss. Aber die Gruppe als solches können wir damit bestimmt über die Krise bringen und die Videoplattform werden wir parallel

weiterführen, auch wenn wir uns wieder persönlich treffen können.

Wir haben in den letzten 20 Jahren als Verband soviel für Prostatakrebs-Betroffene erreicht, jetzt ist es an uns allen, das Aufgebaute auch zu schützen und über die jetzige schwierige Zeit zu bringen. Dazu bedarf es vieler Helfer und dazu möchte ich ausdrücklich aufrufen. Wir in Osnabrück haben einen guten und gangbaren Weg gefunden und das wünsche ich allen Kollegen.

Virtueller Informationstag Prostatakrebs 2020 des Prostatakarzinomzentrums Regensburg

Von Alfons Swaczyna, Leiter PROCAS Regensburg/Oberpfalz

Auch 2020 sollte zum achten Mal der alljährliche Informationstag „Prostatakrebs“ des Prostatakarzinomzentrums (PCa-Zentrum) Regensburg am Caritaskrankenhaus St. Josef durchgeführt werden. Die Coronapandemie machte uns allerdings einen Strich durch die Rechnung, die Veranstaltung in der bewährten Form durchzuführen. Wir hatten die Veranstaltung ebenso wie die meisten Gruppentreffen schon abgeschrieben – nicht jedoch Prof. Max Burger, Chefarzt und Leiter der Klinik für Urologe am Caritaskrankenhaus St. Josef.

Er hat mit dem regionalen Fernsehsender TVA Ostbayern eine digitale Durchführung des Informationstages vorgeschlagen und gemeinsam mit niedergelassenen Urologen, der Selbsthilfegruppe PROCAS sowie Experten aus dem Bereich der Strahlentherapie ein interessantes Programm mit Vorträgen über Früherkennung, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die Begleitung von Prostatakrebspatienten (PROCAS) und auch darüber, was Corona aktuell für Patienten mit einem Prostatakarzinom bedeutet, erstellt.

Prof. Burger verstand es auch, die Oberbürgermeisterin Frau Maltz-Schwarzfischer und die Landrätin Frau Schwaiger für ein Grußwort zu gewinnen.

Die Vorträge der einzelnen Referenten wurden an einem Abend beim regionalen Fernsehen im Studio aufgezeichnet. Es war ungewohnt, ohne Publikum konzentriert in die Kamera und auf den Schirm zu schauen und die strikte Zeitvorgabe von zehn Minuten einzuhalten. Ohne Publikum sprach man ins Leere, was sich auch auf eine weniger lebendige Vortragsweise auswirkte.

Aus den Fachvorträgen wurde schließlich eine Sendung zusammengestellt, die am 20. November 2020 über TVA Ostbayern ausgestrahlt wurde. Damit konnten Aufklärung und Informationen zur Männergesundheit in ganz Ostbayern verbreitet werden – durchaus auch ein Vorteil gegenüber dem üblichen örtlichen Informationstag.

Wer den Sendetermin versäumt hatte, konnte ihn bequem von zuhause aus im Livestream oder in der Mediathek nachverfolgen. Die Vorträge sind auch weiterhin im Internet unter www.csj.de/prostatatag eingestellt und in der Mediathek unter <https://www.tvaktuell.com/?s=informationstag+prostatakrebs> abrufbar.

Zusätzlich wurde am 27. November 2020 von PCa-Zentrum Regensburg und PROCAS eine Telefonkonferenz angeboten. Interessierte konnten sich von verschiedenen Experten und auch von PROCAS im Gespräch beraten und informieren

lassen. Etwa 120 Personen haben das individuelle Gespräch mit den Ärzten gesucht. Bei PROCAS hat leider niemand angerufen und sein Interesse bekundet, was bedeutet, dass viele Männer mit dem Thema Selbsthilfe trotz Erläuterung durch den Vortrag nichts anfangen können. Umso wichtiger ist es, dass die Urologen die Patienten auf das Angebot der Selbsthilfe aufmerksam machen und unser Engagement als Unterstützung ansehen.

Fazit: Der durch die Coronapandemie ausgelöste Zwang, den Informationstag 2020 virtuell und digital durchführen zu müssen, hat dank der Initiative von Prof. Burger grundsätzlich seine Bewährungsprobe bestanden. Nach einer Analyse wurden 6.300 Zugriffe gezählt; davon haben aber nur etwa 1.000 die Vorträge komplett angesehen, der Rest hat sich schwerpunktmäßig die angebotenen Themen der Vorträge gezielt ausgesucht.

Das digitale Format kann jedoch nicht die persönlichen Begegnungen und Gespräche von

Mensch zu Mensch zwischen Interessierten, Betroffenen und Ärzten bei einer örtlichen Veranstaltung ersetzen. Für die Selbsthilfegruppen wird es schwieriger, Betroffene für ihr Angebot von Gruppentreffen zu gewinnen, die vom Austausch der Erfahrungen leben, aus der heraus die Kraft erwächst, seine Krankheit zu bewältigen. Für einfühlsame und stärkende Gespräche muss man den Menschen von Angesicht zu Angesicht mit seinen Emotionen erleben. Deswegen freut sich PROCAS wieder auf einen normalen Informationstag und auf normale Gruppentreffen in der Nachcoronazeit mit Betroffenen und ihren Sorgen. Die digitalen Möglichkeiten über Video- und Telefonkonferenzen können sicherlich für die Selbsthilfegruppenarbeit sinnvoll und arbeitsökonomisch eingesetzt werden. Sie ersetzen für die Schicksalsgemeinschaft betroffener Männer jedoch niemals die regelmäßigen persönlichen Kontakte in einer vertrauensvollen intimen Umgebung.

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe?

Um die für Sie nächstgelegene Selbsthilfegruppe zu finden, können Sie auf der Internetseite des BPS unter <https://prostatakrebs-bps.de/gruppensuche/> über Suchoptionen nach Bundesland, nach Postleitzahl oder auf der Karte zu dem für Sie zutreffenden Ergebnis kommen.

Die „Mutmach-Geschichte“ eines Betroffenen

Von Lothar Stock, Leiter der Selbsthilfegruppe Siegen

Getreu dem stolzen und typischen Männermotto „Mir fehlt ja nichts“ und „Im Moment habe ich keine Zeit, demnächst gehe ich aber ganz bestimmt“ bin ich erst mit 49 Jahren zum ersten Mal zur Prostata-Früherkennung gegangen. Damals war alles noch in Ordnung, aber schon einige Jahre später war mein PSA-Blutwert deutlich gestiegen.

Zunächst habe ich versucht, alles zu verdrängen, viele andere Ursachen für den PSA-Anstieg

zu finden und alle möglichen relativ harmlosen Therapien zu versuchen. Leider mit mäßigem Erfolg.

Da mein PSA-Wert immer weiter anstieg, musste ich mich für eine Stanzbiopsie entscheiden. Da man nicht sofort krebsbefallenes Gewebe gefunden hat, musste bei mir leider mehrmals diese nicht sonderlich angenehme Gewebeentnahme vorgenommen werden. Als dann die Diagnose

„Prostatakrebs“ kam, fielen meine Familie und ich erst einmal in ein riesig tiefes Loch.

Nach einer kurzen „Erholungsphase“ hatte ich das dringende Bedürfnis nach Information: Ich wollte mit anderen Betroffenen ins Gespräch kommen und mich mit ihnen austauschen, um die für mich richtige Therapieentscheidung zu treffen. Und so habe ich im Jahre 2002 die „BPS-Prostata-

krebs-Selbsthilfegruppe Siegen“ gegründet, die sich einmal im Monat trifft und mittlerweile im 19. Jahr existiert.

In einer Selbsthilfegruppe erfährt man vieles, natürlich auch grundlegende Informationen, die jeder Mann über den Prostatakrebs wissen sollte: Früh-

erkennung, erste Warnsignale, Tumorwachstum, Gewebetyp, unterschiedliche Behandlungsmethoden, die Wichtigkeit der intensiven Zusammenarbeit mit dem Urologen seines Vertrauens und der Stellenwert einer eventuellen Zweitmeinung.

Unter dem Motto „Wissen ist Macht“ habe ich durch vielfältige Informationen, durch unter-

schiedliche Lernprozesse, durch Fortbildungen unseres Bundesverbands, durch Interaktionen in unserer Selbsthilfegruppe und durch ganz große familiäre Unterstützung meinen eigenen Weg und hoffentlich auch die richtigen Behandlungsmethoden im Kampf gegen „meinen“ Prostatakrebs gefunden.

Die Diagnose „Prostatakrebs“ ist also keinesfalls ein Todesurteil, besonders dann, wenn der Tumor frühzeitig erkannt wird. Natürlich bleibt die Unsicherheit, ob ich erfolgreich gekämpft habe. Aber gerade in dieser Situation habe ich erfahren, wie hilfreich und unterstützend eine Selbsthilfegruppe sein kann: In ihr wird man fachlich informiert und kann sich persönlich mit anderen betroffenen Männern austauschen. Ein wichtiger Faktor ist es auch, dass man dort natürlich auch merkt, dass man mit seinen Problemen nicht allein ist und dass man sich in einer Gemeinschaft von Gleichgesinnten befindet, die mit allen Mitteln gegen den gemeinsamen „Feind“, den Krebs, ankämpft.

Über 200 Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen haben sich in Deutschland zu unserem Bundesverband BPS e. V. zusammengeschlossen. Man findet diese Gruppen im Internet unter <https://prostatakrebs-bps.de/gruppensuche/>

Wer sich näher für unsere Siegener Selbsthilfegruppe interessiert, kann sich im Internet unter www.prostatakrebs-siegen.de informieren oder mich unter der Telefonnummer 02735-5260 anrufen.



Lothar Stock, © privat



© H.-J. Fiebrandt

Mitspieler gesucht

Gemeinsam Sport machen – und das auch noch für einen guten Zweck. Das plant die Stiftung Männergesundheit mit einem Golfturnier in diesem Sommer. Dafür werden noch Mitspieler gesucht. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Hanns-Jörg Fiebrandt, E-Mail: hanns-joerg@kuehlbox.de.

Planen auch Sie ein Wohltätigkeitsturnier? Vielleicht im Tennis, Angeln oder Schach? Bitte melden Sie sich. Vielleicht können wir auch Ihnen bei der Spielersuche behilflich sein.

Rückblick der SHG Chemnitz auf ein besonderes Jahr

Von Ralf Rauh, Klaus Hillig und Helmar Frenzel, Vorstand der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung

In allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens hinterlassen die Auswirkungen der Virus-Pandemie ihre Spuren, so auch bei uns persönlich und in unserer Selbsthilfegruppenarbeit.

So konnte unsere Prostatakrebs-SHG im vergangenen Jahr ihre SHG-Arbeit nicht wie in den vorhergehenden 14 Jahren zuvor erfolgreich durchführen. Von zwölf geplanten Zusammenkünften konnten wir nur zwei wie geplant und zwei unter eingeschränkten Bestimmungen des Landes Sachsen abhalten.

Wir sahen uns veranlasst, acht geplante SHG-Zusammenkünfte abzusagen – darunter auch die am 8. Dezember 2020 geplante Festveranstaltung zum 15-jährigen Jubiläum unserer SHG.

Weiterhin mussten wir den Besuch des Prostatakarzinomzentrums der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, das Treffen in der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Klinikums Chemnitz sowie den Jahresausflug nach Dresden mit Dampfschiffahrt und einem Besuch in der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Carl-Gustav-Carus Dresden absagen.

Lediglich zwei von insgesamt vier Patientenforen konnten wir in der Vogtland-Klinik Bad Elster im März und im August 2020 zum Thema „Arbeitsinhalt und Arbeitsweise unserer PK-SHG“ planmäßig halten.

Unseren Partnern gilt ein aufrichtiges Dankeschön für ihre fortlaufende Bereitschaft uns zu unterstützen. Ein besonderes Dankeschön gilt dem Tumorzentrum Chemnitz e. V. für eine große unerwartete finanzielle Zuwendung zur Verbesserung unserer Hard- und Software-Situation. Auch dem Stadtbad Chemnitz gilt unser Dank. Sie räumen für unsere SHG-Zusammenkünfte den großen Se-

minarraum immer nach unseren Bedürfnissen ein.

Durch die einschränkenden Kontaktbedingungen leiden zwar die Kontakte zu unseren Mitgliedern und Partnern, aber die 55 aktiven Mitglieder, die bisher jeden letzten Donnerstag des Monats zwischen 15.30 und 18.00 Uhr für die SHG-Zusammenkunft voll eingeplant haben, werden uns auch nach der Corona-Pandemie treu sein und ihre Einstellung zur Selbsthilfe nicht verlieren.

Durch unsere Prostatakrebs-Betroffenheit haben wir uns zu einem verschworenen Häufchen Gleichgesinnter entwickelt. Wir Betroffene sind durch Gemeinsamkeiten verbunden: Durch Leidensdruck und Hoffnung, durch gegenseitiges Verständnis und Zuwendung sowie durch den Kampf gegen soziale Isolation und Vereinsamung. SHGs sind ein Sinnbild für das Sprichwort: „Geteiltes Leid ist halbes Leid!“

SHGs sind gute Beispiele solidarischen Handelns. SHGs entwickeln sich immer mehr zu einem wichtigen Teil des Gesundheitssystems unseres Landes. SHGs sind eine echte Kraftquelle!

Wir verstehen unsere SHG-Arbeit als eine Stütze des Gesundheitssystems und haben den Anspruch, Prostatakrebs-Betroffenen bei Vorsorge und Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge sowie – nicht zu vergessen – bei der Bewältigung der Nebenerkrankungen einer Therapie mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Ziel ist es dabei, die Lebensqualität so gut wie möglich zu erhalten.

Wir versuchen, unseren Zusammenhalt durch E-Mails und telefonische Kontakte aufrecht zu erhalten. Dies wird von unseren Mitgliedern positiv aufgenommen, kann aber nie ein Ersatz für unsere monatlichen Treffen sein.

Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“

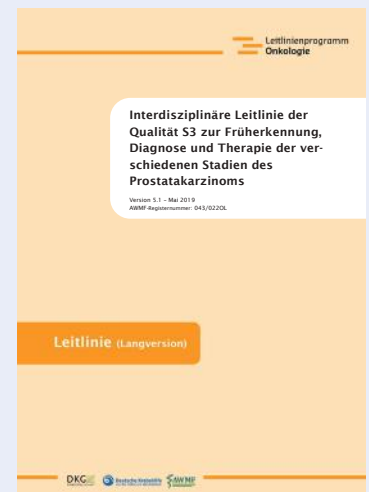
Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom

Von Ernst-Günther Carl, Leiter des Arbeitskreises Patientenbeteiligung

Die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom wurde zuletzt 2018 aktualisiert. Angesichts einer Vielzahl von neuen Betrachtungen zum Prostatakarzinom und daraus resultierenden notwendigen Aktualisierungen fand im Dezember 2020 eine Konsensuskonferenz in Berlin statt – coronabedingt per Videokonferenz. Die Leitung der Steuerungsgruppe hat Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm, Universitätsklinikum Jena, von Prof. Dr. Dr. Wirth, Urologe des Universitätsklinikums Dresden, übernommen. Seitens des BPS haben Hans-Josef Beckers, Paul Enders, Udo Ehrmann, Jens-Peter Zacharias und Ernst-Günther Carl an der Videokonferenz teilgenommen.

Um auch in der Videokonferenz den üblichen Präsenzverlauf abzubilden, wurden im Rahmen von Vorgesprächen nachfolgende Themenbereiche definiert:

- Status Quo und Ausblick
- Interessenkonflikte
- Zusammenfassung der Ergebnisse der elektronischen Abstimmung
- PSA und DRU in Früherkennung/Screening (AG Früherkennung)
- Primärdiagnose (AG MRT-gestützte Biopsie)
- Brachytherapie (AG Brachytherapie/Fokale Therapie)
- Fokale Therapien (AG Brachytherapie/Fokale Therapie)
- Adjuvante perkutane Strahlentherapie (AG Salvage Strahlentherapie)
- Therapie des PSA-Rezidivs (AG Salvage Strahlentherapie +/- ADT)
- Therapie des mHSPC (AG Hormontherapie)
- Therapie des nmCRPC (AG Hormontherapie)
- Therapie des mCRPC (AG Hormontherapie + AG Radium/Lutetium)
- Therapie von Knochenmetastasen (AG Radium/Lutetium)
- Therapie bei mPCa (Prostatektomie, Strahlentherapie, MDT)
- Weiteres Vorgehen



Mitglieder des Arbeitskreises des BPS vertreten in folgenden Arbeitsgruppen des G-BA die Interessen der von Prostatakrebs betroffenen Männer: Früherkennung, MRT-Biopsie, Lutetium-Radium, Fokale Therapie/Brachytherapie und Lokale Therapie bei mPCa.

Es wird nun unter Leitung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) eine Aktualisierung der Langfassung der Leitlinie in Angriff genommen. Daraus werden eine Kurzfassung, eine Fassung für eine App und Patientenleitlinien entwickelt, die in 2021 verfügbar sein sollen.

Zu den einzelnen Themenbereichen und deren Details werden die BPS-Vertreter im nächsten Magazin berichten.

patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de

Die Deutsche Krebshilfe schreibt dazu: „Das Buch „Diagnose Krebs – Zusammen stark bleiben“ ist ein Ratgeber, der speziell für Angehörige entstanden ist. Das Handbuch findet Antworten auf typische Fragen wie:

- Wie kann ich einen erkrankten Angehörigen in den verschiedenen Phasen seiner Krankheit unterstützen?
- Was muss ich dabei beachten?
- Wie läuft die Behandlung ab?
- Was kann ich für mich tun und wo kann ich Hilfe bekommen?

Das Handbuch hilft dabei, die Krebsdiagnose gemeinsam zu verarbeiten und in der schweren Zeit eine offene Gesprächskultur zu entwickeln. Es kann Menschen dabei unterstützen, die neuen Hindernisse zu bestreiten. Darüber hinaus gibt es Tipps für die Zeit während und nach der Krebstherapie, z.B. bei den Themen Ernährung, Bewegung und Lebensstil. Der Ratgeber „Diagnose Krebs – Zusammen stark bleiben“ ist in Buchhandlungen sowie bei der Stiftung Warentest erhältlich.



192 Seiten, Buch,
Format: 16,5×21,5 cm, 19,90 €
ISBN: 978-3-7471-0195-7

DVPZ nun URO-Cert

Der „Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e. V.“ (kurz: DVPZ) firmiert nun unter dem Namen „URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.“ (kurz: URO-Cert). Die Website von URO-Cert findet sich zukünftig unter folgendem Link: <https://www.uro-cert.com/>.

Der Verband strebt mit seiner Erweiterung auch nach neuen Kooperationen. Praxen, Kliniken und urologische Einzelpersonen (ungebundene Fachleute/Experten) sind ausdrücklich eingeladen, URO-Cert in seiner Neuaufstellung zu bereichern. Interessensbekundungen gerne an: info@uro-cert.com.

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

Ein Bestellformular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.prostatakrebs-bps.de/materialbestellung.

Informationsmaterial Heft 1/2021

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

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

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- ☐ Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

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



Online-Vorträge

für alle Interessierten!

Themen, Termine, Teilnahmelink
und Onlinevorträge zum Download finden Sie auf unserer Internetseite
unter www.prostatakrebs-bps.de/seminarprogramm



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