

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 2/2021

**Fortgeschrittener
Prostatakrebs:
Medikamentöse
und lokale Therapien**



mit Sonderthema: Kooperationen ►

Aktuell

- 2 Der Vorstand informiert: Berichte von der 90. Sitzung des Vorstands und der 91. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS
- 3 Bericht zur Mitgliederbefragung im BPS
- 4 BPS dankt Ralf-Rainer Damm für 17 Jahre Moderatorentätigkeit
- 5 Der BPS in den Sozialen Medien
- 6 Update der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom jetzt online
- 6 BPS zeichnet PCO-Studienzentren aus
- 8 Studie EUPROMS 1

Diagnose und Therapie

- 9 mpMRT der Prostata (MR-Prostatographie) und MR-gestützte Biopsie – Wann? Wie? Warum?
- 12 Patientenbeteiligung ist das beste Schmerzmittel
- 13 Kontrastmittel Ferumoxtran-10 findet auch kleine Lymphknotenmetastasen bei Prostatakrebs
- 16 Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Übersicht)
- 22 Mikroultraschall bei Prostatakrebs
- 25 Selbsthilfe und Psychoonkologie

Verbandsnachrichten

- 27 **Sonderthema: Kooperationen der Selbsthilfegruppen mit zertifizierten Prostatakrebszentren / Kooperationen aus Sicht der Mediziner / Wie kann eine „gute“ Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Prostatakrebszentren gelingen?**
- 36 Selbsthilfegruppen mit digitaler Zukunft
- 37 SHG Berlin-Nord: Patientenbeirat/Ernährungsberatung
- 37 SHG Bergisch Gladbach feiert 15-jähriges Jubiläum
- 38 Klaus Schindler von der SHG Lingen/Ems geehrt
- 38 SHG Salzgitter ist weiter da
- 39 Erstes BPS-Onlineseminar erfolgreich durchgeführt
- 39 Selbsthilfegruppe Coburg trauert um Wolfgang Schüppler
- 40 Wolfgang Jacob ist verstorben
- 40 Nachruf Gerd Studer

Für Sie notiert

- 41 GKV-Hilfsmittelverzeichnis jetzt als Webportal
- 41 „Kurzgeschichten gegen Krebs“
- 41 Sex geht jetzt anders – Persönliches und Versöhnliches vom Männerkrebs

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: [eskay lim/EyeEm](https://www.eskaylim.com/) – [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com)

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

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

beim Schreiben dieses Textes habe ich überlegt, wann ich zuletzt jemandem die Hand zur Begrüßung oder Verabschiedung gegeben habe. Ich kam auf fast 18 Monate. Jetzt kehrt langsam so etwas wie Normalität zurück. Die Zahl der vollständig Geimpften steigt und mit ihr die Zuversicht, Manches wieder zu dürfen, was wir uns lange versagt haben. Noch ist nicht die Zeit der ganz großen Veranstaltungen gekommen – sieht man einmal von der gerade zu Ende gegangenen Fußball-EM ab (aber da ging es ja auch weniger um den Sport). Bleiben wir deshalb vorsichtig und nehmen Rücksicht auf die Menschen um uns.

Der BPS hat seine Arbeit für Betroffene, ihre Angehörigen und Interessierte den veränderten Bedingungen angepasst weitergeführt. In diesem Magazin widmen wir uns dem so notwendigem, wie auch schwierigem Thema der Zusammenarbeit zwischen Prostata(krebs)zentren und der Selbsthilfe. Viele Selbsthilfegruppen pflegen Kooperationen mit solchen Zentren. Wie eine solche Kooperation zum Nutzen aller gelingen kann, haben Helmut A. Kurtz und die von ihm einge-

ladenen Referenten im ersten vom BPS durchgeführten Online-Seminar anschaulich vermittelt. Um aber auch den anderen Selbsthilfegruppen eine Hilfestellung zu geben, haben wir ausführliche Hinweise und Erfahrungsberichte auf neun Themenseiten zusammenggetragen. Helmut A. Kurtz und Jürgen Mindermann stehen zusätzlich für alle Fragen zu Kooperationen mit PCa-Zentren bereit. Richten Sie Ihre Anfragen an info@prostatakrebs-bps.de.

Nun wünsche ich Ihnen noch eine gute Zeit und vor allem, dass Sie gesund bleiben.

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 Berichte von der 90. Sitzung des Vorstands und der 91. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Die 90. (virtuelle) Vorstandssitzung fand am 7. April 2021 statt. Zunächst beriet der Vorstand über die Durchführung der Jahrestagung und der 21. Ordentlichen Mitgliederversammlung im Oktober. Unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt bekannten Fakten zur Corona-Lage entschied sich der Vorstand, die letzte Möglichkeit zur kostenfreien Stornierung beider Veranstaltungen zu nutzen und die Durchführung in Magdeburg abzusagen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass so größere Stornokosten aus Spendengeldern vermieden werden konnten. Die Durchführung der 21. Ordentlichen Mitgliederversammlung wurde für den 6. Oktober angesetzt. Sie wird unter Beachtung des Corona-Sondergesetzes durchgeführt.

Weiterer Schwerpunkt war die Entgegennahme des Entwurfs der „Corporate Design Ordnung“ des BPS, den eine Arbeitsgruppe um Dr. Karsten Boegel, SHG Bamberg, vorgelegt hat. Der Entwurf wurde angenommen. Zukünftig werden Rollups und andere Druckerzeugnisse ein neues einheitliches Gesicht erhalten. Damit soll das Zusammengehörigkeitsgefühl und der Wiedererkennungswert gesteigert werden. Den Selbsthilfe-

gruppen werden neue Rollups, Flyer und sogenannte Miniposter angeboten. Beispielhaft ist hier das Miniposter zur Früherkennung dargestellt.

Die 91. (ebenfalls virtuelle) Sitzung des Erweiterten Vorstands fand am 21. April 2021 statt. Zunächst informierte der Vorstand die Vertreter der Regional- und Landesverbände über die von ihm beschlossene Absage der Jahrestagung und die Durchführung der 21. OMV des BPS. Danach befasste sich der Erweiterte Vorstand mit der vom Vorstand geplanten Mitgliederbefragung. Schwerpunkt der Sitzung bildete jedoch eine Aussprache über die Besetzung von Vorstands-

funktionen auf Ebene der Regional- und Landesverbände. Der Erweiterte Vorstand beschloss, diese Fragen in einem gesonderten Gremium aus den Vorsitzenden der Regional- und Landesverbände, dem Vorsitzenden und den beiden stellvertretenden Vorsitzenden des BPS weiter zu beraten. Zwischenzeitlich fanden bereits zwei virtuelle Diskussionsrunden statt. Intensiv wurden alle Optionen geprüft, wie die Erfüllung der Ziele des BPS unter den gegebenen Bedingungen des Wandels in der Selbsthilfe gesichert werden kann.



Rund 60.000 Männer erhalten jährlich die Diagnose „Prostatakrebs“, etwa 13.000 sterben daran. Daher gilt wie bei allen Krebserkrankungen:

**Je früher erkannt,
desto besser!**

Fragen Sie Ihren Hausarzt oder Urologen nach Maßnahmen zur Früherkennung.



Sie haben Fragen? Auch wir helfen gerne weiter:
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.prostatakrebs-bps.de



BPS-Beratungshotline: Tel. 0800-70 80 123
(Di, Mi, Do: 15-18 Uhr, kostenfrei)
Bei Bedarf abfotografieren

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.

Bericht zur Mitgliederbefragung im BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Alle Selbsthilfeorganisationen, nicht nur der BPS, leiden an sinkenden Mitgliederzahlen und an der Bereitschaft, sich für die gemeinsame Sache ehrenamtlich zu engagieren. Der Vorstand des BPS hatte deshalb beschlossen, Erwartungen an und Vorstellungen zur Selbsthilfe mit einer anonymisierten Befragung bei den Mitgliedern in den Selbsthilfegruppen des BPS zusammenzutragen. Die Erkenntnisse werden in die Arbeit der Vorstände auf Bundes- und Landesebene einfließen.

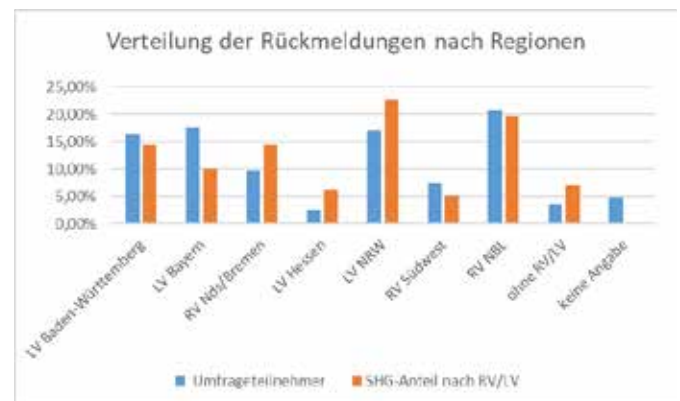
Nachfolgend stellt der Vorstand erste Ergebnisse der Befragung vor. Weitere und detailliertere Auswertungen werden folgen. Insgesamt erreichten uns 680 Rückmeldungen aus den 208 Selbsthilfegruppen. 2/3 der Teilnehmer nutzten dafür das Online-Portal, 1/3 dagegen die Papierversion und den Postweg. Allen sage ich stellvertretend für den Erweiterten Vorstand herzlichen Dank.

Interesse fand unsere Befragung sowohl bei unter 50-jährigen, auch wenn dieser Anteil gering war, als auch bei Männern, die ihr Alter mit 80+ angaben (25 %). Dies zeigt, dass Selbsthilfe für viele eine wertvolle Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung darstellt. Sie alle auch in Zukunft mit guten und evidenzbasierten Informationen zu versorgen, stellen wir über unsere Online- und Sozialen Medien genauso sicher, wie durch unsere Hotline, das Forum, die (Online)-Vorträge und das BPS-Magazin. Die Selbsthilfegruppe als Ansprechpartner vor Ort und Heimstatt für Betroffene und ihre Angehörigen in deren Bewusstsein zu verankern, muss aber unser Anspruch bleiben.

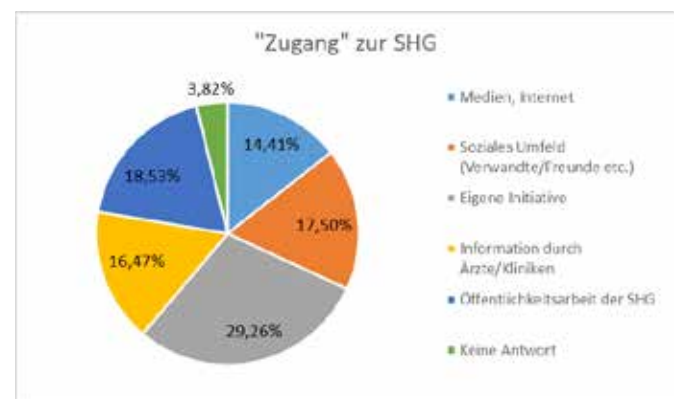
Antworten erreichten uns aus allen Bundesländern, wenn es auch regionale Unterschiede gab. Aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen kamen rund 50 % aller Antworten.

Die nachfolgende Grafik sortiert die Antworten nach den bestehenden Regional- und Landesverbänden im BPS. Zum Vergleich wird die prozentuale Verteilung der Antworten aus den einzelnen

Regionen dem Anteil der regionalen SHGs an der Gesamtzahl aller SHGs des BPS gegenübergestellt.



Ein besonderes Interesse hatten wir daran zu erfahren, wie ein Mann Zugang zum BPS und den Weg in eine Selbsthilfegruppe findet.



Eigeninitiative (29 %) liegt an der Spitze, Öffentlichkeitsarbeit der SHG (19 %) und das eigene soziale Umfeld (17 %) folgen auf den Plätzen. Erst dann wird die Information durch Ärzte und Kliniken (16 %) genannt. Auch wenn uns diese Aussage vielleicht nicht völlig neu ist, so haben

wir jetzt doch ein Argument mehr, hier noch stärker unseren Einfluss geltend zu machen. Es darf einfach nicht sein, dass ein Patient die Akut- oder Rehaklinik ohne Wissen um die Möglichkeiten der Selbsthilfe verlässt.

Es wäre aber zu einseitig, nur auf Zahlen und Prozente einzugehen. Am Schluss hatten alle Befragten die Möglichkeit, einen Kommentar zu schreiben. Stellvertretend sollen hier einige wenige Antworten genannt werden.

„Unsere Gruppe ist in sehr guten Händen“, so oder so ähnlich lauteten sehr viele der Antworten, ein anonymer Dank an all die vielen Engagierten in unserem Verband. Dem schließt sich der Vorstand sehr gerne an.

Auch der Fortbestand des BPS liegt vielen am Herzen. „Es ist sehr gut, dass es Selbsthilfegruppen gibt, um sich austauschen zu können.“, lautet

eine Ansicht, mit der der Verfasser nicht alleine steht. Ein anderer schreibt: „Ich kann mir durchaus vorstellen, mich ehrenamtlich zu beteiligen.“. An ihn und mehr als 80 weitere Männer, die sich ähnlich äußerten, ergeht die Bitte, ihre Bereitschaft zur ehrenamtlichen Arbeit an den Vorstand heranzutragen. Wichtig ist zunächst der Wille mitzugestalten. Der BPS bietet zahlreiche Weiterbildungsmaßnahmen an, die Regional- und Landesverbände unterstützen vor Ort bei der Übernahme einer Aufgabe. Peter Beindorf, SHG Weyhe und Umgebung sei hier zitiert: „Du kannst mehr als du denkst!“ (BPS Magazin 1/2020).

Abschließend noch einmal der Hinweis, dass wir weitere Auswertungen vornehmen und veröffentlichen werden. Bitte beachten Sie dabei die Informationen im bps-infobrief und auf der Internetseite des BPS.

BPS dankt Ralf-Rainer Damm für 17 Jahre Moderatorentätigkeit

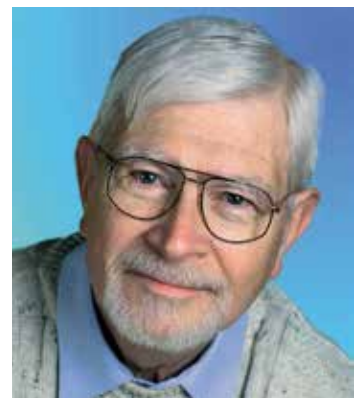
(Red. ws) Wann immer der BPS über seine Öffentlichkeitsarbeit Bericht erstattet, erwähnt er voller Stolz die Tatsache, dass sein Forum das bedeutendste im gesamten deutschsprachigen Raum sei. Dann werden auch Zahlen genannt: mehr als 5.500 registrierte Nutzer und über 120.000 Beiträge. Seltener fällt dann schon der Name des Mannes, mit dem und durch den alles seinen Anfang nahm – Ralf-Rainer Damm.

Er, der jetzt nach 17 Jahren als Moderator das „Gemeinsame Diskussionsforum von BPS und KISP zum Prostatakrebs“, so der eigentlich richtige Name, seine Aufgabe niederlegte, beschreibt, wie alles begann. Seiner Schilderung sind die folgenden Passagen entnommen:

„Es brauchte einige Zeit, bis man dort [an den Universitäten] zu der Einsicht kam, dass man diese Plagegeister nicht mehr loswerden würde und dass auch das um das Jahr 2000 noch in den Kinderschuhen steckende Internet keine vorüberge-

hende Modeerscheinung war, sondern dass es dauerhaft bleiben würde. Es wurde offensichtlich, dass Patienten es zunehmend nutzen würden, um ihr Sich-Organisieren weiter voranzutreiben und sich gegenseitig zu informieren und zu unterstützen.

Die ersten Internetseiten und Diskussionsforen von Patienten für Patienten entstanden, in denen noch tastend nach Informationen gesucht und auch Informationen und Ratschläge gegeben wurden. Die heute noch bestehende Web-Präsenz KISP (Kontakt- und Informationsstelle zum Prostatakrebs) wurde am 1. Juni 2000 als meines Wissens allererste deutschsprachige Web-Präsenz für von Prostatakrebs betroffene Männer



© privat

und deren Angehörige ins Netz gestellt. KISP bot kurz darauf auch das erste Diskussionsforum an, und es wurde von Anfang an rege genutzt.

Im Laufe des Jahres 2001 zog der BPS mit beidem nach, Web-Präsenz wie Forum. Am 1. Mai 2004 wurden sinnvollerweise beide Foren zu einem gemeinsamen zusammengelegt. Nicht alles, was damals in den Foren und auf den Web-Präsenzen geraten und empfohlen wurde, wäre nach heutigen Maßstäben noch aufrechtzuerhalten, aber das war und ist auch in der Medizin nicht anders.“

Der BPS dankt Ralf-Rainer Damm für seine 17-jährige Tätigkeit als Moderator des Forums. Wie er versicherte, wird er auch weiterhin im Forum mit Beiträgen Ratsuchenden zur Seite stehen. Es lässt sich schwer sagen, wie vielen Männern oder Angehörigen diese Hinweise Orientierung und Hilfe geboten haben. Aber sicher ist, dass sie ganz im Sinne der Selbsthilfe selbstlos und gerne gegeben wurden. Die Erkenntnisse, die aus Wissen und Erfahrung herrühren, finden sich auch auf der Webseite des BPS unter dem Link „Erster Rat“.

Der BPS in den Sozialen Medien

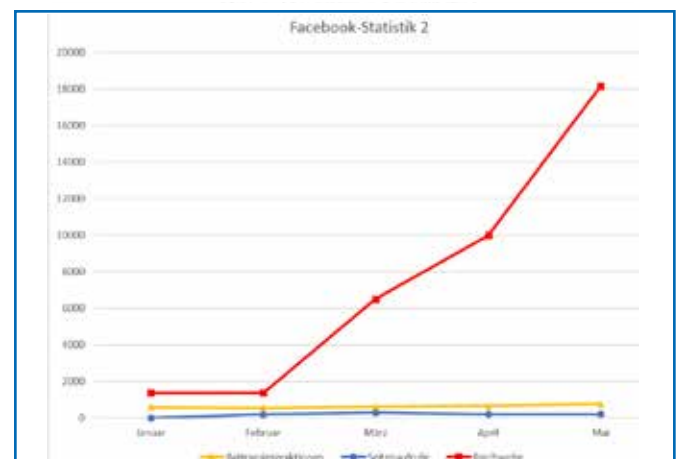
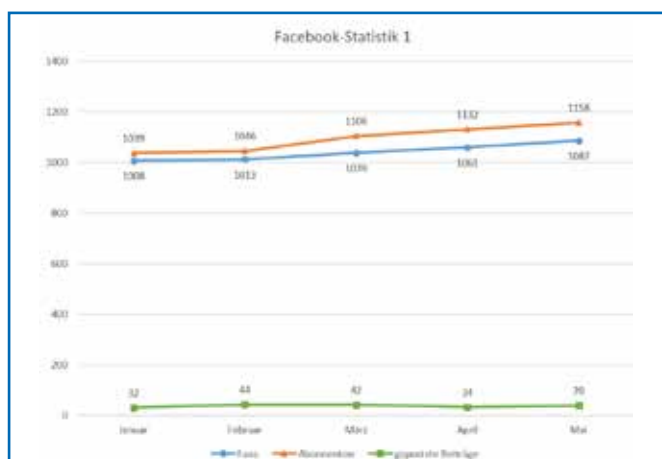
Von Anna Haacks, BPS-Geschäftsstelle

Der BPS ist in den Sozialen Medien auf Facebook, Twitter, Instagram und YouTube vertreten. In zahlreichen Beiträgen informieren wir neben aktuellen Meldungen zur Gesundheitspolitik über Früherkennung, Therapiemöglichkeiten und Nachsorge bei Prostatakrebs, über Studienergebnisse, Forschungsbeiträge und geben Veranstaltungshinweise. Insbesondere während der Corona-Pandemie gewannen Online-Veranstaltungen zunehmend an Bedeutung. Über die Sozialen Medien können wir diese Veranstaltungen deutschlandweit mit Betroffenen teilen.

Unsere Reichweite wächst stetig: Im Mai 2021

haben wir auf Facebook mit einem Beitrag zur Patientenbeteiligung des BPS mehr als 4.600 Nutzer erreicht. Auf Facebook konnten wir 1.158 Abonnenten, auf Instagram 221 Abonnenten und auf Twitter 279 Abonnenten verzeichnen (Stand 31. Mai). Durch die Sozialen Medien erreichen wir auch Betroffene und deren Angehörige, die erst kürzlich mit der Diagnose Prostatakrebs konfrontiert wurden und noch wenig oder keinerlei Berührungspunkte mit Selbsthilfegruppen haben.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die graphische Darstellung unserer Facebook-Statistik bis einschließlich Mai 2021.



Update der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom jetzt online

Das inzwischen fünfte und sehr umfangreiche Update der „S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom“ wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) erstellt und ist nun in der Version 6 im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie veröffentlicht.

Grundlegende Änderungen und Neuerungen gab es in insgesamt vier Kapiteln unter anderem zu folgenden Themen: Früherkennung, multiparametrische MRT (mpMRT) in der Primärdiagnostik, Brachytherapie, fokale Therapie, adjuvante Strahlenbehandlung, lokale Therapien beim oligometastasierten Prostatakarzinom und PSMA-PET/CT in der Ausbreitungsdiagnostik. Die Kapitel zur systemischen Therapie (hormonsensitives und kastrationsrefraktäres metastasiertes sowie nicht-metastasiertes kastrationsrefraktäres Prostatakarzinom) wurden vollständig überarbeitet.

Außerdem wurde auf Basis der aktuellen Evidenz ein neues Kapitel zur lokalen Therapie bei metastasiertem Prostatakarzinom erarbeitet.

Die 5. Aktualisierung haben Leitlinienautor*innen und Patientenvertreter des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) unter Federführung der DGU und in Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen und Fachgesellschaften gemeinsam erarbeitet. Die Aktualisierung der begleitenden Patientenleitlinie wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Die Leitlinie ist abrufbar unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom. Zudem sind die Inhalte in der kostenfreien Leitlinien-App integriert. Android-Smartphone- und iPhone-Nutzer können die Leitlinien-App hier herunterladen: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app/

Quelle: Pressemitteilung der DGU, Mai 2021

BPS zeichnet PCO-Studienzentren aus

Von Sebastian Dieng (OnkoZert), Dr. Christoph Kowalski (DKG), Ernst-Günther Carl & Günter Feick (BPS)

Die Prostate Cancer Outcomes (PCO)-Studie misst und vergleicht die Qualität lokal-begrenzter Prostatakrebsbehandlungen in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Prostatakrebszentren. Zum 30. Juni 2021 beteiligen sich 32.694 Patienten in 108 Zentren an der Studie. Hierbei berichten Patienten ihren Gesundheitszustand vor Behandlung, ein Jahr danach und in den folgenden Jahren. Die klinischen Werte der Patienten berichten die Zentren in denselben Intervallen. OnkoZert und die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) nutzen die Berichte, um die Ergebnisqualität innerhalb der Zentren und der Zentren zueinander zu vergleichen. Mit der PCO-Studie gewinnen Ärzte und Patienten Informationen, die für die Verbesserung der Behandlungsqualität, die Arzt/Patienten-Kommunikation, die

gemeinsame Entscheidungsfindung und für die Verlaufskontrolle unabdingbar sind. Die PCO-Studie ist Teil der internationalen Studie TrueNTH Global Registry, in der rund 200 Kliniken in 14 Ländern ihre Behandlungsergebnisse mit identischen Messgrößen vergleichen.

Im Jahr 2016 startete die Prostate Cancer Outcomes (PCO)-Studie in Deutschland, Österreich und in der Schweiz. Zum fünfjährigen Geburtstag der PCO-Studie dankt der BPS den aktuell über 100 an der Studie teilnehmenden DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren für ihr hervorragendes Engagement in der Prostatakrebsforschung. Damit schließen sie mehr als ein Drittel aller Patienten der internationalen Studie ein. Sie dokumentieren ihre klinischen Behandlungsergebnisse sowie die von Patienten berichtete Lebensqualität vor und

nach Therapie und berichten sie an die PCO-Studienzentrale von OnkoZert und Deutsche Krebsgesellschaft. Die Zuverlässigkeit der Zentren und das Niveau ihrer Berichte sind ausgezeichnet. Vergleiche sowie daraus ableitbare Schlussfolgerungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität werden damit erst möglich.

Die Leistungen der jeweils drei besten PCO-Zentren während der Zeit 1. Juli 2020 bis 30. Juni 2021 in sieben unterschiedlichen Kategorien würdigt der BPS mittels einer sogenannten „PCO-Bundesliga – TOP 3 Tabelle“. So konnten manche Zentren fast alle ihrer zur Studie passenden Patienten für eine Teilnahme gewinnen. Andere Zentren erzielten eine Rate von über 90 % ihrer Patienten, die ihre Lebensqualität sowohl prä- als auch posttherapeutisch berichteten. Einige Zentren konnten viele ihrer Patienten bewegen, diese

Berichte online und somit kostengünstig zu fertigen. Weitere Zentren rekrutierten viele strahlentherapeutisch behandelte Patienten und trugen damit zur Repräsentativität der Daten bei. Dass die Organisation eines stabilen Systems für das Messen und Dokumentieren patientenberichteter Lebensqualität in kurzer Zeit möglich ist, bewies das beste im vergangenen Jahr neu hinzugekommene Zentrum. Wir freuen uns, auch Zentren auszuzeichnen, die eine besonders hohe Datenqualität nachwiesen. In dieser Kategorie haben neun Zentren Bestwerte erreicht und teilen sich Platz eins.

Die besten drei Zentren in den jeweiligen Kategorien werden im Rahmen des DGU-Kongresses 2021 ausgezeichnet. Erfahren Sie in der nachfolgenden Tabelle um welche Zentren es sich handelt (Zeitraum 01.07.2020 bis 30.06.2021):

Höchste Prätherapeutische Einschlussquote	Höchste posttherapeutische Rücklaufquote
Prostatakarzinomzentrum St. Josef Regensburg Universitäts-Prostatakarzinomzentrum Erlangen Prostatakrebszentrum der Universitätsmedizin Göttingen	Prostatakarzinomzentrum Ostvest, Datteln Universitäres Prostatakarzinomzentrum Mainz Prostatakrebszentrum St. Claraspital Basel
Bester Newcomer (präth. Einschlussquote)	Höchste Online-Quote
Prostatakrebszentrum der Universitätsmedizin Göttingen Prostatakrebszentrum Klinikum Magdeburg Prostatakarzinomzentrum Ingolstadt	Prostatakarzinomzentrum Martini-Klinik am UK Hamburg-Eppendorf Prostatakarzinomzentrum am Diakonissenkrankenhaus Dresden Prostatakrebszentrum Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn, Standort Köln
Beste Datenqualität	Studiendatensätze 2020
Prostatakrebszentrum am Kantonsspital Aarau Prostatakrebszentrum am Klinikum Aschaffenburg Prostatakrebszentrum Franziskus Hospital Bielefeld Prostatakarzinomzentrum Ostvest, Datteln Lukas Prostatakrebszentrum Dortmund-Süd Prostatakarzinomzentrum Koblenz-Mittelrhein Prostatakrebszentrum Krankenhaus Barmherzige Brüder München Prostatakarzinomzentrum Sigmaringen Prostatakarzinomzentrum Klinikum Stuttgart	Prostatakarzinomzentrum Martini-Klinik am UK Hamburg-Eppendorf Kompetenz-Zentrum Prostatakarzinom Marien Hospital Herne Prostatakarzinomzentrum St. Josef Regensburg
	Studiendatensätze strahlenth. Patienten 2020
	Prostatakarzinomzentrum Villingen-Schwenningen Prostatakarzinomzentrum Gera Prostatazentrum Memmingen

Studie EUPROMS 1

Europa UOMO hat im vergangenen Jahr die ersten Ergebnisse ihrer 2019 aufgesetzten Quality of Life-Studie (= Erfassung von Lebensqualitätsdaten) EUPROMS 1 (= Europa UOMO Patient Reported Outcome Study = Studie mit Therapiebeurteilung aus Patientensicht) auf verschiedenen europäischen Veranstaltungen und Kongressen (coronabedingt meist virtuell) präsentiert. Hierbei handelt es sich um die erste umfangreiche Studie zur Lebensqualität nach einer Prostatakrebsbehandlung aus Patientensicht. Sie basiert auf einem Online-Fragebogen, der von knapp 3.000 Männern in Europa beantwortet wurde. Diese Studie bietet eine neue Perspektive, da die meisten anderen Studien zur Lebensqualität von und mit Ärzten in einer klinischen Umgebung durchgeführt werden.

Die Umfrageergebnisse liefern eine „Momentaufnahme“ der Lebensqualität von Männern mit Prostatakrebs in ganz Europa zu einem bestimmten Zeitpunkt. Sie liefern Informationen, die Pati-

enten und ihren Ärzten helfen können, Entscheidungen bezüglich Behandlungen zu treffen und sie können dabei helfen, die Früherkennung von Prostatakrebs und Behandlungsansätze, wie die aktive Überwachung, zu fördern. Die Ergebnisse der Umfrage können Sie unter <http://b-p-s.link/2c8> detailliert nachlesen.

Angesichts des Erfolgs von EUPROMS 1 hat sich Europa UOMO entschieden, eine Folgestudie EUPROMS 2, aufbauend auf der 1. Studie, zusammen

EUROPA UOMO

mit Mitgliedern und Team von Europa UOMO sowie der Universität Rotterdam auf den Weg zu bringen. Ernst-Günther Carl hat als stellvertretender Vorsitzender von Europa UOMO den Großteil von EUPROMS 1 inhaltlich verantwortet und wird auch die Folgestudie entsprechend begleiten.

Patienten beraten Patienten



Prostatakrebs- Beratungshotline 0800 – 70 80 123

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

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

mpMRT der Prostata (MR-Prostatographie) und MR-gestützte Biopsie – Wann? Wie? Warum?

Von Priv.-Doz. Dr. med. Lars Schimmöller, Leitender Oberarzt, Leiter Uro-radiologie (Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Uni-versitätsklinikum Düsseldorf); Priv.-Doz. Dr. med. Tim Ullrich, Oberarzt (Ins-titut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Universitätsklinikum Düsseldorf) und Dr. med. Rouvier Al-Monajjed, Klinik für Urologie des Uni-versitätsklinikums Düsseldorf



Priv.-Doz. Dr. med.
Lars Schimmöller, © privat

Angesichts der hohen wissenschaftlichen Evi-denz, u.a. durch große prospektive Studien wie der multizentrischen PRECISION-Studie (25 betei-ligte Zentren aus 11 Ländern), wurde der Stellen-wert der Prostata-MRT innerhalb der S3-Leitlinie weiter hochgestuft. Nach aktuellen Empfehlun-gen sollte nun eine mpMRT der Prostata bereits vor der ersten Biopsie durchgeführt werden und auffällige MRT-Areale sollen gezielt biopsiert werden. Die vorherige „kann“-Empfehlung für die mpMRT in der Primärindikation wurde somit deutlich verschärft.

Eine weitere Indikation für eine mpMRT ist vor (erforderlich) und während einer aktiven Über-wachung. Die kurativ ausgerichtete aktive Über-wachung von niedrig-gradigen Prostatakarzino-men ist ein weiter zunehmendes und von den Patienten favorisiertes Therapiekonzept, bei dem die mpMRT für den behandelnden Urologen und Patienten deutlich mehr diagnostische Sicherheit geben kann. Darüber hinaus beschäftigt sich die aktualisierte S3-Leitlinie ausführlicher mit den fo-kalen Therapiemöglichkeiten. Hier ist die mpMRT vor einer Durchführung einer fokalen Therapie als „soll/muss“-Emp-fehlung aufgenommen worden. Neben der qua-litativen MRT ist aber auch eine gezielte und systematische Biopsie

vorab erforderlich. Bezüglich der Bild-gebung wurde zu-dem die PSMA-PET neben der bereits etablierten Indika-tion für Patienten mit einem biochemi-schen Rezidiv erst-mals auch für Hoch-Risiko-Patienten als „kann“-Empfehlung aufgenommen. Für die Früherkennung bzw. Krebsvorsorge („Screening“) sind bildgebende Verfahren weiter-hin primär nicht empfohlen.

In der aktuellen S3-Leitlinie wird mehrfach dar-auf hingewiesen, dass sichergestellt werden sollte, dass eine mpMRT den geltenden Qualitätsstan-dards entspricht. Parallel zur Aktualisierung der S3-Leitlinie erfolgte auch ein Update der Empfeh-lungen zur Vorbereitung und Durchführung der mpMRT der Prostata (MR-Prostatographie), die diese Qualitätsstan-dards für den deutsch-sprachigen Raum genau definieren ((Franiel et al. RöFo 2021; online frei zugänglich). Im Rahmen



Priv.-Doz. Dr. med.
Tim Ullrich, © privat

Kurzfassung

Die multiparametrische MRT der Prostata, auch als MR-Prostatographie bezeichnet, rückt in der novellierten S3-Leitlinie (Version 6.0 vom Mai 2021) noch mehr in den Fokus der primären Prostatakarzinomdetektion.

dieser Überarbeitung wurden die Vorgaben der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) und des Bund Deutscher Radiologen (BDR) angeglichen und mit den internationalen Empfehlungen abgestimmt.

Für das „Wie?“ ist die Qualität im gesamten MRT-gestützten Diagnostikpfad absolut entscheidend. Neben einer qualitativen MRT (Bilderstellung und Befundung) muss auch die MR-gezielte Biopsie, die Pathologie, aber auch das anschließende Management und die Zusammenführung aller Fakten mit entsprechender Qualität erfolgen. Dies ist besonders für den Patienten und seine Therapieplanung bzw. seine weitere Nachsorge wichtig, denn der Patient kann die Einzelbausteine selbst in der Regel in ihrer Komplexität nicht überblicken.

Zur Verbesserung der radiologischen Qualität in diesem Bereich werden seit mehreren Jahren bereits viele Fort- und Weiterbildungen zur Prostata-MRT in Deutschland angeboten. Es wurde ein spezielles Zertifizierungssystem implementiert, um die Qualität flächendeckend zu erhöhen. Die Zahl der zertifizierten Radiologen hat sich in den letzten Jahren seit Einführung der Zertifizierungen deutlich gesteigert. Aktuell wurden über 700 Q1- und Q2-Zertifikate der DRG und QRR-Zertifikate des Radiologenverbands (BDR) ausgestellt.

Die Qualität der mpMRT der Prostata definiert sich nicht primär über die Feldstärke (1,5 Tesla oder 3 Tesla), sondern vielmehr durch ein für jedes MRT-Gerät speziell abgestimmtes Untersuchungsprogramm, entsprechend der oben ge-

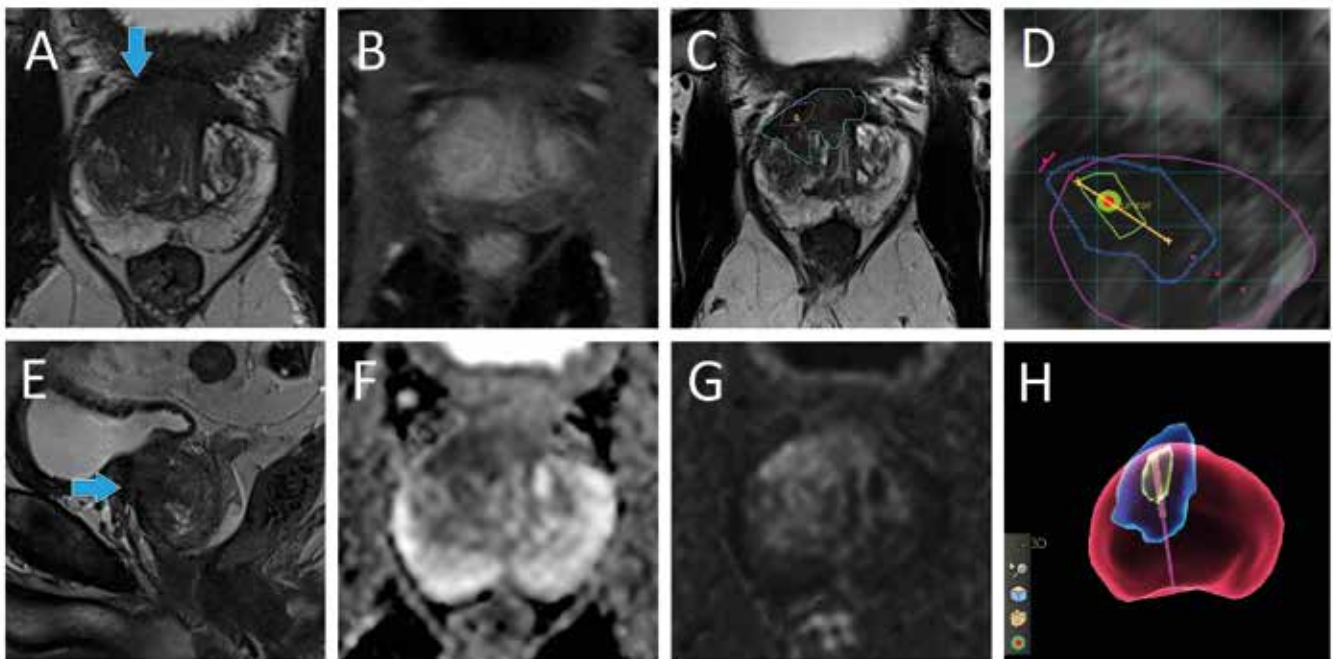


Abb. 1. Patient mit über Jahre ansteigendem PSA-Wert auf mittlerweile 11,4 ng/ml. Es erfolgten bereits zwei systematische transrektale Ultraschallbiopsien (TRUS-Biopsie) mit jeweils 12 Stenzen, jedoch beide ohne Karzinomnachweis. A/E (T2w TSE axial und sagittal): Suspektes Areal rechts anterior in der Transitionszone (TZ) und im anterioren Stroma (AS). F/G (ZOOMit axial): Fokale deutliche Diffusionsstörung (Nachweis erhöhter Zelldichte). B (Kontrastmittel-Dynamik): Korrelierende Perfusionssteigerung (atypische Durchblutung). D/H (UroNAV, Philips/Invivo): Gezielte Ultraschall-geführte Biopsie mittels elastischer (mathematisch angeglicher) Fusion der MRT-Daten. Der entnommene gezielte Stanzzyylinder (gelbe Linie) liegt genau im eingezeichneten Zentrum des auffälligen Areals.

C (DynaCAD Software, Philips/Invivo): Einzeichnung des Areals (türkis: Gesamtläsion; violett: Zentrum der Läsion) und Rückprojektion der entnommenen Stanzzyylinder (Kreise). Der gelbe Kreis zeigt die gezielte Stanze mit dem höchsten Infiltrationsanteil und der exaktesten histologischen Einordnung (Gleason 4+3=7b, ISUP 3).

Fazit: Insbesondere anteriore Prostatakarzinome werden nicht erfasst durch eine klassische systematische TRUS-Biopsie.

nannten Empfehlungen. Die Qualität der Bilder ist der erste wichtige Baustein der MRT-Diagnostik. Auch nach qualitativer Befundung durch einen entsprechend weitergebildeten Radiologen kann aber u.a. die Übertragung der Informationen aus den MRT-Daten für die Biopsie Ungenauigkeiten mit sich bringen. Hier ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Urologie und Radiologie erforderlich. Wenn die Bildqualität nicht ausreichend ist oder bei geringerer/fehlender Expertise kann natürlich auch eine mpMRT falsch interpretiert werden. Die Aussagekraft aller einzelnen Bausteine und deren möglichen Fehlerquellen sind daher von den beteiligten Fachdisziplinen stets zu beachten. Nur durch eine qualitative MRT und qualitative MR-gezielte Biopsie kann der maximale Benefit dieser Methoden für den Patienten ausgenutzt werden. Eine Biopsie wird nicht automatisch nur durch das Vorliegen einer mpMRT besser.

„mpMRT ist nicht gleich mpMRT,
aber eine MR-gezielte Biopsie ist auch
nicht gleich MR-gezielte Biopsie!“

Die Gabe von Kontrastmittel während der mpMRT-Untersuchung ist in den Fachmedien zum Teil thematisiert worden und in Frage gestellt worden. Aktuell ist die Kontrastmittelgabe jedoch weiterhin Standard und erhöht die Genauigkeit der Methode. Wie und ob Kontrastmittel entscheidend für die jeweilige Diagnose ist, ist natürlich variabel. Einen klaren Befund sieht der Radiologe meist auch ohne Kontrastmittel, aber die Feindiagnostik ist mit Kontrastmittel in der Regel besser möglich. Zukünftig werden mit hoher Wahrscheinlichkeit AI-Lösungen (künstliche = Artificielle Intelligenz) die Genauigkeit der Prostata-MRT bzw. Prostatabildgebung unterstützen und verbessern können.

Die mpMRT der Prostata bietet die aktuell höchste, nicht invasive, bildliche Auflösung der Prostata und durch die funktionellen Sequenzen die genaueste Lokalisation der Indexläsion (Läsion

mit der höchsten Aggressivität). Der PSA-Wert ist aber weiterhin insbesondere zur Vorselektion und zum Monitoring sehr wichtig und unverzichtbar, auch wenn die mpMRT zudem auch seltenere PSA-negative Karzinome mit hoher Sicherheit erkennen kann. Grenzen der mpMRT liegen demgegenüber jedoch bei diffusen Tumoren, bei Überlagerungen mit einer Prostatitis (= Entzündung der Prostata) bzw. entzündlich/reaktiven Veränderungen jeglicher Form (akut, chronisch etc.) und/oder bei atypischen bindegewebigen Veränderungen der Prostata. Dementsprechend gibt es in der Praxis Konstellationen, in denen die mpMRT nicht eindeutig zu interpretieren ist (PI-RADS 3). Bei hoher klinischer Auffälligkeit kann in diesen Fällen eine systematische Biopsie ggf. mehr Klarheit schaffen. Oft sind jedoch zunächst Verlaufskontrollen in urologischer Rücksprache zur Beurteilung der Dynamik ausreichend. Eine Expertise ist aber insbesondere bei nicht eindeutigen Befunden absolut relevant. Hier kann eine Zweitmeinung durch Experten in einigen Fällen hilfreich sein.

Die PI-RADS-Klassifikation (von 1 bis 5) ermöglicht eine gute Einschätzung über das Risiko für das Vorliegen eines klinisch relevanten Prostatakarzinoms, aber eine MRT ist auch ganz klar nur eine Momentaufnahme. Eine unauffällige MRT (PI-RADS 1 oder 2) gibt keine lebenslange Sicherheit, aber eine qualitative MRT-Untersuchung reduziert das Risiko ein klinisch signifikantes Prostatakarzinom zu haben enorm. Für sicherlich zwei bis drei Jahre, in bestimmten Konstellationen vielleicht sogar für fünf Jahren kann eine recht hohe Sicherheit gegeben werden. Jedoch sind urologische Verlaufskontrollen weiterhin unabdingbar, um u.a. Intervallkarzinome (Karzinome die neu entstehen) nicht zu verpassen. Der Patient hat keine Beschwerden durch ein Prostatakarzinom in den frühen Stadien, weshalb regelmäßige urologische Kontrollen wichtig sind.

Der Nutzen der MR-gestützten Biopsie (Fusionsbiopsie) für die Patientenversorgung wurde im letzten Jahr u.a. vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht und im Rahmen eines Health Technology Assessment (HTA)-Berichtes veröffentlicht.

Die Sachverständigen sahen in der Fusionsbiopsie keinen Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden im Vergleich zur transrektalen Ultraschallbiopsie, was u.a. an der Art der Fragestellung und den Auswertungspunkten lag. Der Nutzen der MR-gestützten Biopsie liegt, neben den Vorteilen der MRT, die Überdiagnostik niedriggradiger Prostatakarzinome zu reduzieren, vor allem in der frühzeitigeren, besseren Detektion und prätherapeutischen Klassifikation klinisch relevanter Prostatakarzinome. Die Nachteile liegen jedoch in den bereits oben beschriebenen potenziellen Fehlerquellen, wie eingeschränkte MRT-Qualität oder fehlerhafte Befundung, ungenauer Transfer der MRT-Informationen, fehlende Expertise des/der Biopseur:in und/oder Ungenauigkeiten der Biopsiemethode oder Pathologie. Mit der aktuell durch die S3-Leitlinie empfohlenen zusätzlichen systematischen Biopsie (fächerförmige Entnahme von 10-12 Stanzen) gibt es einen Sicherheitsschirm, der auch Areale erwischt, die mit der gezielten Biopsie eventuell verpasst wurden.

Einen Ausblick zum Zusatznutzen der zusätzlichen systematischen Biopsie gegenüber einer alleinigen MRT-gezielten Biopsie sowie zur Re-

levanz einer Biopsie von PI-RADS-3-Befunden bietet die für Ende 2021 geplante PRIMA-Studie. In einem multizentrischen Setting wird an sechs universitären Standorten in Deutschland (Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf, Essen, Münster) der MRT-Pfad in der Erstbiopsie genauer untersucht. Die Studie ist Teil der „Dekade gegen Krebs“, einer Fördermaßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) für praxisverändernde Studien. Prospektiv randomisiert soll bei rund 1.500 Patienten zwischen 50 und 75 Jahren die rein gezielte MRT/US-fusionierte Biopsie mit dem kombinierten Ansatz aus systematischer und gezielter Biopsie verglichen werden.

In der PRIMA-Studie erhalten nur Männer mit einer auffälligen MRT (PI-RADS 4, 5 oder 3 mit auffälliger PSA-Dichte) randomisiert eine Biopsie. Somit werden wahrscheinlich 50 % aller Männer gar nicht mehr primär biopsiert. Alle Männer erhalten Kontrolluntersuchungen über drei Jahre. Die Studie versucht durch ein Qualitätssicherungskonzept eine vergleichbare Qualität zwischen den Standorten zu garantieren, damit dies nach erfolgreichem Studienabschluss in die allgemeine Praxis umgesetzt werden könnte.

Patientenbeteiligung ist das beste Schmerzmittel

Je besser Patienten über eine Operation informiert sind und in die Entscheidung zur begleitenden Schmerztherapie einbezogen werden, desto seltener wünschen sie zusätzliche Schmerzmittel. Das ist das Ergebnis einer Auswertung von 80.000 Datensätzen des QUIPS-Schmerzregisters für postoperative Schmerztherapie am Universitätsklinikum Jena. Wundschmerz zählt zu den häufigsten Folgen einer Operation. Das Ziel der Akutschmerztherapie direkt nach einer Operation ist es, Ausmaß und Dauer der Schmerzbelastung effektiv, aber nebenwirkungsarm zu verringern, denn postoperative Schmerzen können den Genesungsprozess verzögern, zu Komplikationen führen und im ungünstigsten Fall chronisch werden.

Erfreulich ist, dass sich nur etwa ein Zehntel der Befragten überhaupt mehr Schmerztherapie wünscht. Am auffälligsten war aber: Wenn Patienten über die Schmerztherapie informiert sind und darauf Einfluss nehmen können, dann ist ihr Risiko für Unterversorgung deutlich verringert. Dieser Effekt ist sogar stärker als der Einfluss der Schmerzmedikation, selbst bei starken Schmerzmitteln.

Die Autoren schlagen vor, den Wunsch nach mehr Schmerzbehandlung als Parameter in die Patientenbefragungen aufzunehmen. Diese Maßnahme könnte einen Beitrag leisten zur weiteren patientenindividuellen Anpassung der Therapie und zur Verbesserung der Behandlungsstrategien und der Behandlungsqualität.

Quelle: Universitätsklinikum Jena, April 2021

Kontrastmittel Ferumoxtran-10 findet auch kleine Lymphknotenmetastasen bei Prostatakrebs

Von Dr. Jürgen Feuerstein, Prof. Dr. Jelle O. Barentsz, Dr. med. Patrik Zamecnik, SPLmedical, Nijmegen

Ferumoxtran-10 (Handelsname: Ferrotan®) ist ein Kontrastmittel, das aus sehr kleinen eisenhaltigen Partikeln besteht und für die Erkennung von Lymphknoten-Metastasen in der Magnetresonanztomographie (MRT) verwendet wird. Das Diagnostikum kann selbst Lymphknoten-Metastasen mit einer Größe von nur 2 mm zuverlässig und frühzeitig sichtbar machen, und damit eine potentiell wirksamere Krebstherapie ermöglichen.

Eine Ferumoxtran-10-Lösung wird intravenös verabreicht und vom Gewebe gesunder Lymphknoten aufgenommen. Metastasierte Lymphknoten (Krebsgewebe) nehmen das Kontrastmittel nicht auf. Während der Bildgebung der Beckenregion mittels MRT-Bildgebung, die 24 bis 36 Stunden nach der Infusion stattfindet, können die unterschiedlich verteilten Ferumoxtran-10-Partikel erkannt werden. Gesundes Gewebe wird dunkler dargestellt, während metastasierte Lymphknoten heller erscheinen (s. Abb. 1).

Kurzfassung

Ferumoxtran-10 ist ein noch nicht zugelassenes Kontrastmittel, das für die Erkennung von Lymphknoten-Metastasen in der Magnetresonanztomographie (MRT) verwendet wird und selbst Lymphknoten-Metastasen mit einer Größe von nur 2 mm zuverlässig und frühzeitig sichtbar macht.

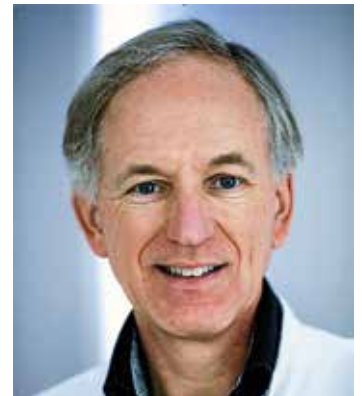
Ferumoxtran-10 ist ein noch nicht zugelassenes Kontrastmittel. Momentan läuft eine Zulassungsstudie (sog. Phase III-Studie) mit Ferumoxtran-10, um dieses Mittel erstmal in Deutschland und dann

auch in Europa registrieren zu können. Bisher gibt es noch keine vergleichbaren Methoden zur Erkennung insbesondere von sehr kleinen Lymphknoten-Metastasen, daher könnte Ferumoxtran-10 hier nach erfolgter Zulassung einen wichtigen Beitrag zur Diagnose liefern.

Diese Studie (durchgeführt an Kliniken in Deutschland, Niederlande und Schweiz) untersucht, ob Ferumoxtran-10 als Kontrastmittel für magnetresonanztomographische Untersuchungen (MRT) für den Nachweis von Lymphknotenmetastasen im Becken bei Prostatakrebs geeignet ist. Sie wird auch durchgeführt, um die diagnostische Genauigkeit und die Sicherheit von Ferumoxtran-10 zu untersuchen. Dafür werden Patienten gesucht, die an einem neu bestätigten Prostatakrebs leiden. Auch muss bei ihnen eine operative Entfer-



Dr. Jürgen Feuerstein,
© privat



Prof. Dr. Jelle O.
Barentsz, © privat



Dr. med. Patrik
Zamecnik, © privat

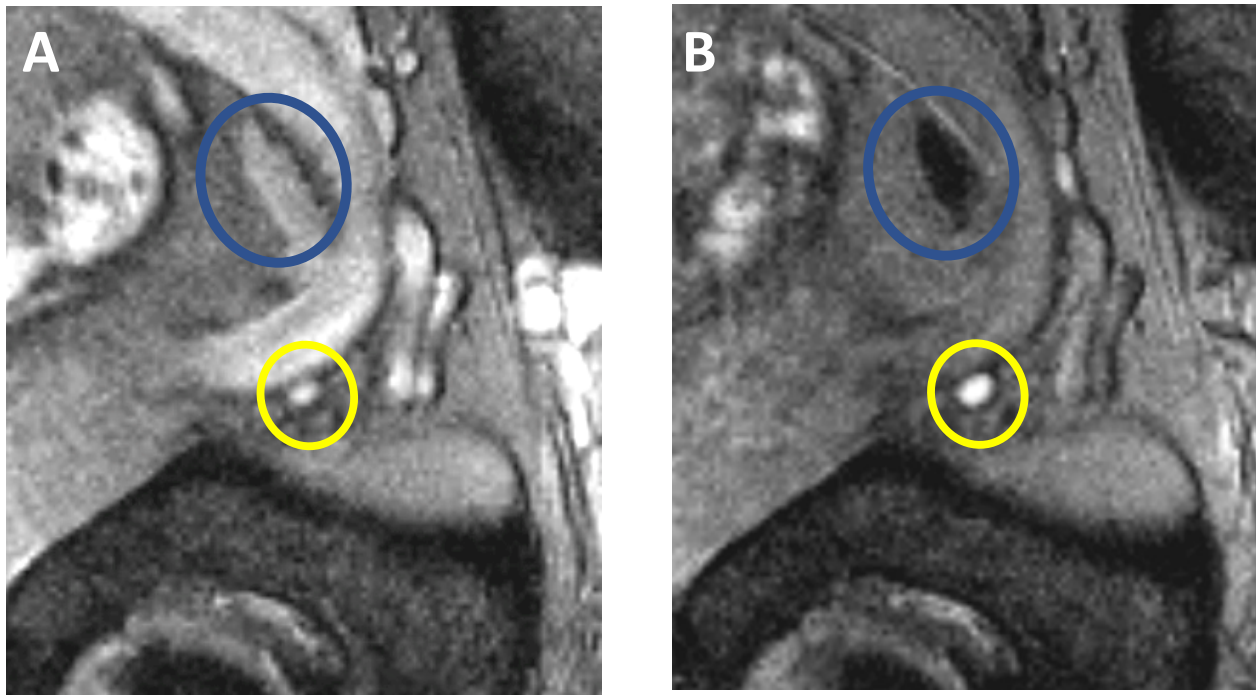


Abb. 1. MRT-Aufnahme eines Prostatakarzinompatienten mit Verdacht auf Lymphknotenmetastasen: Auf dem linken Bild (A) werden 2 Lymphknoten im Beckenbereich mittels Standard-MRT ohne Ferrotran dargestellt (blauer und gelber Kreis). Anhand der Aufnahme kann nicht festgestellt werden, ob diese Lymphknoten Metastasen enthalten oder nicht. Auf Bild (B), 24 Stunden nach der Ferrotran-Gabe, sieht man, dass der normale Lymphknoten (blauer Kreis) Eisenpartikel aufgenommen hat und dadurch schwarz wird. Die kleine Metastase (gelber Kreis) behält hingegen ihr hohes Signal in der MRT (Diameter von ca. 3 mm) und ist dadurch gut zu identifizieren, © mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Jelle O. Barentsz

nung der Prostata und der Beckenlymphknoten vorgesehen sein und sie dürfen bisher keine Chemo- oder Strahlentherapie erhalten haben. Im deutschen Studienregister sind Details und Rekrutierungsstandort zu finden unter <http://b-p-s.link/1a6>.

Um mit Ferumoxtran-10 schon vor der Zulassung Patienten (im begrenzten Maße) untersuchen zu können, besteht seit 2017 beim Radboudumc in Nijmegen (Niederlande) eine Möglichkeit, diese Untersuchung bei den lokalen Behörden als Sonderuntersuchung zu beantragen (im Rahmen des sog. Named Patient Use Programms). Der Antrag muss per Patient erfolgen. Somit können Prostatakarzinompatienten auch außerhalb einer Studie bei klinischer Indikation zum Ausschluss der Lymphknotenmetastasen untersucht werden.

In der Schweiz ist der Zugang zum innovativen Ferumoxtran-10 auch am Universitätsspital Zürich

für alle Prostatakrebs-Patienten möglich dank einer in der Schweiz gewährten Sonderbewilligung.

In Deutschland wurde analog die Genehmigung einer Bewilligung im Rahmen der Arzneimittel-Härtefall-Verordnung (AMHV) am 31.05.2020 beantragt. Dem Antrag bei den deutschen Behörden wurde jedoch bislang nicht stattgegeben – trotz der Real-Life-Daten von mehr als 700 Patienten aus den Niederlanden, die das günstige Nutzen-Risiko-Verhältnis aufzeigen.

Die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Ferumoxtran-10 wird kontinuierlich vorangetrieben – beispielsweise in einer in diesem Jahr erschienenen retrospektiven Studie, die zwischen dem 68Ga-PSMA-PET-CT und einer nano-MRT (= MRT mit Ferumoxtran-10 als Kontrast) bei Prostatakarzinompatienten vergleicht. Sie zeigte, dass die nano-MRT dem PSMA-PET-CT überlegen ist in der Entdeckungsrate von suspekten (=auffäl-

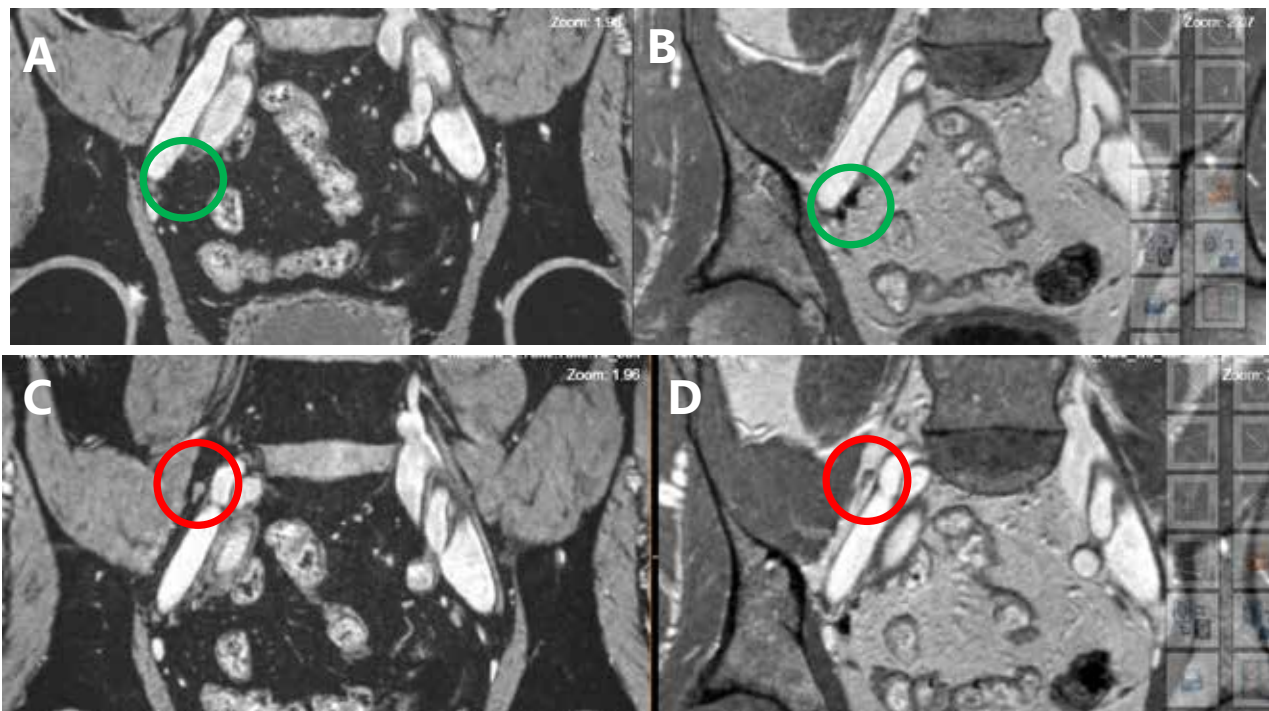


Abb. 2. MRT-Beispiele von normalen Lymphknoten und Lymphknotenmetastasen eines Patient mit Prostatakarzinom im Beckenbereich, 24-36 Stunden nach der intravenösen Gabe von Ferrotran.

A. T2* fettsaturierte Sequenz: grüner Kreis zeigt die Lokalisation von normalen Lymphknoten - diese Lymphknoten sind auf dieser Sequenz nicht sichtbar, da durch die Eisenaufnahme diese schwarz werden und vom Hintergrund (Fettgewebe ist auch schwarz in dieser Aufnahme) nicht zu unterscheiden sind.

B. T1-gewichtete Sequenz vom selben Patienten, dieselben normalen Lymphknoten (wie auf Bild A) sind als schwarze Strukturen (grüner Kreis) sichtbar auf dem grauen Hintergrund (in dieser Aufnahme ist das Fettgewebe grau).

C. Beispiel einer kleinen Metastase (roter Kreis, Größe ca. 3 x 4,5 mm), auf dieser Aufnahme (T2* fettsaturiert) als graue, längliche Struktur zu sehen.

D. Dieselbe Metastase auf der T1-gewichteter Aufnahme (roter Kreis), © mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Jelle O. Barentsz

lig veränderten) Lymphknoten: Im selben Patientenkollektiv hat nano-MRT 160 suspekte Lymphknoten gefunden versus 71 bei PSMA-PET-CT. Zusätzlich war die nano-MRT mit Ferumoxtran-10 in der Lage, kleinere Lymphknotenmetastasen zu erkennen (Mittelwert: 5,2 mm; Größenbereich: 2-16 mm), im Vergleich zu PSMA-PET-CT (Mittelwert: 6 mm; Größenbereich: 3-16 mm).

Die zunehmende Verwendung der nano-MRT mit Ferumoxtran-10 hat auch einen positiven Einfluss auf die therapeutischen Möglichkeiten von Lymphknotenmetastasen. Die Fähigkeit der nano-MRT kleine Lymphknotenmetastasen zu entdecken, macht eine präzise lokale Behandlung in einer frühen Phase der lymphatischen Metastasierung möglich, wie z.B. eine bildgesteuerte/

navigierte Chirurgie oder MRT-gesteuerte Radiotherapie (MR-Linac). Dadurch kann möglicherweise das Voranschreiten der lymphatischen Metastasierung gebremst werden und ein späterer Beginn der Hormontherapie in Erwägung gezogen werden. Weitere Studien sind nötig, um das hohe Potenzial von Ferumoxtran-10 optimal einzusetzen.

Auch nierengeschädigte oder dialysepflichtige Patienten können mit Ferumoxtran-10 behandelt werden, da Ferumoxtran-10 keine toxischen Substanzen enthält und nicht über die Nieren ausgeschieden wird. Ferumoxtran-10 wird auch in der neuen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom erwähnt.

Die Literatur liegt beim Verfasser.

Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Übersicht)¹

Der BPS-Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ stellt nachfolgend eine Übersicht von Wirkstoffen bei der Therapie im fortgeschrittenem Stadium zur Verfügung. Diese Übersicht können sich Interessenten auch unter <http://b-p-s.link/51r> herunterladen. Rückfragen beantwortet der Arbeitskreis unter seiner Mailadresse patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de.

Oligo-metastasiertes Prostatakarzinom (OMPC) ²	Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC) ³	Nicht-metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC) ⁴	Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC) ⁵		
Androgendeprivationstherapie (ADT, kontinuierlich) ⁵ : Buserelin, Degarelix, Goserelin, Leuprorelin oder Triptorelin (GNRH-Depotspritzen) ⁶ oder operative Hodenentfernung (Orchiektomie)					
+	+	+	+	+	+
Lokale Therapien bei max. 4 Knochenmetastasen	Systemische Therapie (soll)	Hohes Metastasierungsrisiko (PSA-Verdopplungszeit <10 Monate)	Therapiesequenzen (abhängig von Vortherapie) ⁷	Nach Docetaxel (abhängig von Vortherapie) ⁸	Nach mindestens zwei systemischen Therapien ⁹
hypofraktionierte Strahlentherapie der Prostata (sollte) oder radikale Prostatektomie (kann)	Abirateron (high risk) oder Apalutamid oder Docetaxel (high vol.) oder Enzalutamid	Apalutamid oder Darolutamid oder Enzalutamid (soll)	Abirateron oder Docetaxel oder Enzalutamid (soll)	Abirateron oder Cabazitaxel oder Enzalutamid (soll)	Radium-223 (kann)
+ erweiterte systemische Therapie (kann)	oder ADT allein (kann)	PSA-Rezidiv nach Prostatektomie (PSA >0,2 ng/ml) ¹⁰	Nach positivem Test auf BRCA1/2-Genmutationen ¹¹	Reduzierter Allgemeinzustand ¹²	Nach Ausschöpfung der empfohlenen Therapien ¹³
Therapieversuch metastasengerichtete Therapie	Bei ADT allein und PSA <4 ng/ml ¹⁴	Salvage-Strahlentherapie (+ADT) (soll) oder Abwarten (Niedrigrisiko) (Option)	Olaparib (soll)	symptombezogene & supportive Therapie (soll) + systemische Therapie (kann)	Therapieversuch Lutetium-177-PSMA -Therapie (kann)
stereotaktische Bestrahlung (kann)	intermittierende Androgendeprivation (kann)		+ Denosumab oder Zoledronsäure ¹⁵ (soll)		
+					
Symptombezogene und supportive Therapien (Beispiele) ¹⁶					
Medikamentöse symptombezogene Therapien	Hitzewallungen (unter Hormontherapie) Übelkeit und Erbrechen (Nausea, CINV) Diarrhoe (Durchfall) Neutropenie (Mangel an weißen Blutzellen) Anämie (Mangel an roten Blutzellen)	Cyproteronacetat (CPA) etc. Dexamethason (prophylaktisch), Antiemetika Loperamid etc. Granulozyten-Wachstumsfaktoren (G-CSF, prophylaktisch), u.a. Bluttransfusion mit Erythrozytenkonzentrat			
Medikamentöse Schmerztherapie	Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3	nicht-opioide Analgetika: ASS, Diclofenac, Ibuprofen etc. nicht-opioide Analgetika + schwachen Opiode starke Opiode z.B. Morphin			
Nicht-medikamentöse Schmerztherapie	Brustschmerzen (Gynäkomastie) Schmerzende Knochenmetastasen	Bestrahlung der Brustwarzen (prophylaktisch) Bestrahlung, Radionuklide z.B. Radium-223, Samarium-153			

1 Autor: Udo Ehrmann. Stand: Juni 2021. Für diese Informationen wird keine Haftung übernommen, sie ersetzen keine ärztliche Beratung. Wirkstoffnamen, keine Handelsnamen. Siehe + Nr. verweist auf Empfehlungen mit Hintergrundinformationen der evidenzbasierten (durch wissenschaftliche Studien belegten) **S3-Leitlinie Prostatakarzinom**. Ergänzend werden die Beschlüsse des **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln einbezogen. Der G-BA ist eine Selbstverwaltungskörperschaft von Trägern des Gesundheitssystems mit Patientenbeteiligung. Er ist zuständig für die Nutzenbewertung von Leistungen, welche durch die gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Er berät auf Grundlage der Gutachten seines wissenschaftlichen Instituts IQWiG. Die Beschlüsse zur Arzneimittelbewertung sind in der Verordnungssoftware der Ärzte enthalten. (Links: leitlinienprogramm-onkologie.de; g-ba.de; iqwig.de; gesundheitsinformation.de; krebsinformationsdienst.de).

Fortgeschrittenes Prostatakarzinom ist nicht lokal auf den Prostatabereich begrenzt, sondern hat im Körper gestreut und ist systemisch. Es haben sich regionale Lymphknotenmetastasen (N1) oder Fernmetastasen (M1a-c) entwickelt. Der Tumor ist nicht mehr heilbar, d.h. es gibt dafür noch keine kurative Therapie. Gleichwohl können die lokalen und systemischen Palliativtherapien den Tumor z.T. lange kontrollieren und das Überleben verlängern. Die Betroffenen sind meist über 65 Jahre alt. Nicht alle Männer sterben am Prostatakarzinom (PCa). Andere Todesursachen sind z.B. Herz-Kreislauf-erkrankungen. Die Männer sollen über gesunden Lebensstil beraten werden, dies kann die Lebensqualität verbessern. Siehe 3.5. Es sollen Gespräche zur vorausschauenden Vorsorgeplanung (advanced care planning) incl. Patientenverfügungen angeboten werden (6.15 **S3-Leitlinie Palliativmedizin**). Aufklärung und Beratung sollen die Patienten zur Therapieentscheidung befähigen. Siehe 10.1-10.5. Bei Bedarf kann der Patient eine ärztliche Zweitmeinung einholen.

2 **Oligometastasiertes Prostatakarzinom (OMPC)**. Siehe 7.53 bis 7.57. Gering-metastasiertes Prostatakarzinom bedeutet niedriges Tumolvolumen bzw. niedrige Metastasenlast. Die Definition der Leitlinie für oligometastasiertes PCa ist: max. 4 Knochenmetastasen ohne viszerale Metastasen (Weichteilmetastasen in Lunge, Leber etc.) in konventioneller Bildgebung (Skelettszintigraphie, CT, MRT). Bei neu diagnostiziertem (d.h. hormonsensitivem) oligometastasiertem PCa sollte zusätzlich zur Androgendeprivationstherapie (ADT, s.u.) eine perkutane bzw. **hypofraktionierte Strahlentherapie der Prostata (HFRT)** angeboten werden. Die hypofraktionierte Strahlentherapie zeigt ein verlängertes Gesamtüberleben von einigen Monaten im Vergleich zur ADT allein. Sie kann mit erweiterter systemischer Therapie kombiniert werden. Alternativ kann eine radikale Prostatektomie (RP) angeboten werden nach einer interdisziplinären Tumorkonferenz im Rahmen einer multimodalen Therapie mit ADT, Strahlentherapie (RT) oder erweiterter systemischer Therapie. Als zytoréduktive RP verringert sie die Tumormasse. Sie kann einer lokalen Progression vorbeugen, die zu Obstruktion oder Lähmung führen kann. Metastasen-gerichtete lokal-ablative Therapie (MDT) mit hypofraktionierter bzw. **stereotaktischer Bestrahlung der Metastasen (SBRT/SABR)** kann als Therapieversuch angeboten werden zur Verzögerung der Hormontherapie oder der Progression.

3 **Metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC)**. Siehe 7.22 bis 7.25. Andere Bezeichnungen für mHSPC sind M1-HSPC, metastasiertes kastrations-sensitives, kastrations-naïves oder hormon-naïves PCa (mCSPC, mCNPC, mHNPC). PSA und Tumor sprechen noch auf die ADT an. **Apalutamid** oder **Enzalutamid** sollen bei gutem Allgemeinzustand (ECOG 0-1) zusätzlich zur ADT angeboten werden. Der Androgensynthesehemmer **Abirateron** + P (Prednison oder Prednisolon) soll bei mHSPC mit hohem Risiko (high risk) und gutem Allgemeinzustand zusätzlich zur ADT angeboten werden. High-risk bedeutet mindestens 2 von 3 LATITUDE-Kriterien: Gleason Score 8-10 (ISUP 4-5) oder mind. 3 Knochenmetastasen oder viszerale Metastasen. Frühe Chemo-Hormontherapie: **Docetaxel** soll bei mHSPC mit hohem Tumolvolumen (high volume) und gutem Allgemeinzustand zusätzlich zur ADT angeboten werden. High-volume ist nach CHARTED-

Kriterien definiert: mindestens 4 Knochenmetastasen davon mindestens 1 außerhalb des Achsenskeletts und/oder viszerale Metastasen. Docetaxel kann für niedriges Tumervolumen (low volume) zusätzlich zur ADT angeboten werden. Abirateron und Docetaxel zeigen bei mHSPC eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Gesamtüberlebens um mehr als ein Jahr. Auch Enzalutamid und Apalutamid zeigten verlängertes Gesamtüberleben. Apalutamid zeigte auch ein verbessertes zweites progressionsfreies Überleben (PSF2), d.h. es verbessert das Ansprechen von Abirateron als Folgetherapie. Abirateron erhielt für die Indikation Hochrisiko-mHSPC die G-BA-Bewertung beträchtlicher Zusatznutzen im Vergleich zu alleiniger ADT. Apalutamid erhielt die G-BA-Bewertung kein Zusatznutzen im Vergleich zum Standard Docetaxel. Die neuen hormonellen Substanzen steigern in Kombination mit ADT das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wenn keine Kombinationsbehandlung in Frage kommt, kann alleinige ADT angeboten werden.

4 Nicht-metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (nmCRPC). Siehe 7.32 und 7.33. Das nmCRPC wird auch Fernmetastasen-freies oder M0-CRPC genannt. Es betrifft Männer mit biochemischem Rezidiv (s.u.) nach radikaler Prostatektomie (RP) oder Strahlentherapie (RT), bei denen das PSA unter Androgendeprivationstherapie (ADT, s.u.) ansteigt, ohne dass Fernmetastasen nachweisbar sind, sog. „PSA-Krankheit“. Die Mikrometastasen sind kleiner als zwei Millimeter und können noch nicht durch Bildgebung entdeckt werden. **Apalutamid, Darolutamid oder Enzalutamid** sollen bei hohem Metastasierungsrisiko zusätzlich zur ADT angeboten werden. Hohes Risiko ist hier definiert als PSA-Verdopplungszeit (PSADT) von unter 10 Monaten. Die Antiandrogene neuer Generation zeigten eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Gesamtüberlebens um mehrere Monate. Darolutamid überschreitet die Blut-Hirnschranke kaum und liegt bei geistiger Verwirrung, Krampfanfälle, Stürze, Knochenbrüche, Fatigue, Hautausschlägen im unteren Bereich. Der G-BA bewertete den Zusatznutzen von Apalutamid und Enzalutamid im Vergleich zur ADT als gering, und von Darolutamid als beträchtlich.

5 Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC). Siehe 7.31. Das mCRPC wird auch M1-CRPC, metastasiertes hormon-refraktäres oder androgenunabhängiges PCa bezeichnet (mHRPC, AIPC). Die ADT allein spricht nicht mehr an, der Tumor wurde androgenunabhängig. Die EAU-Definition von Kastrationsresistenz lautet: Serumtestosteron auf Kastrationsniveau (<50 ng/dl) bei gleichzeitiger biochemischer Progression, d.h. drei aufeinanderfolgende PSA Anstiege mit einwöchigem Abstand, die zwei Anstiege um 50 % über dem Nadir ergeben, und einen PSA-Spiegel >2 ng/mL oder radiologische Progression (in der Bildgebung). Ein falscher Verdacht auf Kastrationsresistenz kann entstehen, wenn es zu Anwendungsfehlern mit der GNRH-Spritze kommt, wodurch das Kastrationsniveau nicht mehr erreicht wird und das PSA steigt. Der Testosteronspiegel soll regelmäßig kontrolliert werden.

6 Androgendeprivationstherapie (ADT). Siehe 7.25. Andere Begriffe sind hormon- oder androgenablativ Therapie, Hormontherapie, Hormonblockade, Testosteronentzugstherapie oder chemische Kastration. Die ADT ist Standardtherapie für das metastasierte PCa. Die ADT kann zur Teil- oder Komplett-Remission von Tumoren führen. Sie verringert das Risiko für Komplikationen bzw. Schmerzen und verlängert die progressionsfreie Zeit bis zur Kastrationsresistenz (s.o.). Eine Verlängerung des Gesamtüberlebens ist nicht belegt. Das Neurohormon GNRH (=LHRH) steuert den Hormonhaushalt (Testosteron und Östrogen). Die Anwendung erfolgt durch eine GNRH-Depotspritze z.B. subkutan in den Unterbauch. GNRH-Analoga (GNRH-Agonisten) mit 1-, 3- oder 6-Monatsdepot sind **Buserelin, Goserelin, Leuprorelin oder Triptorelin**. Nebenwirkungen sind Hitzewallungen, Erschöpfung, Muskel- und Knochenabbau, Gewichtszunahme usw. Die Leitlinie empfiehlt zur Prävention u.a. körperliche Aktivität oder Bewegungstherapie. Unter Testosteronentzug ist das Risiko auf Osteoporose, Knochenbrüche, Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Herzinfarkte

erhöht. Siehe 9.5. Der GNRH-Antagonist (GNRH-Blocker) **Degarelix** wirkt schneller, führt aber sehr häufig zu Schmerzen und Rötungen am Injektionsort und muss monatlich verabreicht werden. Falls die ADT abgelehnt wird, steht **transdermales Estradiol**, ein Östrogen-Hormon, zur Verfügung. Die **Östrogen-Pflaster** zeigten, dass sie gleich wirksam sind wie GNRH-Analoga, weniger Nebenwirkungen haben und die Lebensqualität verbessern. Nicht mehr empfohlen werden Antiandrogene alter Generation (z.B. Bicalutamid, Flutamid), weder als Monotherapie noch kombiniert mit GNRH-Analoga als maximale bzw. kombinierte Androgenblockade (MAB/CAB). Ausnahme ist eine schwache Empfehlung der europäischen **EAU-Guidelines on Prostate Cancer** (6.4.9 bzw. 6.6.3): ein Antiandrogen alter Generation kann kurzzeitig (z.B. bis 4 Wochen) gegeben werden, um das „flare-up“-Phänomen zu verringern. Der einwöchige Testosteronanstieg nach der Erstinjektion von GNRH-Analoga kann zum „Aufflammen“ von Metastasen führen und selten zu Schmerzen. Das flare-Phänomen kann nicht ganz beseitigt werden. Der neue GNRH-Antagonist Relugolix ist bisher nicht für PCa zugelassen. Er wirkt schneller als das GNRH-Analogon Leuprorelin (Depotspritze) und zeigte bei Herz-Kreislaufvorerkrankungen weniger unerwünschte Ereignisse. Die Tablette muss täglich eingenommen werden.

7 Therapiesequenzen bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC). Siehe 7.35 bis 7.43. Die Therapiefolgen sind abhängig von der Vortherapie und dem Therapieziel. Bei Patienten, die sich gegen abwartendes Verhalten und für Umstellung der Therapie entschieden haben, sollen **Abirateron+P, Enzalutamid** oder **Docetaxel** für das nicht- und gering-symptomatische mCRPC angeboten werden zusätzlich zur ADT. Abirateron+P, Docetaxel und Enzalutamid können für das symptomatische mCRPC angeboten werden zusätzlich zur ADT. Um Nebenwirkungen zu verringern, kann Docetaxel niedriger dosiert werden: 50mg/qm in zweiwöchigen Zyklen statt 75mg/qm in 6 dreiwöchigen Zyklen. Häufige Nebenwirkungen von Docetaxel sind u.a. vorübergehender Haarverlust (Alopezie) oder Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Neuropathie). Als Ersttherapie zeigen die Medikamente eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Überlebens um einige Monate. Die Nebenwirkungen von Abirateron sind z.B. Hypokaliämie (Leberwerte prüfen) oder Hyperglykämie bei Diabetikern. Enzalutamid überwindet die Blut-Hirnschranke, dies kann u.a. zu kognitiven Problemen, Krampfanfällen und Stürzen führen. Der G-BA bewertete beim mCRPC den Zusatznutzen von Abirateron und Enzalutamid als beträchtlich im Vergleich zu ADT allein. Die Ersttherapien sprechen in der Regel am besten an, die Sequenztherapien (Folgetherapien) oft schlechter. So führen Abirateron und Enzalutamid sehr häufig zu wechselseitiger Resistenz (Kreuzresistenz). Die Therapiesequenz Abirateron - Enzalutamid führt zu etwas weniger Resistenzen als umgekehrt. Siehe 7.52. Keine Empfehlung hat der AR-V7-Detektionstest. Die Androgenrezeptorvariante AR-V7 ist wenig geeignet als Resistenzmarker, da er Resistenz häufig falsch-positiv anzeigt. Auch wenn die liquid biopsy (sog. flüssige Biopsie) das AR-V7 in den zirkulierenden Tumorzellen des Blutserums findet, können Abirateron oder Enzalutamid z.T. ansprechen. Außerdem kann sich AR-V7 zurückentwickeln ([Tsaour et al. 2017](#)). Ein **Wechsel der Therapiestrategie** kann nach einer neuen hormonellen Substanz (Abirateron, Apalutamid, Darolutamid oder Enzalutamid) bei gutem Gesundheitszustand angeboten werden, z.B. zu einer Chemotherapie (Docetaxel oder Cabazitaxel). Andere Begriffe für neue hormonelle Substanzen (NHA) sind Androgenrezeptor-gerichtete Therapien, Androgenrezeptor-Antagonisten oder -Inhibitoren der neuen bzw. 2. Generation (ARTA, ARSI).

8 Therapiesequenzen nach Docetaxel. Siehe 7.46 bis 7.48. **Abirateron+P, Cabazitaxel** oder **Enzalutamid** sollen nach Docetaxel angeboten und bei Bedarf kombiniert werden mit symptombezogener und supportiver Therapie (s.u.). Sie zeigen nach Docetaxel eine mediane Verlängerung des mehrjährigen Überlebens um einige Monate. Der G-BA bewertete den Zusatznutzen von Abirateron und Enzalutamid nach Docetaxel als beträchtlich und von Cabazitaxel als gering. Cabazitaxel zeigte in 3.Linie nach Ersttherapie mit Docetaxel und

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

9 **Radium-223.** Siehe 7.49. Das radioaktive Radionuklid (Injektion, 6 vierwöchige Zyklen) ist ein Alphastrahler kurzer Reichweite, der das Knochenmark vergleichsweise gering schädigt. Radium-223 kann bei symptomatischen Knochenmetastasen ohne viszerale Metastasen nach zwei systemischen mCRPC-Therapien angeboten werden, oder wenn keine dieser Therapien infrage kommt. Es wirkt nicht gegen Lymphknoten- oder viszerale Metastasen. Eine Studie zur Kombination von Radium-223 mit Abirateron+P zeigte ein erhöhtes Frakturrisiko. Daher ist keine Kombination mit Abirateron erlaubt. Sehr häufige Nebenwirkungen sind Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen) und Knochenbrüche. Es kann auch zur Schmerztherapie eingesetzt werden. Siehe 7.60. Die G-BA Bewertung für Radium-223 lautet kein Zusatznutzen im Vergleich zu patientenindividueller oder bester supportiver Therapie.

10 **PSA-Rezidiv** entwickeln 27 % bis 53 % aller Patienten nach RP oder Strahlentherapie (RT) (EAU Guidelines 6.3.1). Es wird auch **biochemisches Rezidiv** (BCR) oder **PSA-Progression** genannt und so definiert: mind. 2x PSA >0,2 ng/ml nach RP oder mind. 2x PSA >2 ng/ml über dem Nadir nach RT. Siehe 7.2 und 7.3. Für systemisches bzw. gegen lokales Rezidiv sprechen: hoher Gleason Score 8-10 (ISUP-Grad 4-5), kurze PSA-Verdopplungszeit (z.B. <3 Monate) oder kurzes Zeitintervall bis PSA-Progress (z.B. <18 Monate). Siehe 7.6. Bei günstiger Prognose d.h. PSA-Verdopplungszeit >12 Monate und Gleason Score 6-7 (ISUP 1-3) ist Abwarten eine Option. Siehe 7.8. Vom PSA-Rezidiv dauert es median 8 Jahre bis zur Entwicklung von Fernmetastasen und über 5 Jahre bis zum Tod. Das PSA-Rezidiv führt nur bei einer Minderheit zu Metastasen oder Tod. **Salvage-Strahlentherapie** (SRT) soll nach RP angeboten und bei PSA unter 0,5 ng/ml begonnen werden. SRT soll mit **ADT** kombiniert werden ab PSA >0,7 ng/ml oder PSA-Verdopplungszeit <12 Monate und Gleason Score 8-10. Siehe 7.9-7.14. Nach RT sind Salvage-RP (SRP) oder HIFU möglich. Siehe 7.15-7.18. Hormontherapie ist bei PSA-Rezidiv kein Standard. Siehe 7.19.

11 **BRCA1/2-Mutationen.** Siehe 7.44 und 7.45. Testung auf BRCA-Mutationen soll angeboten werden nach Vorthherapie mit einer neuen hormonellen Substanz (Abirateron etc.). BRCA-Gene sind Tumorsuppressorgene. Rund 1% bis 2% der Männer mit Prostatakrebs haben eine erbliche Mutation des BRCA2-Gens und damit ein erhöhtes Progressionsrisiko. BRCA1-Mutationen erhöhen das Risiko nicht signifikant. Bis zu 10% der Männer mit metastasiertem CRPC haben erworbene und/oder erbliche BRCA-Mutationen. Ein Bluttest zur Gensequenzierung kann sowohl die erblichen (Keimbahn-) Mutationen (germline /gBRCA) feststellen als auch die somatischen (erworbenen) BRCA-Mutationen (somatic /sBRCA). Außerdem können im Tumorgewebe aus Prostata- oder Metastasen-Biopsien (z.B. Knochenmark) somatische BRCA-Mutationen gefunden werden, die auf die Tumorzellen begrenzt sind. Bei nachgewiesenen BRCA-Mutationen soll **Olaparib** angeboten werden. Olaparib ist ein PARP-Hemmer zur zielgerichteten Therapie von mCRPC mit BRCA-Mutationen. Olaparib zeigte eine mediane Verlängerung des Gesamtüberlebens um mehrere Monate. Eine sehr häufige Nebenwirkung ist Anämie.

12 **Reduzierter Allgemeinzustand.** Siehe 7.42 und 7.50. Er bedeutet eingeschränkte Leistungs- und Selbstversorgungsfähigkeit (ECOG $\geq$ 2, Karnofsky-Index $<$ 70). Bei mCRPC mit reduziertem Allgemeinzustand soll eine symptombezogene Therapie angeboten werden (s.u.). Zusätzlich können Abirateron+P, Cabazitaxel, Docetaxel, Enzalutamid oder **Steroide** (Dexamethason, Prednisolon oder Prednison) angeboten werden. Ergänzend sollen palliativmedizinische Betreuungsangebote gemacht werden wie Selbsthilfegruppen, ambulante Pflege, stationäre Pflege, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Palliativdienste im Krankenhaus, Palliativstationen. Siehe 7.71.

13 **Lutetium-177-PSMA-Radioligandentherapie** (RLT). Siehe 7.51. Die RLT ist eine gering radioaktive Radionuklidtherapie bzw. ein gewebeschonender Betastrahler von kurzer Reichweite (Injektion/Infusion, 4-6 Zyklen, 6-8-wöchiges Intervall). Lutetium-PSMA (^{177}Lu -PSMA) ist noch nicht als Arzneimittel zugelassen. Ein Therapieversuch mit Lutetium-PSMA-RLT kann bei mCRPC und gutem Allgemeinzustand nach Ausschöpfung der empfohlenen Therapieoptionen angeboten werden. Die RLT spricht nur bei Metastasen an, die PSMA-positiv sind in der Bildgebung mit Gallium-(Ga-) PSMA-PET/CT, d.h. bei über 80%. Die RLT zeigt nach vorläufigen Ergebnissen der VISION-Studie bei stark vorbehandelten Patienten eine mediane Verlängerung des Gesamtüberlebens um einige Monate ([ASCO 2021](#)). Die bisherige Studienlage ermöglichte keine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Letzteres ist jedoch bei austherapierten Patienten auf Antrag möglich. Sehr häufige Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Anämie, Thrombozytopenie.

14 **Intermittierende Androgendeprivation** (IAD). Siehe 7.25. Andere Begriffe sind intermittierende (unterbrechende) Hormon- oder Androgenblockade (IHB, IAB). Sie kann beim mHSPC angeboten werden, wenn keine Kombinationstherapie (mit Abirateron etc.) infrage kommt und das PSA durch die ADT allein nach 7 Monaten unter 4 g/ml gefallen ist. Das therapiefreie Intervall nach Absetzen der GNRH-Spritze kann Monate dauern bis das PSA z.B. auf 10 oder 20 ng/ml angestiegen ist. Danach folgt eine Therapiephase von z.B. 3 bis 6 Monaten, bis das Testosteron auf Kastrationsniveau ($t < 50\text{ng/dl}$) gefallen ist und die Therapie erneut unterbrochen werden kann. Die mehrere Monate dauernde Testosteronrückkehr in den therapiefreien Intervallen kann Nebenwirkungen (Hitzewallungen, Libidoverlust, Erschöpfung usw.) verringern und die Lebensqualität verbessern. Die IAD zeigt im Vergleich zur kontinuierlichen ADT keinen signifikanten Unterschied im Überleben. Nach Monaten bis Jahren unter IAD oder ADT wird der Tumor kastrationsresistent bzw. zum mCRPC.

15 **Zoledronsäure** (Bisphosphonat) oder **Denosumab** (monoklonaler Antikörper). Siehe 7.62 und 7.63. Sie sollen zur Prävention von Komplikationen wie Knochenbrüchen im mCRPC-Stadium angeboten werden (Infusion, Injektion). Sie werden nicht im hormon-sensitiven bzw. mHSPC-Stadium empfohlen, da hier kein Nutzen belegt ist. Sie vermindern den Knochendichteverlust durch die Hormontherapie und sind schmerzlindernd bei Knochenmetastasen. Sie können keine Knochenmetastasen verhindern bzw. wirken nicht lebensverlängernd. Nebenwirkungen sind u.a. Kiefernekrosen. Prophylaxe: zahnärztliche Sanierung und Mundhygiene. Zur Vermeidung von Hypokalzämie sollen zusätzlich Calcium und Vitamin D gegeben werden.

16 **Symptombezogene und supportive Therapien.** Siehe 7.58-7.74 S3-Leitlinie Prostatakarzinom, [Patientenleitlinie Prostatakrebs 2](#); [Patientenleitlinie Palliativmedizin](#), [S3-Leitlinie Palliativmedizin](#), [Patientenleitlinie Supportive Therapie](#), [S3-Leitlinie Supportive Therapie](#), [S3-Leitlinie Komplementärmedizin](#) (3.2 Übersicht evidenzbasierter komplementärer Therapien zur Verbesserung von Symptomen und Lebensqualität). Bei Fatigue (Erschöpfung) und Anämie sollten Erythropoetine (EPO) mit Zurückhaltung eingesetzt werden, sie wirken spät und thrombovaskuläre Ereignisse sind häufig. Siehe 7.68.

Mikroultraschall bei Prostatakrebs

Von Dr. Niklas Harland und Prof. Dr. Arnulf Stenzl,
Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Tübingen

Die Diagnostik bei bestehendem Verdacht auf das Vorliegen eines Prostatakrebses hat sich in den letzten zehn Jahren stark gewandelt. Mit der Einführung der Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata gab es erstmals ein Verfahren mit hoher Zuverlässigkeit insbesondere für aggressive Karzinome. Verschiedene Verfahren, beginnend mit der Möglichkeit anhand der Bildgebung gezielte Biopsien durchzuführen bis hin zur robotisch-gesteuerten Biopsie, wurden entwickelt.

Aber auch die MRT ist nicht ohne Einschränkungen, die in der Anwendung beachtet werden müssen. Für die vollständige Untersuchung ist bislang noch die Verwendung eines Kontrastmittels notwendig, welches in die Vene gespritzt wird. Bei Patienten mit einer stark eingeschränkten Nierenfunktion kann das verwendete Kontrastmittel die Funktion weiter verschlechtern und darf daher nicht angewendet werden.

Vorsicht ist auch bei Patienten mit künstlichen Herz-Schrittmachern geboten. Diese sind zum Teil nicht „MRT-fähig“, da einzelne Bauteile magnetisch sind und vom MRT gestört werden können, besonders betroffen sind hier sogenannte Defibrillatoren.

Problematisch sind auch Patienten mit künstlichen Hüftgelenken und anderen metallhaltigen „Ersatzteilen“ im Körper. Auch diese können, je nach Fabrikat, das MRT derart stören, dass eine zuverlässige Beurteilung der Prostata auf dem notwendigen Niveau nicht möglich ist.

Die aktuell bestehenden Protokolle zur Durchführung eines MRT der Prostata er-

fordern zwischen 30 und 60 Minuten Zeit im Gerät. Während dies für die Mehrheit der Patienten gut möglich ist, kann es für Patienten mit Klaustrophobie eine starke Belastung darstellen, bis hin zur Notwendigkeit der Vollnarkose.

Zusammenfassend ist also das MRT bezüglich Durchführung und Beurteilung eine spezialisierte Untersuchung, die eine sehr gute Aussagekraft hat. Es gibt jedoch zahlreiche Patientengruppen, für die alternativer Bedarf besteht.

Für diese Gruppe von Patienten kann zum aktuellen Zeitpunkt primär die Gewebesicherung mittels einer sogenannten Saturations-Biopsie erfolgen. Hierbei wird durch eine deutlich höhere Anzahl von Biopsien (>20) die Wahrscheinlichkeit für die Detektion erhöht. Dieses Verfahren basiert auf einem ungezielten Vorgehen, getreu dem Motto: „Viel hilft viel!“.



Dr. Niklas Harland, © privat



Prof. Dr. Arnulf Stenzl, © privat

Kurzfassung

Für Patienten, beispielsweise mit künstlichen Gelenken, Herzschrittmachern, eingeschränkter Nierenfunktion, für die ein MRT nicht in Frage kommt, ist der Mikroultraschall eine Alternative.

Neuerdings ergänzt hier der Mikroultraschall die bestehenden Techniken. Hierbei wird mit hochfrequenten (29 MHz) Schallwellen ein hochauflösendes Bild

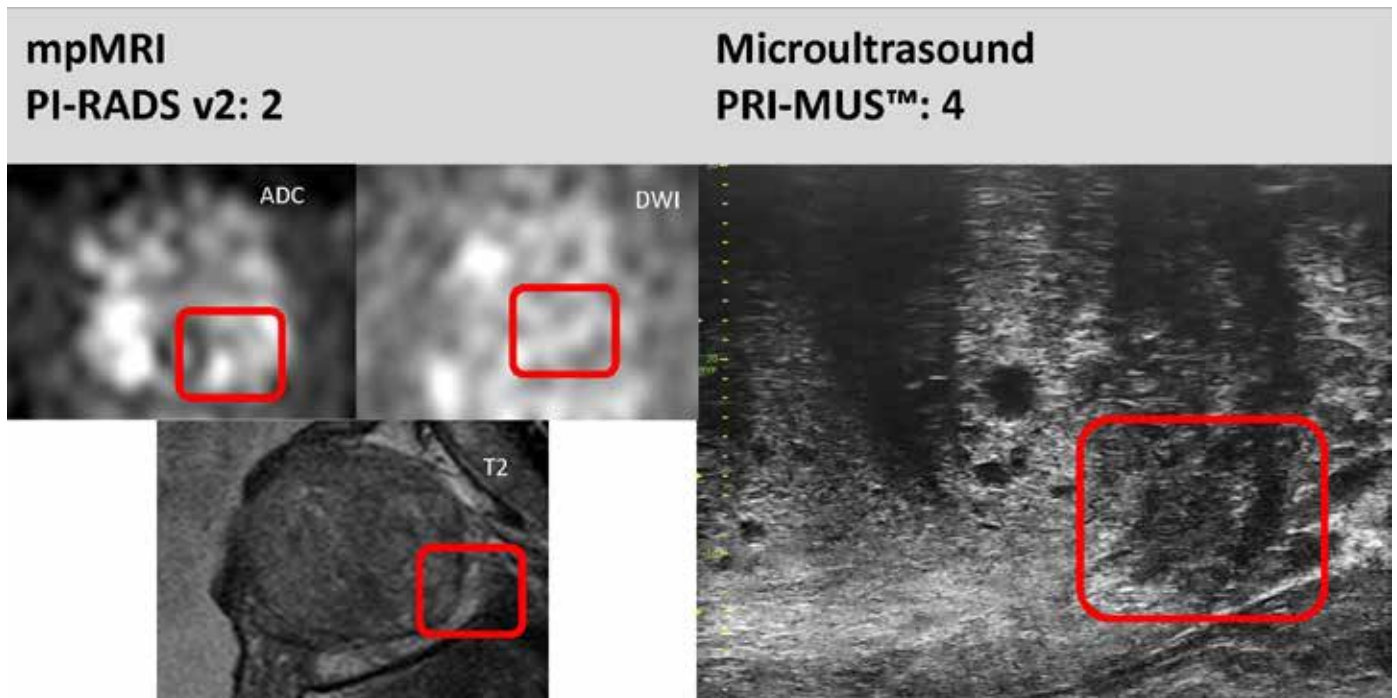


Abb. 1. Fall eines Patienten mit Gleason 7b (ISUP Gruppe 3)-Prostatakrebs, nicht erkennbar im MRT und als PRI-MUS™ 4 im Mikroultraschall klassifiziert, © mit freundlicher Genehmigung von „the Prostate International Society“, sunnyhyeong@gmail.com

der Prostata erstellt. Mit einer Ortsauflösung von 0,07 mm x 0,07 mm ist der Ultraschall dem MRT mit 3 mm x 0,7 mm x 0,4 mm deutlich überlegen. Dies erlaubt die Darstellung der einzelnen Drüsengänge der Prostata (Abb. 1), damit sind anders als im Standardultraschall oder MRT erst-

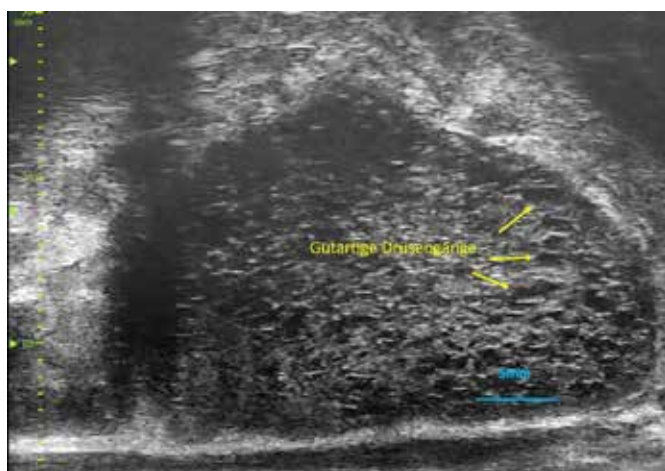


Abb. 2. Transrektaler Mikroultraschall der peripheren Zone mit Darstellung eines PRI-MUS 1-Befundes (physiologische Drüsenstruktur)

mals auch die Entnahmestellen vorheriger Biopsien darstellbar (Abb. 2).

In früheren Untersuchungen zum Ultraschall wurde häufig die Untersucherabhängigkeit des Verfahrens kritisiert. So fehlten bislang klare Kriterien, nach denen verdächtige Areale in der Prostata mittels Ultraschalls definiert werden sollten. Für den Mikroultraschall wurde daher ein klares Schema mit festgelegten Kriterien zur Risikoklassifikation geschaffen, das PRI-MUS Protokoll (Abb. 3). Hier werden bestimmte Areale einer von fünf Gruppen mit aufsteigender Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms zugeordnet. Hiermit sowie durch ein standardisiertes Training können reproduzierbare und zwischen Untersuchern vergleichbare Befunde erhoben und dokumentiert werden.

Diese Entwicklung hat zu zahlreichen Studien zu den möglichen Einsatzbereichen des Mikroultraschall geführt. In einer kürzlich veröffentlichten Untersuchung mit über 1.000 Patienten wurden Biopsien sowohl nach MRT als auch mikroultraschallgestützt entnommen. Es zeigte sich, dass

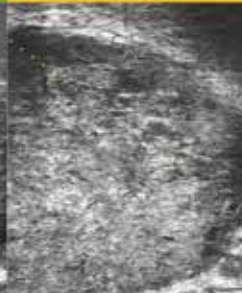
PRI-MUS™	1	2	3	4	5
Beispiel					
Definition	Intakte Drüsenarchitektur („Schweizer Käse“)	„Helleres“ Hypoechogenes Gewebe mit oder ohne Drüsenstruktur	Leichte Inhomogenität oder helle Echos in „hellem“ hyperechogenem Gewebe	Unregelmäßiges Echo „Blumenkohl“, unscharf oder helle Echos in dunklem Gewebe	Unregelmäßige Schatten, Areale mit gemischtem Echo oder unregelmäßige Prostatagrenzen

Abb. 3. PRIMUS-Protokoll, © mit freundlicher Genehmigung von „the Prostate International Society“, sunnyhyeong@gmail.com

der Mikroultraschall dem MRT in der diagnostischen Genauigkeit mindestens nicht unterlegen ist. In der Sensitivität, also der Anteil der Prostatakarzinomfälle, die mit einer Methode entdeckt werden, war der Mikroultraschall mit 94 % dem MRT mit 90 % sogar überlegen.

Ein Feld, auf dem noch deutliche Verbesserungen notwendig sind, ist die Beurteilung, ob ein Prostatakrebs noch auf das Organ beschränkt ist oder als lokal-fortgeschrittener Befund bereits über die Drüse hinauswächst. Hier konnte das MRT in den bisherigen Untersuchungen mit einer Sensitivität von 62,5 % keine optimale Erkennungsrate erbringen. Daher verlassen sich die Behandler zumeist noch auf Berechnungsmodelle anhand des PSA-Wertes, Gleason-Scores sowie Anteil der Stanzbiopsien mit Krebsnachweis. Erste Untersuchungen in diesem Bereich zeigten deutlich bessere Werte von über 80 % für den Mikroultraschall. Der Stellenwert für die Beurteilung des Lokalbefundes ist aktuell Gegenstand von weiteren Untersuchungen (Abb. 4).

Ein großer Vorteil gegenüber dem MRT ist, dass die Untersuchung, Biopsie und eine mögliche anschließende Therapie von einer Person durchgeführt werden können. Mögliche Unschärfen in

der Kommunikation zwischen den Fachgebieten sind somit ausgeschlossen. Ebenso entfällt die aufwändige Fusionstechnik, die aktuell noch notwendig ist, um mittels Ultraschalls einen im MRT diagnostizierten Befund zu biopsieren.

Die oben genannten Ergebnisse liefern einen sehr hoffnungsvollen Ausblick auf das, was wir zukünftig vom Mikroultraschall erwarten können.

Es gibt jedoch auch aktuell noch Einschrän-

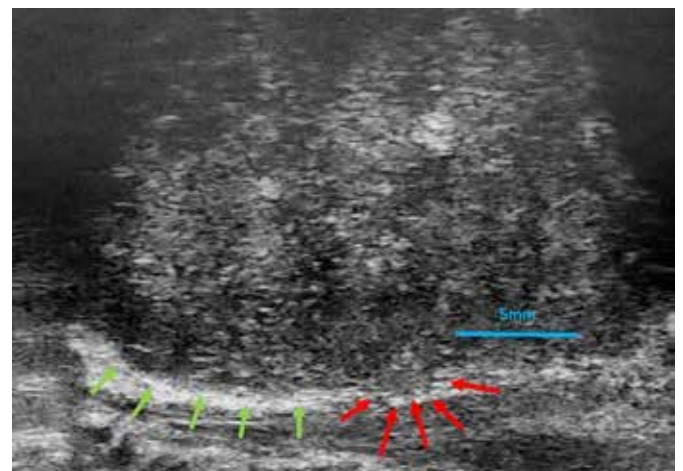


Abb. 4. Transrektaler Mikroultraschall der Prostata; Grüne Pfeile: glatte Prostatakapself; Rote Pfeile: Kapselüberschreitender Tumor

kungen, die überwunden werden müssen. Bislang sind die Geräte, die zur Durchführung eines Mikroultraschalls der Prostata nötig sind, noch sehr kostenintensiv. Neben der sehr aufwändigen Technik ist hier sicherlich auch die fehlende Konkurrenz für den einzigen bestehenden Anbieter verantwortlich. Angesichts der hohen Anschaffungskosten sowie der notwendigen Schulun-

gen für die Untersucher gibt es in Deutschland nur sehr wenige Zentren, die diese Untersuchung derzeit anbieten können. Es ist jedoch zu erwarten, dass in der Zukunft die Verbreitung deutlich zunehmen wird und immer mehr Patienten ein hochwertigerer Ultraschall der Prostata angeboten werden kann.

Die Literatur liegt bei den Verfassern.

Selbsthilfe und Psychoonkologie

Von Dipl.-Psych. Jürgen Matzat, langjähriger Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen am Universitätsklinikum Giessen

Ein früherer Bundesgesundheitsminister hat die Selbsthilfe einmal als „vierte Säule des Gesundheitswesens“ bezeichnet – neben den Praxen der niedergelassenen Ärzte, den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Ihre Zahl wird inzwischen auf 70.000 bis 100.000 geschätzt. Etwa die Hälfte davon gehört zu bundesweiten Selbsthilfeorganisationen (wie dem BPS). Hinzu kommen ca. 300 professionell betriebene Selbsthilfe-Kontaktstellen vor Ort, die existierende Gruppen unterstützen, bei Neugründungen helfen, Interessierte über Selbsthilfegruppen informieren und die Selbsthilfe-Idee in der Öffentlichkeit vertreten. Neben dem Suchtbereich und

dem psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich stellt der onkologische traditionell einen besonderen Schwerpunkt der Selbsthilfe dar.

Galt Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen vor Jahren noch vielen als Störenfriede im Gesundheitssystem, die ständig unzufrieden sind, Kritik üben und als „Laien“ gegenüber Fachleuten auf eigener Meinung beharren, werden sie heute weitgehend als geschätzte Kooperationspartner gesehen in der Betreuung von Patienten, bei der Mitwirkung in Entscheidungsgremien (z. B. G-BA) und Leitlinienkommissionen, bei der Zertifizierung von Krebszentren und neuerdings sogar bei Planung und Durchführung von Forschungsvorhaben.

Kerngedanke der gemeinschaftlichen und wechselseitigen Selbsthilfe in Gruppen und Organisationen ist die unmittelbare menschliche Begegnung und die Nutzung der Betroffenen-



© privat



© mapoli-photo – stock.adobe.com

Kompetenz aus eigener Erfahrung. Mehr und mehr spielen auch die Orientierung an der sogenannten evidenzbasierten Medizin eine Rolle und die Anwendung moderner Versorgungsaspekte wie „gemeinsame Entscheidungsfindung“ von Profi und Patient und ganz persönliche „informierte Entscheidung“ der Betroffenen. Stärker ins Blickfeld rückt in der gesamten Medizin die Mit-

dere Sache ist es, dass es Menschen – und gerade Männern! – mitunter schwer fällt, ihre Gefühle zu thematisieren und die rechten Worte dafür zu finden. Sie haben das nicht gelernt, und viele fühlen sich noch alten Idealen von Stärke und Tapferkeit verpflichtet. Man ist doch kein Weichei! Und mit dem „Psycho-Kram“ will man lieber nicht allzu viel zu tun haben. Das macht es sicher auch dem ei-

nen oder anderen Selbsthilfegruppen-Leiter schwer, solche Themen „an den Mann zu bringen“. Vielleicht hilft da – neben dem Hinweis auf wissenschaftliche Erkenntnisse diesbezüglich – die Kontaktaufnahme zu einem Psychoonkologen, den man persönlich mal aufsuchen



beteiligung seelischer und psychosozialer Aspekte von Krankheit, sowohl was ihre Entstehung und ihren Verlauf angeht als auch ihre Folgen (bzw. die von Behandlungsmaßnahmen). Hier ist die Onkologie besonders fortschrittlich: das Fachgebiet Psychoonkologie ist bereits fest etabliert.

Liegt es nicht nur allzu nahe, dass diese Entwicklung sich auch in der Arbeit von Selbsthilfegruppen widerspiegelt? Wo könnte man sich besser über eigene Ängste, depressive Gefühle, Ratlosigkeit und Verzweiflung austauschen als in einer Runde von Gleichbetroffenen? Hier muss man sich nicht schämen, nicht krampfhaft um die Aufrechterhaltung einer stabilen Fassade bemühen, wenn doch die Reaktion der Anderen meist lauten wird: „Das kennen wir, das ist/war bei uns ganz ähnlich.“ Solche Gefühle zu verbergen, mag „draußen“ vielleicht oft ganz sinnvoll sein, hier in der Gruppe aber ist es das nicht. Geteilte Ängste verbinden, verschwiegene Ängste trennen. Eine an-

(„schaden kann es ja nichts“) oder zu einem kleinen Referat und zu einem Erfahrungsaustausch in die Selbsthilfegruppe einladen könnte. Um eine dafür (hoffentlich) geeignete Fachperson zu finden, könnte man sich beispielsweise wenden an:

- Krebszentren,
- psychosoziale Krebsberatungsstellen (<http://b-p-s.link/p49>),
- an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (<https://www.dapo-ev.de/>),
- die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (<https://pso-ag.org/de/>),
- die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. (<https://www.dgpm.de/de/home/>) oder
- die örtliche Selbsthilfe-Kontaktstelle (<https://www.nakos.de/adressen/rot/>).

Kooperationen der Selbsthilfegruppen mit zertifizierten Prostatakrebszentren



Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert Prostatakrebszentren mit dem ihnen gemeinsamen Ziel verbesserter Patientenbetreuung. Das hierbei verwendete Zertifizierungssystem soll Patienten in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert.

Zertifizierte Prostatakrebszentren sind Netzwerke stationärer und ambulanter Einrichtungen, in denen alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Fachrichtungen eng zusammenarbeiten. Dazu gehören neben Urologen, Strahlen- und Nuklearmedizinern, Radiologen, Pathologen und weiteren Fachdisziplinen onkologische Pflegekräfte, Psychoonkologen und Sozialarbeiter. Das Zertifizierungssystem, inklusive der Durchführung regelmäßiger Audits vor Ort, wird durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut.

Jährlich müssen die Zentren nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Prostatakrebserkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Diese Anforderungen sind zusammen mit klinischen Qualitätsindikatoren und von Patienten berichteten Gesundheitsinformationen in Erhebungsbögen festgelegt. Sie werden regelmäßig in interdisziplinären Kommissio-

nen aktualisiert, in denen auch der BPS Sitz und Stimme hat.

Veröffentlichte Jahresberichte informieren über die statistische Verteilung der summierten Therapieergebnisse aller Zentren. Auf freiwilliger Basis können sich Prostatakrebszentren individualisierte Jahresberichte erstellen lassen. Mit diesen können sie die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Prostatakrebszentren vergleichen und die Qualität ihrer Behandlungen stetig verbessern. Die veröffentlichten Jahresberichte können Selbsthilfegruppen auf der Internetseite der DKG ebenfalls einsehen und mit dem individualisierten Bericht des Zentrums vergleichen, mit dem sie kooperieren. Messen, Berichten und Vergleichen von Therapieergebnissen in einem standardisierten Qualitätsmanagement verbessert die Patientenversorgung objektiv und nachvollziehbar.

Nutzen Selbsthilfegruppen die Möglichkeit des Vergleichs der Behandlungsergebnisse im Rahmen ihrer Kooperationen mit zertifizierten Zentren?

Jürgen Mindermann, SHG Burgdorf:

Eine Kooperation zwischen Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen (SHG) und zertifizierten Prostatakrebszentren (PKZ) kann gelingen, muss aber

nicht! Folglich laufen manche Kooperationen „gut“ und andere laufen „schlecht“.

Seit 2008 können sich auf Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft urologische Kliniken zertifizieren lassen. Dazu müssen sie Mindeststandards erfüllen, die in zeitlichen Abständen überprüft werden. Damit haben prostatakrebs-erkrankte Männer die Sicherheit, in zertifizierten Prostatakrebszentren unter gleichen Mindeststandards behandelt zu werden. Der BPS ist in das Zertifizierungsverfahren eingebunden. Dabei hat er dafür gesorgt, dass jedes zur Zertifizierung anstehende PKZ durch eine Kooperationsvereinbarung die Zusammenarbeit mit einer SHG nachweisen muss. So dürfen SHGs in Kooperationen mitwirken. Oft gelingen Zusammenarbeiten aber nicht oder nur schlecht, weil Aufgaben, Pflichten und Möglichkeiten auf beiden Seiten nicht klar sind. Eine bundesweite Fragebogenaktion unter allen 129 SHG mit abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen zeigte 2018, dass ein Drittel der befragten SHG „zufrieden“, ein weiteres Drittel „deutlich unzufrieden“ war und das letzte Drittel unterschiedliche Mängel, gepaart mit positiven Aspekten beschrieb. Natürlich ist auch der Begriff „zufrieden“ subjektiv, entscheidend ist aber die Tatsache der Unzufriedenheit, egal in welcher Ausprägung. Diese Daten und Angaben sind angesichts der geringen Rückmeldungen allerdings nicht repräsentativ.

Ich engagiere mich seit nun 16 Jahren in der Selbsthilfe, weil ich prostatakrebs-erkrankten Männern meine Hilfe in sozialen, psychologischen und medizinischen Bereichen anbieten wollte. Dabei bin ich anfangs nicht davon ausgegangen, dass der medizinische Teil der weitaus größte Bereich werden würde, zu dem die Männer Fragen haben. Zu sozialen und psychologischen Aufgabenkomplexen konnte ich berufliche Kompetenzen einbringen, zum medizinischen Bereich hatte ich – bis zu meiner eigenen Prostatakrebs-erkrankung – gar keine Erfahrungen oder Kenntnisse.

Aber ich hatte mit Beginn meiner Erkrankung größtes Interesse, „etwas“ über Prostatakrebs zu erfahren. Ich wusste nichts und wollte viel lernen. Daher wollte ich auch zu allen Tumorkonferenzen

eingeladen werden – sonst wäre ich keine Kooperation eingegangen. Den letzten Teil des Satzes habe ich nie ausgesprochen. Meine Begründungen mögen so überzeugend gewesen sein, dass mir dieser Wunsch erfüllt und in der jeweiligen Kooperationsvereinbarung festgehalten worden ist. Ich bin den beiden Chefarzten, Dr. S. Conrad und Dr. J. Stein, dankbar, dass sie mir dieses Eingangsvertrauen entgegengebracht haben (s. hierzu auch „Kooperationen – aus Sicht der Mediziner“).

Meine Absicht war es nie als „Kontrolleur“ tätig zu sein. Diese Aufgabe hat OnkoZert im Zertifizierungsverfahren oder im Rahmen der Re-Zertifizierung. Ebenso wollte ich nicht als juristischer Beistand der betroffenen Männer fungieren – ich wollte ihnen helfen, möglichst gut.

Ich habe mich sehr bemüht, möglichst allen Einladungen zu den Tumorkonferenzen nachzukommen – was nachvollziehbarerweise nicht immer möglich sein konnte. Zu den Tumorkonferenzen werden mir die namentlich geschwätzten Unterlagen zeitgerecht zugeschickt. Das möchte ich, um mich einzulesen. Dabei kann ich überlegen, welchen Therapie-vorschlag ich wohl machen könnte. Gut, dass mancher Vorschlag nicht realisiert wurde! Es gibt bis heute keine Tumorkonferenz, die ich nicht mit einem Wissenszugewinn verlassen habe. Keine Frage bleibt unbeantwortet oder wird nur oberflächlich beantwortet – auch die per Mail eingereichten. Themen und Termine zu Vorträgen werden problemlos abgesprochen, selbst bei einer offenen OP durfte ich anwesend sein.

Sollte die Teilnahme an Tumorkonferenzen seitens des PKZ mit Hinweis auf den Datenschutz verweigert werden, weise ich gerne darauf hin, dass in allen Re-Zertifizierungsverfahren, an denen ich teilgenommen habe, der Hinweis auf eine Verschwiegenheitserklärung von der Zertifizierungskommission ohne Weiteres akzeptiert wurde.

Grundsätzlich sollte man sich seiner „Rolle“ und seiner „Qualifikation“ in einer Tumorkonferenz bewusst sein: Dort treffen sich hochqualifizierte und professionell arbeitende Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Urologie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie), die in Zusammenarbeit eine

individuelle Diagnose und Therapie zum Wohl eines Patienten erarbeiten. Das will ich als Vertreter der Selbsthilfe auch, aber eben nur guten Willens und nicht professionell.

Eines allerdings habe ich und somit alle SHG-Leiter: Patientenkompetenz. Wenn bei zu viel medizinischem Eifer der Patient vergessen wird, erinnere ich schon daran, die individuellen Interessen, Vorstellungen und Wünsche des Patienten nicht zu vergessen und auch zu berücksichtigen.

Beide Seiten müssen grundsätzlich auch bereit sein: Nicht jeder Arzt will mit einem „Nicht-Arzt“ etwas Gemeinsames machen, möglicherweise schon gar nicht mit einem Vertreter der Selbsthilfe. Es ist gut möglich, dass sich ein SHG-Leiter einer solchen Situation stellen muss. Der SHG-Leiter darf bei seinem Gegenüber ärztliche Kompetenz voraussetzen, das kann der Arzt von seinem Gegenüber nicht einmal. Da ist der Aufbau von Fronten schlecht und nicht sachdienlich.

In der Region Hannover sind zur „Gründerzeit“ der Prostatakrebszentren fünf Zentren entstanden. Mit drei Zentren hatte ich als Vertreter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf Kooperationsvereinbarungen (PKZ Friederikenstift Hannover, PKZ Klinikum Burgwedel und PKZ der Medizinischen Hochschule Hannover). Die Zusammenarbeit mit dem PKZ der MHH hat nie richtig stattgefunden, so dass ich die Kooperation von meiner Seite her aufgelöst habe. Die beiden anderen Kooperationen laufen gut.

Selbstverständlich habe ich gemeinsam mit der eigenen Gruppe viel aus den Vorträgen gelernt, die Referenten aus verschiedensten Einrichtungen gehalten haben. Auch die Teilnahme der ganzen Gruppe als Gäste oder auch als Referenten bei Informationsveranstaltungen des PKZ kann zu einem gegenseitigen Gewinn führen.

Übrigens: Die Zusammenarbeit mit zwei PKZ ist ein Zugewinn, da die PKZ unterschiedlich arbei-

ten – sachlich wie auch menschlich-persönlich. Besonders ist sicherlich auch, dass Prof. Dr. H. Christiansen, Leiter der onkologischen Strahlentherapie an der MHH und ich uns auf eine mündlich abgesprochene Zusammenarbeit verständigt haben. Ohne schriftliche Fixierung, außerhalb von Rahmenbedingungen, aber mit dem festen Willen und dem gegenseitigen Vertrauen zum Wohl der Patienten da zu sein. Diese Form der Absprache reicht uns aus, um „auf Zuruf“ zielführend tätig zu werden.

Aus unserer Sicht kann eine Zusammenarbeit gelingen, wenn beiderseits der Wille zur Zusam-



menarbeit, gegenseitige Akzeptanz, das Bewusstsein der grundsätzlichen Andersartigkeit und die gemeinsame Zielbereitschaft zur individuellen Hilfe gegenüber dem einzelnen Patienten bestehen.

Wenn diese Kriterien akzeptiert werden können und in einem (oder mehreren) Vorgesprächen verbindliche Grundsätze abgesprochen und in einer Kooperationsvereinbarung fixiert werden, dann hat man den ersten wichtigen und gemeinsamen Schritt getan.

Damit ist aber noch nichts Praktisches erreicht. Wenn man nicht sofort alles will, sondern nach und nach versucht, die grundsätzlichen Überlegungen in die Tat umzusetzen und bei Unge-

reimtheiten, Missverständnissen zu sich und dem Gegenüber ehrlich ist und Fehler akzeptiert, dann kann im Laufe der Zeit – das können Monate, und auch Jahre sein – gegenseitiges Vertrauen entstehen. So hat sich das anfangs sensible Gebilde der Kooperation zwischen unserer Burgdorfer SHG mit den beiden Prostatakrebszentren entwickelt. Gegenseitiges Vertrauen und Ehrlichkeit, gepaart mit einer realistisch formulierten Kooperationsvereinbarung sind beste Voraussetzungen, um zu einem gemeinsamen Ziel zu kommen: Prostatakrebskranken Männern zu helfen.



Von Günter Kupke, SHG Rhein-Neckar e.V.

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V. hat drei Kooperationen mit Prostatakrebszentren bzw. mit dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen. Diese Kooperationen werden ganz unterschiedlich gelebt. Diese Unterschiede ergeben sich aus den unterschiedlichen Arbeitsweisen dieser Kliniken. Die einzelnen Partner sind:

Die Urologische Klinik der Universitätsmedizin Mannheim (UMM): Es findet ein reger Austausch zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal mit der SHG statt. Zum Entlass-Management der Klinik gehört eine Information der Patienten über die Selbsthilfe. Unser Flyer wird dabei übergeben. Im Austausch schulen wir das Pflegepersonal über die SHG und Ärzte. Diese, wie auch das

Pflegepersonal kommen regelmäßig zu unseren Gruppentreffen. Sechsmal pro Jahr bekommen wir über den Gesundheitstreff Mannheim Gelegenheit, Sprechstunden in der UMM abzuhalten. einmal jährlich werden wir zu einem Patiententag eingeladen, an dem wir uns präsentieren können und Vorträge halten. Wir sind auch Partner bei den Patientenveranstaltungen, die bis zur Pandemie unter dem Motto „Medizin für Mannheim“ in der UMM abgehalten wurden. Unsere Berater werden zu internen Schulungen der niedergelassenen Urologen (Uroonkologischer Arbeitskreis) eingeladen.

Die Urologische Klinik des Klinikum Ludwigshafen (KliLu): Unser Flyer wird im Rahmen des Entlass-Managements übergeben. Wir können pro Jahr zehn Sprechstunden im Kontinenzzentrum abhalten. Die Ärzte halten regelmäßig Vorträge in unserer Gruppe.

Selbsthilfebüro Heidelberg: Über das Selbsthilfebüro sind wir in den Patientenbeirat des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) eingebunden. Unsere Flyer werden ausgelegt und auf die Selbsthilfe verwiesen. Zum jährlichen Patiententag werden wir eingeladen und leiten auch die sich anschließende Expertenrunde. Weiterhin geben wir ein 90-minütiges Seminar bei HeiCu-Med zum Thema Selbsthilfe. An dem Seminar müssen alle Studenten der Human-Medizin im 7. Semester teilnehmen. Fragen zur Selbsthilfe sind Bestandteil des Exams.

Die Arbeit in den Zentren ist für uns sehr wichtig. Die hohe Zahl unserer Mitglieder kommt nicht von ungefähr. Dafür müssen sechs Mitglieder des Vereins ehrenamtlich viel Arbeit leisten, was sie aber sehr gerne machen. Unsere Betroffenen danken uns das in vielfältiger Form. Da vier Mitglieder unserer Gruppe auch in der BPS-Hotline tätig sind, ist unsere SHG in der Region und darüber hinaus sehr präsent. Durch die Kooperationen haben wir in normalen Zeiten einen regen Zulauf. Auch bei der Einladung kompetenter Referenten haben wir keine Probleme. Da die Gruppe sehr groß ist, besteht in der UMM und im KliLu die Möglichkeit, in kleiner Runde bzw. unter vier Augen mit den Betroffenen zu sprechen.

Hans Biegert, SHG Lörrach:

Eine Zusammenarbeit seitens der Klinik findet so gut wie nicht statt. Wir werden nur benutzt, um dem Anspruch „Zusammenarbeit mit einer SHG“ zu genügen.

Der einzige Vorteil ist, dass wir immer wieder Ärzte als Referenten für unsere Treffen anfordern können. Ich hatte mir mehr vorgestellt.

Karl Heinz Bauer, SHG Karlsruhe:

Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Karlsruhe ist in der glücklichen Lage, dass sie seit ihrer Gründung 2001 sowohl von der urologischen Klinik als auch von der Klinik für Strahlentherapie am Klinikum Karlsruhe hervorragend unterstützt wird. Die Unterstützung besteht im Angebot von Referenten zu unterschiedlichen Fachthemen, in Beteiligung an Veranstaltungen der Kliniken bis hin zu Einladungen als Gasthörer bei urologischen Fortbildungen. Beide Kliniken wurden 2018 erfolgreich zertifiziert. Die Kooperation funktioniert bestens – auch ohne Vertrag. Seit 2004 haben wir auch enge Verbindung zur Reha-Klinik MediClin-Staufenburg in Durbach. Ich halte dort mit SHG-Kollegen an bis zu 17 Terminen im Jahr in wechselnder Besetzung Vorträge über die Arbeit der Selbsthilfegruppen für Männer mit Prostatakrebs.

Wolfgang Rohde, SHG Köln-Süd:

Wir haben als SHG Prostatakrebs Köln-Süd einen Kooperationsvertrag mit der Uniklinik Köln und dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Köln-Hohenlind, mit dessen Chefarzt der Urologie ich häufigen Austausch habe, und wir z. B. einen Tag der offenen Tür organisieren wollten, was aber wegen Corona verschoben werden musste. Er ist auch Referent in unserer Gruppe. Durch die Kooperation mit der Uniklinik (speziell der Urologie unter Leitung von Prof. Heidenreich) gewinnen wir zahlreiche Referenten zum Thema Prostatakrebs, bekommen aber auch Kontakt zu anderen Fachbereichen und Themen, wie z. B. Sport bei Krebs, Naturheilkunde, genetische Ursachen für PCa etc..

Der Verein „Lebenswert“ im neuen CIO-Gebäude der Klinik stellt uns darüber hinaus einen Tagungsraum für unsere Mittwochsveranstaltungen

zur Verfügung, am ersten Montag im Monat tagen wir in der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Köln. (Natürlich ist alles zurzeit nicht mehr möglich, sondern wir konferieren virtuell über Jitsi.)

Ich selbst nehme regelmäßig an Qualitätszirkeln der Uniklinik und des St. Elisabeth-Krankenhauses teil. Nach meiner Einschätzung laufen beide Kooperationen sehr gut, wir sind durch die Uniklinik natürlich auch in einer privilegierten Situation.

Alfons Swaczyna, PROCAS Regensburg/Oberpfalz:

Die PROCAS Regensburg/Oberpfalz hat schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit dem Prostatakarzinomzentrum am Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg und dem Prostatakarzinomzentrum St. Marien Amberg. Wir haben erfreut festgestellt, dass mit der jüngeren Generation von Ärzten eine positive Aufgeschlossenheit und Zugewandtheit einhergeht, da diese den Stellenwert der Selbsthilfe erkennen.

Wir haben uns zur Aufgabe gemacht, das ganze Leistungsspektrum eines Prostatazentrums kennenzulernen und mit den dort handelnden Medizinerinnen in direkten Kontakt zu kommen. Für die Leitung von PROCAS ist ein gutes Verhältnis zu den Leitern der Prostatakrebszentren besonders wichtig. Von besonderem Vorteil ist, dass die Klinik für Urologie in Regensburg in der Forschung und Lehre aktiv ist und so Patienten an Studien teilnehmen können.

Ein nicht so enges Verhältnis wie mit der Gründungsklinik in Regensburg besteht mit dem Prostatakarzinomzentrum der Klinik für Urologie am Krankenhaus St. Marien Amberg (Leiter Dr. Weiser). Die Klinik ist kleiner und in kommunaler Hand. Sie ist im Gegensatz zu Regensburg weniger „exklusiv“ ausgerüstet – kein Da Vinci-Verfahren – und behandelt jährlich Fallzahlen an der Mindestgrenze, wie sie für PCA-Zentren vorgeschrieben sind. Da in Amberg keine PCA-Selbsthilfegruppe existiert, hat sich PROCAS als Kooperationspartner angeboten, weil die Bemühungen, in Amberg eine eigene PCA-Selbsthilfegruppe zu gründen, gescheitert sind.

Die Pflege einer ernsthaften Kooperation ist be-

anspruchend und von einem SHG-Leiter alleine nicht leistbar, denn sie setzt eine aktive, arbeitsteilige und an den Behandlungsstrukturen interessierte Selbsthilfegruppe voraus. Doch in den meisten Gruppen finden sich dafür kaum Interessierte. Die Ausreden sind vielfältig: man ist zu alt, hat keine Zeit und/oder traut sich die Aufgabe nicht zu. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist aber nicht nur eine Bringschuld der PCA-Zentren, sondern auch eine Holschuld jeder SHG. Mit Jammern kommt man nicht weiter.

nes Erachtens ein wichtiges Element bei der Zusammenarbeit und können eine gute Einstiegshilfe zu Beginn einer Kooperation sein. Viel wichtiger zum Gelingen einer langfristigen Kooperation ist meiner Meinung nach die persönliche Ebene mit Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Loyalität, Menschenliebe, Einsatz und Ansprechbarkeit.

Wir versuchen durch tatkräftiges Handeln unsere Kooperationen zu intensivieren und aktiv mitzugestalten. So werden wir oft von den Ärzten oder psychoonkologischen Mitarbeitern im



Hans Werner Biehn, SHG Marburg:

Seit vielen Jahren sind wir als örtliche Gruppe bemüht, die verschiedenen Beteiligten im Bereich der Prostatakrebstherapie mit uns zu vernetzen und Kooperationen mit diesen anzustreben. In der Zeit der Pandemie haben wir uns verstärkt um Kooperationsvereinbarungen mit den niedergelassenen uro-onkologischen Praxen und Zentren in unserem Bereich bemüht. In einem Seminar zur Psychoonkologie des Fachbereichs Psychologie der Philipps Universität Marburg hatte ich die Rolle eines betroffenen Experten übernommen.

Mittlerweile haben wir mit fast allen, außer einer, in unserem Einzugsgebiet tätigen uro-onkologischen Praxen Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Darüber hinaus bestehen Verträge mit dem örtlichen Prostatakrebszentrum des CCC (und wohl bald des CCC-Verbundes Hessen) und der Rehaklinik der DRV.

Schriftliche Rahmenvereinbarungen sind mei-

persönlichen Gespräch über anstehende strukturelle Änderungen direkt informiert. Das schafft bei „unseren“ Männern Vertrauen, Zuversicht und Hoffnung – wichtige Grundlagen, um mit der Krankheit umgehen zu können.

Darüber hinaus sind wir bei jeder Re-Zertifizierung und jeder uro-onkologischen Fortbildung dabei, werden zu den meisten psychoonkologischen/psychiatrischen Fortbildungen von PsyMa (= Zusammenschluss von über 200 Psychiatern und Psychoonkologen in Marburg und Umgebung) eingeladen. Bisweilen haben wir mehr Anfragen als wir derzeit bewältigen können.

Unsere Selbsthilfegruppe lebt von den persönlichen Beziehungen, der wechselseitigen Anerkennung und der Verlässlichkeit der einzelnen Partner innerhalb dieses Kooperationsbundes. In Rahmenverträgen sind die Rechte und Pflichten der Selbsthilfgruppenleiter schnell beschrieben und finden sich manchmal nur in entsprechen-

den Ordnern wieder. Eine gute Kooperation entsteht durch den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses und festigt sich, zumeist langsam, durch wechselseitige Verlässlichkeit. Die Zusam-

menarbeit ist stärker von persönlichen Beziehungen als von rechtlichen Vorgaben geprägt. Hierfür braucht es einen langen Atem: in unserem Fall seit zwölf Jahren.

Kooperationen – aus Sicht der Mediziner

Wie erleben und beurteilen Mediziner die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen? Dr. med. Joachim Stein, Leiter des Uroonkologischen Zentrums im Klinikum Großburgwedel und Priv.-Doz. Dr. S. Conrad, Leiter des Prostatazentrums am Friederikenstift Hannover berichten über ihre Erfahrungen

Dr. med. Joachim Stein, Leiter Uroonkologisches Zentrum, Klinikum Großburgwedel:

Was bedeutet es für mich als Leiter eines Prostatakarzinomzentrums, eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe einzugehen? Zunächst eine mehr oder weniger aufwändige Pflicht im Rahmen der Zertifizierung. Es ändert sich erst dann, wenn man sich als klinisch tätiger Urologe auf die handelnden Personen einlässt. Dann kann aus der Pflicht eine willkommene Kooperation auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und Respektes entstehen.

In den vergangenen Jahren habe ich von der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen stets profitiert. Der regelmäßige Austausch miteinander führt zu einem größeren Verständnis für die Fragen und Probleme, die unsere Patienten nach einer Behandlung des Prostatakrebses beschäftigen und es sind bei weitem nicht nur die Themen „Harninkontinenz“ oder „Erektionsstörung“. Es drückt sich sehr gut in der Feststellung von Jürgen Mindermann, Leiter des Selbsthilfegruppe Burgdorf, aus: „Ich kann



© privat

mit Ihnen fachlich nicht auf Augenhöhe sein, das will ich auch nicht, aber ich weiß, was die Männer bewegt“. Diese bewegenden Gedanken kann man sehr wohl menschlich auf Augenhöhe austauschen.

Das ist die Basis für eine erfolgreiche gemeinsame Arbeit im Interesse der Patienten/Betroffenen und deren Angehörigen. Wir haben in unserem Zentrum die Möglichkeit geschaffen, anonymisierte Tumorkonferenzen zu gestalten, sodass auch Vertreter der Selbsthilfegruppen teilnehmen können. Das schafft Transparenz für den Prozess der Abwägung und die Sorgfalt einer individuellen Therapieempfehlung.

Der regelmäßige Austausch über gemeinsame Veranstaltungen mit Vorträgen der Ärzte bei den Selbsthilfegruppen und der Vertreter der Selbsthilfegruppen bei Zentrumsveranstaltungen, erfüllt eine Kooperation mit Leben.

Nach über 10-jähriger Rückschau auf die gemeinsam geleistete Arbeit kann ich mit Stolz behaupten, dass wir erfolgreich waren, aber was noch viel wichtiger ist: es hat mir stets Freude bereitet!

Priv.-Doz. Dr. Stefan Conrad, Leiter Prostatazentrum am Friederikenstift, Chefarzt der Urologischen Klinik, DIAKOVERE Friederikenstift, Hannover:

Auch aus unserer Sicht ist die Kooperation mit den beiden Selbsthilfegruppen, die Kooperationspartner unseres Zentrums sind, nämlich die SHG Burgdorf und die SHG Hannover, von Anfang an eine Erfolgsstory. Seit der Erstzertifizierung unseres Zentrums im Jahr 2009 haben die beiden Leiter der SHGen regelmäßig an unseren

Tumorkonferenzen teilgenommen und haben uns immer wieder auch zu Vorträgen, Informationsveranstaltungen und Gesprächen in ihre Gruppen eingeladen.

Erst durch Gespräche mit den SHG-Leitern wurde mir übrigens bewusst, dass diese Teilnahme an den Tumorkonferenzen keineswegs Standard in

den DKG-zertifizierten Prostatazentren in Deutschland zu sein scheint. Dabei ist gerade die Mitwirkung der Gruppenleiter an der Tumorkonferenz aus unserer Sicht ein wichtiger Baustein, um eine langjährige vertrauensvolle Kooperation zu begründen und wachsen zu lassen.



© privat

Warum sehen wir das so? Durch die Vertreter der SHGen können wir, die wir unsere Prostatakarcinompatienten zuvorderst aus einem ärztlich-professionellem Blickwinkel beurteilen, besser die persönlichen und sozialen Aspekte der Erkrankung aus der Sicht von Betroffenen kennenlernen

und in die Therapieplanungen einbeziehen. Der monatliche „Jour fixe“ schafft aber auch eine verbindliche Regelmäßigkeit des Austausches und des Kennenlernens und schafft schließlich eine Basis, Therapiepfade und Probleme von Patienten, aber auch allgemeine Fragen zum Prostatakarcinom niederschwellig sozusagen auf dem kleinen Dienstweg zu besprechen.

Natürlich setzt eine gute Zusammenarbeit einen Grundkonsens einer wertschätzenden Kommunikation voraus, den wir mit unseren Kooperationspartnern von vornherein glücklicherweise hatten – mehr braucht es aber eigentlich auch nicht für ein gutes Gelingen. Wenn alle akzeptieren, dass Fachkenntnisse und subjektives Erleben nicht auf beiden Seiten gleichmäßig verteilt sind, sollte einer langfristigen guten Zusammenarbeit nichts im Wege stehen.

Am Ende profitieren beide: die SHG, indem ein schneller und niedrigschwelliger Informationsfluss gewährleistet wird und die Klinik, die die Erfahrungen, Wünsche und Nöte der Patienten zurückgespiegelt bekommt und deren Standing von einer guten Zusammenarbeit im „Wettbewerb“ um die Patientenakzeptanz nur profitieren kann.

Wie kann eine „gute“ Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Prostatakrebszentren gelingen?

Von Helmut A. Kurtz, SHG Heidekreis & Jürgen Mindermann, SHG Burgdorf

Eine Befragung aller Selbsthilfegruppen des BPS zur Situation der Zusammenarbeit zwischen Prostatakrebszentren (PKZ) und Selbsthilfegruppen (SHG) hat Unzufriedenheit in vielen Kooperationen gezeigt. Missverständnisse, Kommunikations- und Akzeptanzprobleme, mangelnde Hilfe in der Außendarstellung, Nichteinladung zu Veranstaltungen, fehlendes Zeitmanagement uvm. führen dazu, dass einige Kooperationen „eingeschlafen“ sind, andere sich auf wenige Aktivitäten

zurückgezogen haben.

Um die oben genannten Unklarheiten möglichst rechtzeitig zu erkennen, haben wir als Vertreter der Selbsthilfe – aus guter Erfahrung – die folgenden Punkte aufgelistet, die ein SHG-Leiter vor seiner Entscheidung eines Abschlusses einer Kooperationsvereinbarung dringlichst beachten sollte. Für manchen alten „Kooperations-Hasen“ mögen die Punkte auch zur Auffrischung dienen – man lernt ja nie aus.

Vor einer Kooperationsvereinbarung

Grundsätzlich sind die nachfolgenden Fragen zu klären:

- Warum soll ich eine Kooperationsvereinbarung abschließen?
- Wer will eine Kooperation (aus welchen Gründen)?
- Wer hat von dem Abschluss einen Nutzen (aus welcher Motivation heraus)?
- Welchen Sinn, Nutzen hat die Vereinbarung für mich, für die SHG?
- Welche Aufgaben erwachsen mir in einer Kooperation?
- Was will ich in einer Kooperation machen?
- Wie kann ich Vertrauen aufbauen?
- Wo ist mein Platz in einer Kooperation? Ich habe – möglicherweise als einziger Teilnehmer – Patientenkompetenz.
- Welchen Stellenwert habe ich in der Kooperation? Ich bin ein „Externer“ in der Reihe der Mitarbeiter eines PKZ und bin als Patientenvertreter nicht „der Mittelpunkt der Welt“!
- Was kann ich in der Kooperation bewirken?
- Wie kann ich aktiv in einer Kooperation mitwirken?
- Welche Ressourcen müssen/kann die Selbsthilfe einbringen?
- Welche Pflichten werden von beiden Seiten erwartet?
- Welcher Zeitaufwand ist erforderlich?
- Wie verhalte ich mich, wenn das PKZ auf seine eigene Kooperationsvereinbarung besteht (z.B. Klinikverbund oder Organzentrum)?
- Ergeben sich besondere Risiken (juristisch) aus einer Kooperation?
- Was erwartet ein PKZ (wohl) von uns, einer SHG?
- Was erwarten Patienten von einem PKZ?

Räumliche Nähe zwischen SHG und PKZ erleichtert die gegenseitige Kontaktaufnahme von Betroffenen zur SHG und auch zum PKZ. Bei größeren räumlichen Entfernungen sollte klar sein, ob ein beidseitiges offenes, ehrliches und vertrauensvolles Interesse an einer zielführenden Kooperation besteht. Denn keinesfalls sollte eine Kooperationsvereinbarung eine Feigenblattfunktion für das PKZ im Zertifizierungsverfahren sein!

Eine Kooperation gelingt eher dann, wenn beiden Seiten bewusst ist, dass nicht eine Seite „besser“ oder „schlechter“ ist, nicht „über“ oder „unter“ der anderen steht. Jede Seite hat eigenständige Arbeitsbereiche und sollte ihren Anteil einbringen.

Das PKZ besteht aus einer gut ausgebildeten, diagnostisch und therapeutisch professionell agierenden Ärzteschaft. Die Vertreter der Selbsthilfe sind keine Rechtsbeistände der Patienten. Sie sind ihre ehrenamtlichen Helfer. Sie therapieren nicht, haben aber Patientenkompetenz, wissen also, wie sich jemand fühlt, der plötzlich und ungewollt mit nasser Hose in der Öffentlichkeit steht!

Wenn beide Seiten ihren eigenständigen Part erkennen und akzeptieren und versuchen, sich gegenseitig zu verstehen und zu achten, dann ist die Chance gegeben, in einer auf zunehmendem Vertrauen aufbauenden Kooperation zielorientiert gemeinsam zum Wohle der Patienten zu handeln. Dafür sind wir da!

Selbsthilfegruppen mit digitaler Zukunft

Von Hans-Jürgen Schulz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Neuss

In den Anfängen der aktiven Selbsthilfe trafen sich Teilnehmer in losen Gesprächsgruppen, um ihre Erfahrungen auszutauschen. Später organisierten sich Landes- und Bundesverbände. Gruppenleiter wurden geschult, mit Laptop und Beamer hielt die digitale Vortragsform Einzug. Komplexere Themen, auch von Ärzten und anderen Experten, konnten visualisiert und verständlicher dargestellt werden. Hinzu kamen Smartphones, E-Mail-Accounts und soziale Netzwerke.

Die Mehrzahl der Gruppentreffen blieb aber geprägt von Präsenzphasen und einer Kommunikation über Telefon, E-Mail und Briefverkehr. Sicherlich führte die Altersstruktur der Teilnehmer dazu, dass die meisten mit dieser Form zufrieden waren und Veränderungen eher skeptisch gegenüberstanden.

Corona änderte alles: Innerhalb kürzester Zeit gab es keine Präsenzveranstaltungen mehr, es mussten neue digitale Wege gefunden werden.

Neben Chat-Rooms, abonnierbaren Medien-dateien (Podcast) und Messenger-Diensten (z.B. WhatsApp, Telegram, Signal) bildeten Video-Konferenzen und Online-Meetings eine umsetzbare Form der modernen Digitalisierung, um sich mit anderen Teilnehmern auszutauschen.

Dieser Entwicklungsschritt traf bei den Selbsthilfegruppen auf unterschiedliche Reaktionen. Ein Teil identifizierte sich verhältnismäßig schnell mit dieser neuen Form und andere waren nicht bereit, an digitalen Konferenzen teilzunehmen.

Gründe für eine solche Blockadehaltung

Interessanter Weise ist nicht alleine die Altersstruktur ein Grund, denn die war auch bei den fortschrittlicheren Teilnehmern ähnlich wie bei den Verweigerern. Bei den Letzteren war eher ein Unwille erkennbar, sich dieser neuen Technik zu stellen, weil unregelmäßig benutzte Laptops nach dem Erwachen aus ihrem Tiefschlaf erst einmal nur widerspenstig ihren Dienst aufnehmen, da

sie erst mit den angestauten Updates beschäftigt sind. Umfangreiche Texte und Videos auf einem Smartphone anzuschauen, setzt genügend Sehfähigkeit voraus und umständliche Apps und Anwendungen fördern nicht die Freude im Umgang mit digitalen Kommunikationsmitteln.

Abhilfe könnten nicht zu kleine Tablets mit leistungsfähigen Prozessoren, hochauflösenden Displays und leicht zu bedienenden Apps schaffen. Mit dieser Technik sind auch Videokonferenzen ohne lange Vorbereitungszeit möglich.

Und nach der Pandemie?

Nach dem Ende der Corona-Pandemiebeschränkungen werden wieder Präsenztreffen möglich sein und diese bilden nach wie vor den strukturellen Rahmen der Selbsthilfegruppen. Denn selbst bei der besten digitalen Ausstattung kann diese Technik kein persönliches Gespräch, einen Händedruck oder eine freundliche Umarmung ersetzen.

Die großen Chancen, die die Digitalisierung bietet, sollten aber erhalten bleiben und weiter entwickelt werden. Denken wir nur an die vielen beschriebenen Möglichkeiten und Angebote, die der digitale Fortschritt mit sich bringt: Webinare und Vorträge können zu beliebigen Zeiten geplant werden. Informationen fließen in kürzeren Zeiträumen und bleiben somit aktuell. Zeitraubende, kostspielige Reisen und Aufenthalte entfallen.

Digitale Lösungen

Neben leicht zu bedienender Hardware (z. B. Tablet) und verständlicher Konferenz-Software (z.B. Zoom, Webex Meeting etc.) sollten regelmäßige Schulungen stattfinden. Auch die Möglichkeit gruppeneigene Tablets leihweise zur Verfügung zu stellen, sollte nicht außer Acht gelassen werden. Alle Gruppen sind aufgefordert, positiv in die Zukunft zu sehen und den angefangenen digitalen Weg fortzusetzen.

SHG Berlin-Nord: Patientenbeirat/Ernährungsberatung

Von Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Berlin-Nord

Patientenbeirat der Charité

Klaus Kronewitz, Leiter der SHG Berlin-Nord, hat sich als Mitglied des Patientenbeirats des Comprehensive Cancer Center der Charité Berlin (= integratives Tumorzentrum und zertifiziertes Onkologisches Zentrum in Berlin, kurz: CCCC) beworben und wurde gewählt.

Der Patientenbeirat des CCCC unterstützt jeden Betroffenen. Verbesserungsvorschläge und Anregungen bespricht der Beirat regelmäßig mit der Leitung und erarbeitet Maßnahmen, beispielsweise in der Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient und Arzt oder in der Patientenversorgung. Darüber hinaus steht der Patientenbeirat den Wissenschaftlern und Ärzten an der Charité Berlin für die Planung von klinischen, patientenbezogenen Forschungsprojekten beratend zur Verfügung. Kritik und Anregungen sollen so schneller aufgenommen werden, die Möglichkeiten der medizinischen Forschung und Versorgung sollen transparenter gemacht werden.

Klaus Kronewitz wird in diesem Gremium auch die Interessen der Prostatakrebs-Selbsthilfe vertreten und im BPS-Magazin darüber berichten.

Ernährungsberatung

Elfriede Sommerfeld, eine Ernährungsberaterin speziell für Krebserkrankungen, konnte für einen Vortrag am 7. Juli 2021 in einem Gartenlokal ge-

wonnen werden. Die Beteiligung war erwartungsgemäß hoch. Frau Sommerfeld wies darauf hin, dass bei Krebserkrankungen immer eine ganzheitliche Betrachtung wichtig sei. Beispielsweise sei es ratsam, regelmäßig einen großen Darmcheck (Entzündungsmarker, Bakterien, Gallensäure, Pilze) durchführen zu lassen. Eine derartige Untersuchung kann man am besten vom Onkologen oder Proktologen verordnen lassen.

Auch ein großes Blutbild (Spurenelemente, Vitaminmangel, Vitalstoffmangel, Mineralstoffmangel, Nierenwerte, Leberwerte, Schilddrüsenwerte) sei in diesem Zusammenhang empfohlen. Bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten ist unbedingt ein IgG/IgG4-Test (nicht auf Sofort- sondern auf Spätreaktionen!) anzuraten. Dieser Test gibt z.B. Aufschluss über Intoleranzen auf Nahrungsmittelzusatzstoffe sowie über Intoleranzen auf Medikamente, chronische Erkrankung der Dünndarmschleimhaut sowie auf Entzündungsprozesse.

Sie erklärte den Einfluss von Kohlenhydraten, Eiweißen, Fetten, Vitaminen, Spurenelementen und Antioxidantien auf den Prostatakrebs und zeigte, welche Nahrungsmittel und Getränke bevorzugt und gemieden werden sollten.

Die Vielfältigkeit des Themas und die Resonanz der Zuhörer hat gezeigt, wie wichtig auch Vorträge zu Sport und Ernährung in den Selbsthilfegruppen sein können.

SHG Bergisch Gladbach feiert 15-jähriges Jubiläum

Von Jürgen Klein, Leiter der Selbsthilfegruppe Bergisch Gladbach

Am 12. Juli 2006 gründeten zehn Betroffene und Vertreter des Landesverbands Nordrhein-Westfalen die „1. Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bergisch Gladbach“. Dr. Stefan Machtens, Chef-

arzt der Urologie des Marien-Krankenhauses, hielt am selben Tag einen Vortrag und ist seitdem ein ständiger Begleiter und Unterstützer der SHG. Seit Gründung hat die Gruppe 88 Teilnehmer, von

denen sich 12 bis 18 Betroffene und Angehörige regelmäßig im Monat zu aktiver und informativer Aussprache treffen.

Ihr Leiter Jürgen Klein ist seit August 2012 im Amt und sucht auch in Pandemiezeiten den persönlichen Kontakt. Die SHG Bergisch-Gladbach

trifft sich jeden 2. Montag im Monat (wenn der Montag ein Feiertag sein sollte, Verschiebung auf nächstfolgenden Montag) im Marienkrankenhaus, Dr. Robert-Koch-Str. 18, 51429 Bergisch-Gladbach. Ansprechpartner ist Jürgen Klein, Telefon 02207-2707, E-Mail: wjklein.42@web.de.

Klaus Schindler von der SHG Lingen/Ems geehrt

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen e. V.

Klaus Schindler betreut an Prostatakrebs erkrankte Männer und deren Familien und hat in der Region mehrere Selbsthilfegruppen gegründet. Er hat die gegründeten Selbsthilfegruppen immer sehr unterstützt und war stets mit Rat und Tat zur Stelle. Nun wurde Klaus Schindler vom Niedersächsischen Ministerpräsidenten Stephan Weil die „Medaille für vorbildliche Dienste um den Nächsten“ verliehen. Der Vorstand des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe gratuliert Klaus Schindler zu dieser Auszeichnung verbunden mit dem Dank für die großartige ehrenamtliche Arbeit.



Oberbürgermeister Dieter Krone (links) ehrt Klaus Schindler, © H. A. Kurtz

SHG Salzgitter ist weiter da

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen e. V.

Unter dem Motto: „Selbsthilfegruppen sind weiter da“ haben sich die Salzgitteraner Selbsthilfegruppen am Salzgittersee getroffen, um der Öffentlichkeit zu zeigen: „Wir sind für Euch da“. Während der Corona-Pandemie ist es stiller geworden. Auch Video- und Telefonkonferenzen ersetzen nicht die notwendigen persönlichen Gespräche.

Mehre örtliche Zeitungen berichteten über diese Aktion, die von der örtlichen Kontaktstelle organisiert wurde. An dieser Aktion nahmen 13 Selbsthilfegruppen teil. Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e.V. gratulierte der Gruppe für das hohe Engagement.

von links: Gerhard Nothaft (Stellv. Leiter SHG Salzgitter) und Gert Mielke (Kassenwart SHG Salzgitter), © Hartmut Fürch



Erstes BPS-Onlineseminar erfolgreich durchgeführt

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen e. V.

Das erste Online-Seminar des BPS wurde im Mai erfolgreich durchgeführt mit dem Thema „Kooperation der Selbsthilfegruppen mit zertifizierten Prostatakrebszentren“.

Seminarleiter war Helmut A. Kurtz, der von Nicola Horndasch sowie den Referenten Dr. med. Johannes Rückher (Deutsche Krebsgesellschaft), Sebastian Dieng (OnkoZert) und Dr. med. Martin Burmester (Chefarzt Vinzenz Krankenhaus Han-

nover) unterstützt wurde. Das Seminar bot den Teilnehmern eine hohe Qualität und Hilfestellung bei der Durchführung und Handhabung einer Kooperationsvereinbarung. Auch in diesem Seminar zeigte sich, dass durch den Austausch der Meinungsvielfalt die Qualität der Vereinbarungen verbessert wird.

Das BPS-Seminar „Komprimiertes SHG-Wissen“ fand im Juni ebenfalls erfolgreich online statt.

Selbsthilfegruppe Coburg trauert um Wolfgang Schüppler

Von Christian Geltl, Vorsitzender des BPS-Landesverbands Bayern

Die Prostatakarzinom Selbsthilfegruppe Coburg und der Landesverband Selbsthilfe Bayern nimmt Abschied von Wolfgang Schüppler, der am 3. April 2021 verstorben ist.

Wolfgang Schüppler hat über 17 Jahre die Arbeit in der Gruppe mit großer Hingabe geprägt. Nach der eigenen Diagnose hat er aufgrund seines Wissensdurstes versucht, auf Vorträgen und Kongressen möglichst viel über die Hintergründe und die Therapiemöglichkeiten seiner Krankheit zu lernen. Das umfangreiche Wissen hat er für die Gruppe aufbereitet und durch die Organisation von interessanten Vorträgen noch erweitert.

Bedingt durch die eigene Betroffenheit und seine umfangreichen Kenntnisse hat er damit vielen Mitgliedern erklärend und einfühlsam den Umgang mit der Erkrankung erleichtert. Dafür danken wir ihm ganz herzlich. Die Gruppe und der LV-Bayern werden ihn sehr vermissen und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.



© C. Hess

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.



Wolfgang Jacob ist verstorben

Von Günter Feick, Vorsitzender des BPS-Landesverbands Hessen

Wolfgang Jacob gründete und leitete die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Wiesbaden seit 1998. Sein zuverlässiges, freundliches, 23 Jahre währendes ehrenamtliches Wirken wurde im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) und in seinem Landesverband Hessen sehr geschätzt. Als Zeichen der Anerkennung und des Dankes ehrte ihn der BPS mit dem Großen Verbandsabzeichen in Gold. Die Stadt Wiesbaden bedankte sich bei Wolfgang Jacob mit seiner Verleihung der Bürgermedaille in Gold.

Wir danken Wolfgang Jacob für sein außergewöhnliches Engagement. Er war uns eine starke Stütze und ein guter Kamerad. Wir werden uns an Wolfgang Jacob in Zuneigung und Dankbarkeit erinnern und trauern mit seinen Angehörigen.



© privat

Nachruf Gerd Studer

Von Rainer Genschorek im Namen der Kollegen der SHG Stuttgart und des BPS-Landesverbands Baden-Württemberg

Wir trauern um Gerd Studer, unseren allseits geschätzten 2. Vorsitzenden des Landesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg (LPS-BW) und Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart, der nach einem langen, ideenreichen Kampf gegen seine Erkrankung verstorben ist.

Mit Gerd Studer verlieren wir einen Freund und Weggefährten in der Prostatakrebs-Selbsthilfe. Seit 24. März 2007 leitete er seine SHG in Stuttgart. Im Oktober 2007 war er ein Gründungsmitglied und ab 2009 2. Vorsitzender des LPS-BW.

Die Selbsthilfe hat er zu seinem Lebenswerk und Lebensinhalt gemacht. Neben seinen unermüdlichen Aktivitäten für seine Gruppe, seinen Landesverband und seinen BPS vertrat er diese auch in der KISS Stuttgart und beim Krebsverband BW.

Von seinen eigenen Erfahrungen profitierten diverse Arbeitskreise, aber besonders der AK „Fortgeschrittener PK“ im BPS. Er war am Aufbau, der Betreuung sowie den Erhalt von vielen SHGs beteiligt und war als Ansprechpartner stets

gefragt. Er hatte immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte, nicht nur der von Prostatakrebs betroffenen Männer, sondern auch für deren Angehörige.

In seinem Netzwerk befanden sich viele namhafte Ärzte, die er als Referenten für Schulungen und Vorträge gewinnen konnte.

Sein größtes Hobby war das Radfahren. Zusammen mit dem Krebsverband BW und behinderten Menschen radelte er u.a. bis Venedig. Seine Reiseberichte sind einigen Lesern sicher noch in bester Erinnerung.

Gerd Studer war auch ein Genießer, liebte gutes Essen und beste Württemberger Rotweine. In seiner Gesellschaft war es immer sehr kurzweilig und fröhlich.

Wir werden ihn mit seiner Lebensfreude in Erinnerung behalten. Mit großer Wertschätzung nehmen wir Abschied und sagen „Danke, Gerd“.



© privat

GKV-Hilfsmittelverzeichnis jetzt als Webportal

Im Hilfsmittelverzeichnis für gesetzlich Krankenversicherte sind alle Hilfsmittel aufgeführt, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt, wie digitale Hörgeräte, Rollatoren und Inkontinenzhilfen. Dieses GKV-Hilfsmittelverzeichnis wurde nun überarbeitet und steht als Webportal unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home> zur Verfügung. Damit stehen umfangreiche Informationen zu den einzelnen Hilfsmitteln und -herstellern ebenso wie eine papierlose Onlineantragstellung zur Verfügung.



„Kurzgeschichten gegen Krebs“

22 Autoren schreiben „Kurzgeschichten gegen Krebs“ für einen guten Zweck. Herausgekommen ist eine Sammlung von 32 Geschichten zu Themen, die zum Schmunzeln, Staunen, Hoffen und Nachdenken anregen. Alle Autoren arbeiten honorarfrei, die Einnahmen gehen komplett an die Deutsche Krebshilfe: E-Book: 5,99 €, Druckversion: 11,99 €, ISBN 9 783753 479750.



Wolfgang H. Weinrich

Sex geht jetzt anders – Persönliches und Versöhnliches vom MännerKrebs

52 Seiten, ISBN 9783752689143, 6,99 € (E-Book 8,49 €), erhältlich über den Buchhandel und online.



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 2/2021

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



Onkologische S3-Leitlinien – jetzt als App

- ▶ alle onkologischen S3-Leitlinien jederzeit zur Hand
 - ▶ Benachrichtigungen, wenn es neue Versionen der Leitlinie gibt
 - ▶ häufig benötigte Empfehlungen, Tabellen und Abbildungen in einer Favoritenleiste
 - ▶ übersichtliche Navigation und Volltextsuche zu gewünschten Themen
 - ▶ Hinweise und Kommentare direkt an das Leitliniengremium möglich
- ... und das alles auch offline.

**Kostenfrei verfügbar
in den App-Stores für iOS und Android**

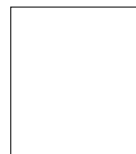


Absender (in Blockbuchstaben):

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