Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 3/2022

Strahlentherapie bei Prostatakrebs ▶

Aktuell

2 Der Vorstand informiert: Berichte von der 97. und 98. Sitzung des Vorstands des BPS
3 „Gemeinsam Zukunft Gestalten" – Eindrücke vom 74. DGU-Kongress
3 Zertifizierte onkologische Zentren behandeln nachweislich besser
4 BPS-Jahrestagung 2022: Thementische
5 Pilotprojekt „Erfahrungsaustausch Nachfolge" – Fortsetzung

Diagnose und Therapie

7 Oligometastasierung bei Prostatakrebs – die Rolle der Stereotaktischen Ablativen Strahlentherapie (SBRT)
11 Salvage-Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie
16 Hormonsensitives Prostatakarzinom: Androgendeprivation und Abirateronacetat in Erstlinie reicht aus
16 Aktive Überwachung: Wie häufig brechen Patienten diese Strategie ab und warum?
17 Darolutamid: Dreifachtherapie bei metastasiertem hormonsensitivem PCa (mHSPC)
17 Perineale Prostatabiopsie: Keine höheren Infektionsraten ohne Antibiotikaprophylaxe
18 Ursache für Metastasierung bei Prostatakrebs entdeckt
19 Flüssigbiopsie – für Prognose relevant
19 Radioligandentherapie in der ASV

Verbandsnachrichten

20 Jubiläen 2022
21 Aktivitäten des Landesverbands Baden-Württemberg
22 20 Jahre ehrenamtliche Arbeit – die SHG Celle feiert Jubiläum
23 SHG Prostataerkrankte Schleswig: 20 Jahre Lebensqualität
24 SHG Berlin-Nord bei Zukunftsdialog zur Krebsprävention
25 Aktivitäten der SHG Berlin-Mariendorf
26 Die PSHG Borken und Umgebung „on tour"
27 SHG Köln-Nord trifft sich wieder
27 Patientenforum im Universitätsklinikum Dresden
28 Infoveranstaltung „Kontinenztraining" durch SHG Bocholt
29 SHG Neuss bei Selbsthilfetag
30 Nachruf Helmar Frenzel
30 Wir trauern um
31 Unsere BPS-Beratungshotline sollte jeder Mann kennen!
31 Fortbildungsveranstaltungen des ZfK KSH Freiburg

Für Sie notiert

32 Register 2022
33 Europa Uomo: Früherkennungskampagne auf Zypern

Die Redaktion des BPS-Magazins bedankt sich für Ihr Interesse und freut sich, Sie auch bei den kommenden Ausgaben zu begrüßen.

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

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

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

Redaktionsschluss: **Ausgabe 1/2023: 1. März 2023**; Ausgabe 2/2023: 1. Juli 2023; Ausgabe 3/2023: 1. Oktober 2023

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

Titelfoto: smileus – stock.adobe.com
Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder. Die Redaktion behält sich vor, sinnwahrende Kürzungen vorzunehmen.

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

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2022 geht zu Ende. Anders als die letzten zwei Jahre kehrte etwas von dem zurück, was wir lange vermissten.

Heuer haben wir wieder Präsenzveranstaltungen auch im größeren Rahmen durchführen können. Höhepunkt war die Jahrestagung und die darin eingebettete 22. Ordentliche Mitgliederversammlung.

Aber auch Seminare, Workshops und Vorstandssitzungen fanden teilweise wieder in Präsenz statt. Der BPS war mit einem Stand auf dem 74. DGU-Kongress in Hamburg vertreten.

Auch am Deutschen Krebskongress in Berlin beteiligte sich der BPS im Rahmen des gemeinsamen Auftritts der Mitgliedsverbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe.

Mit Sorge jedoch schauen wir seit Monaten nach Osten. Unsere Solidarität, unser Mitgefühl und unsere Unterstützung gilt dem ukrainischen Volk, gilt all jenen Menschen, die Leid und Trauer erfahren mussten. Wir spüren die Auswirkungen dieser Ereignisse in unserem täglichen Leben. Vieles haben wir so nicht erwartet, müssen uns nun neu orientieren, auch auf Gewohntes verzichten.

Nur noch wenige Tage trennen uns vom Jahr 2023, dem wir mit gemischten Gefühlen und sicher auch bangem Herzen entgegenschauen. Mit Mut und Entschlossenheit werden wir aber die Herausforderungen gemeinsam meistern. Vertrauen wir auf unsere Stärke, wir haben allen Grund dazu.

Für die Festtage und den Jahreswechsel wünsche ich Ihnen Zeit für Familie und Freunde, für Menschen, die Ihnen lieb sind. Bleiben Sie gesund und tanken Sie Kraft.

Auf ein Wiedersehen im „Neuen Jahr".

Ihr
Werner Seelig
– Vorsitzender –

Auf ein Wort!

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

Nicht die Höhe der Spende ist es, die zählt, sondern Freiwilligkeit und Bereitschaft, selbst auf etwas zu verzichten. Seien Sie an dieser Stelle nochmals versichert, dass der BPS das ihm von Ihnen zur Verfügung gestellte Geld Cent für Cent für seine Ziele und Aufgaben verwendet, die Sie 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 97. und 98. Sitzung des Vorstands des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Nach seiner Wahl auf der Mitgliederversammlung trat der Vorstand zu seiner konstituierenden, der 97. Sitzung am 13. und 14. Juli 2022 in Fulda zusammen. Auf dieser Vorstandssitzung wurden die Aufgabengebiete für die einzelnen Vorstandsmitglieder beraten und beschlossen. Darüber wurden die Mitglieder des BPS im infobrief August informiert.

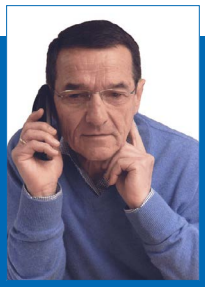
Unter dem Titel „Perspektive Jubiläumsjahr 2025 – Was wollen wir erreichen?", wurde der Startschuss für eine umfassende Analyse der gegenwärtigen Situation des BPS unter den sich stark ändernden Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Selbsthilfe gegeben. Es wurde vereinbart, bis zur nächsten Vorstandssitzung im Oktober Gedanken und Daten zusammenzutragen, um diese in einem Workshop unter Einbeziehung der Beschäftigten des BPS, zu beraten und zu priorisieren.

Am 11. Oktober 2022 fand die 98. Vorstandssitzung wiederum in Fulda statt. Wieder ließ sich der Vorstand zunächst von der Geschäftsstelle über die Mitgliederentwicklung informieren. Seit der Vorstandssitzung im April gelang in vier Selbsthilfegruppen eine Nachfolge, so dass diese weiterbestehen konnten. Für zwei weitere Gruppen haben sich in den letzten zwei Wochen Lösungen für eine neue Leitung abgezeichnet. Bedauerlicherweise gelang dies in sechs Selbsthilfegruppen nicht, so dass diese aus dem BPS austreten.

Der Vorstand nahm weiterhin Berichte aus den Arbeitskreisen und Gremien entgegen. Darunter war auch die Information über den Workshop „Nachfolge" am 19. und 20. Oktober 2022. Dort beraten erfahrene und teils langjährige SHG-Leiter mit „Neulingen" über die Anforderungen des Amtes.

Wie im Juli vereinbart, arbeiten die Beschäftigten des BPS und die Mitglieder des Vorstands an dem Papier „Perspektive Jubiläumsjahr 2025" weiter. Die Finalisierung der zusammengetragenen Gedanken zu einer Agenda wird noch dieses Jahr erfolgen.

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.

„Gemeinsam Zukunft Gestalten“ – Eindrücke vom 74. DGU-Kongress

(red. ws) Vom 21. bis 24. September lud die Deutsche Gesellschaft für Urologie zum 74. Kongress nach Hamburg ein. Die amtierende Präsidentin der DGU, Prof. Dr. med. Margit Fisch aus der Hansestadt, erwartete dazu rund 6.000 Urologinnen und Urologen aus dem In- und Ausland.

Auch dieses Jahr hatte der BPS wieder die Möglichkeit, ein Patientenforum zu organisieren und

(links) Ernst-Günther Carl während seines Vortrags im Rahmen des BPS-Symposiums, (rechts) Der BPS-Stand – besetzt mit Sophia-Ly Weidner und Ernst-Günther Carl – auf dem DGU-Patiententag, © BPS

durchzuführen. Die Vorträge – moderiert von Prof. J. Fichtner (Oberhausen) und W. Seelig (BPS) – standen unter der Überschrift „Qualität und Patient“. Alle hatten das Ziel, Qualitätsindikatoren und Messgrößen zu definieren, nach denen die Ergebnisse der Behandlung und der Behandler beurteilt und verglichen werden können. Ernst-Günther Carl (BPS) berichtete vor einem gut besuchten Forum über jüngste Entscheidungen auf europäischer Ebene, die noch ihrer nationalen Umsetzung bedürfen.

Im Rahmen ihrer Pressekonferenz verwies die DGU unter anderem auf diese Internetseite. Unter dem Motto „Gemeinsam die Früherkennung anstoßen!“ findet sich dort eine Kampagne, die gezielt den Mann ab 50 ansprechen will. Es lohnt sich, einfach einmal reinzuschauen.

Wie stets bei diesen Anlässen haben die Berater der BPS-Beratungshotline den Termin genutzt, um sich über die neuesten Entwicklungen bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Prostatakarzinoms zu informieren. Der Stand des BPS bot Fachpublikum und am Patiententag auch Betroffenen, Angehörigen und Interessierten Informationen über die Arbeit der Selbsthilfe.

Zertifizierte onkologische Zentren behandeln nachweislich besser

Wie das Projekt „WiZen – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ anhand umfangreicher Datenauswertung belegen konnte, kann eine Behandlung an zertifizierten onkologischen Zentren die Überlebenschancen für Patient:innen deutlich erhöhen. Dies überzeugte nun auch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Daher sollen die Erkenntnisse in die Versorgung einfließen. Quelle: G-BA, Oktober 2022

BPS-Jahrestagung 2022: Thementische

Im Rahmen der BPS-Jahrestagung treffen sich SHG-Leiter in kleinen Runden zum Wissens- und Erfahrungsaustausch. Die Ergebnisse der in diesem Jahr angebotenen Thementische „Ehrenamtliches Engagement" und „Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit Prostatakrebszentren" haben wir bereits im BPS-Magazin 2/2022 vorgestellt. Lesen Sie nachfolgend die Ergebnisse der Thementische „Social Media" und „Weiterbildung".

Social Media

Die Teilnehmerzahl übertraf mit 30 Personen die Erwartungen bei Weitem. Das Interesse daran, sich über Social Media im BPS auszutauschen, war offensichtlich groß. Zunächst gab es einen Vortrag, in dem es um den Ist-Zustand der Social-Media-Aktivitäten des BPS ging. Es folgten Ausführungen, wie man Kanäle in den sozialen Netzwerken aufbaut und mit welchen Inhalten man sie füllen kann. Die Teilnehmenden wurden darauf hingewiesen, welche Schwierigkeiten bei den Themen Bildrechte und bezahlte Werbung auftauchen können und es wurden Tipps gegeben, wie Betroffene, Angehörige und andere relevante Personen über die sozialen Netzwerke direkt und persönlich angesprochen werden können.

TT1 „Social Media"

Es gab interessanten Austausch zu den verschiedensten Aspekten der Thematik, von der Erstellung von Kanälen, darüber, welche Ziele man mit sozialen Netzwerken als SHG erreichen kann bis hin zu der Frage, mit welchen Kosten man welche Reichweite erzielen kann.

Es wurde außerdem der Wunsch nach einem Seminar zu diesem Thema geäußert, bei einer Abfrage, wie viele der Teilnehmenden an einem solchen Seminar teilnehmen würden, hob die überwältigende Mehrzahl die Hand. Es wurde außerdem der Wunsch formuliert, dies ggf. sowohl als Präsenz- als auch als Online-Veranstaltung anzubieten, damit möglichst viele Menschen aus allen Ecken Deutschlands daran teilnehmen können.

Als Fazit lässt sich sagen, dass das Interesse an dem Thema deutlich größer war als erwartet und dass auch der Austausch sofort und ohne größere Anstrengung durch die Moderation sehr lebendig und konstruktiv war.

Thementisch Weiterbildung

Da sich die Rahmenbedingungen schnell wandeln, müssen auch die Weiterbildungsmaßnahmen dem veränderten Bedarf angepasst werden. Welche Qualifikationen müssen wir erwerben, damit wir gut auf zukünftige Aufgaben vorbereitet sind? Welche Weiterbildungsmaßnahmen sind geeignet, um diese Ziele zu erreichen? Die Teilnehmenden des Thementischs Weiterbildung waren eingeladen, ihre Gedanken zu diesem Thema auszutauschen. Es wurde z.B. diskutiert, ob Weiterbildung zukünftig primär in Präsenzform oder digital stattfinden sollte. Die Pandemie hat zunächst die Grenzen klassischer Präsenzveranstaltungen aufgezeigt und dann den Fokus auf bisher für viele unbekannte, digitale Formate gelenkt. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass man beide Ansätze sinnvoll kombinieren sollte. Medizinische Grundlagen können beispielsweise durch Online-Vorträge vermittelt und auch direkt in der Selbsthilfegruppenarbeit genutzt werden. Fortgeschrittenes medizinisches Wissen kann hingegen besser vor Ort und im direkten Austausch mit

dem Referierenden erworben werden. Auch auf die Frage, welche grundlegenden Weiterbildungsmaßnahmen für die Leitungsaufgabe der SHG am besten geeignet sind, gibt es keine pauschale Antwort. Selbsthilfegruppen unterscheiden sich in ihren Schwerpunkten. Außerdem bringen die SHG-Leitungen beispielsweise aus dem Berufsleben unterschiedliche Vorkenntnisse und Fähigkeiten mit. Insofern sollte hier eine Art Baukastensystem aufgebaut werden, um die SHG-Leitungen je nach individueller Situation unterstützen zu können. Schließlich wurde das Pilotprojekt „Erfahrungsaustausch Nachfolge" kurz vorgestellt. Einigen Teilnehmenden des Themenstisches waren am Workshop der neuen SHG-Leitungen beteiligt, das am 23. und 24. Mai 2022 in Würzburg stattfand. Schon heute zeigt sich, dass der Workshop konkrete Erkenntnisse für die SHG-Arbeit hervorgebracht hat und zudem nachhaltig die Vernetzung der SHG-Leitungen untereinander fördert. Das wichtige Thema Nachfolge sollte nach Meinung der Teilnehmenden gezielt durch den BPS unterstützt werden. Wichtig ist hier vor allem eine frühzeitige Nachfolgeplanung. Die Diskussion am Thementisch war sehr offen und konstruktiv. Die gewonnen Eindrücke sollen in die Weiterentwicklung des zukünftigen Weiterbildungsangebotes einfließen.

Pilotprojekt „Erfahrungsaustausch Nachfolge" – Fortsetzung

Wie im BPS-Magazin 2/2022 berichtet, plante der BPS zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen bei der Staffelübergabe zwei Workshops für 2022. Nach einem erfolgreichen Start im Mai mit einem Workshop, zu dem ausschließlich neue SHG-Leitungen geladen waren, fand nun der Folgeworkshop am 19. und 20. Oktober in Fulda statt. Thematischer Schwerpunkt war die Suche nach Ansätzen und Ideen für eine erfolgreiche Staffelübergabe.

Hanns-Jörg Fiebrandt, Leiter der Selbsthilfegruppe Berlin-Mitte seit nun 14 Jahren, und Bruno Regelmann, neues Mitglied in der SHG Pforzheim fassen ihre Eindrücke zusammen:

Bruno Regelmann: „Als Neuling fühlte ich mich gleich gut angenommen und konnte mich auch

(von links) Bruno Regelmann (SHG Prostatakrebs Pforzheim), Peter Jost (SHG Prostatakrebs Senftenberg), Franz Josef Ebbing (Prostatakrebs SHG Borken und Umgebung), Werner Dunkel (Prostatakrebs Selbsthilfe Kassel), Peter Beindorf (Prostatakrebs SHG Weyhe), Hans Ulrich Arnold (SHG Prostatakrebs Südthüringen), Klaus Kronewitz (Prostatakrebs SHG Berlin-Nord), Erich Scherer (SHG für fortgeschrittenen Prostatakrebs München), Thomas Steinbach (BPS-Geschäftsstelle), Hartmut Barthold (SHG Reutlingen-Tübingen), Walter Göhmann (Prostatakrebs SHG Salzgitter), Hanns-Jörg Fiebrandt (SHG Prostatakrebs Berlin-Mitte), Werner Seelig, (BPS-Vorsitzender), Werner Mader (SHG Prostatakrebs Darmstadt und Umgebung), © BPS

bei dem einen oder anderen Thema einbringen. Das Thema Nachfolge in der SHG-Leitung ist bei uns in der Pforzheimer Gruppe präsent und ich konnte viele Ideen und Vorschläge mitnehmen. Alles in allem war es ein gelungener Auftakt für weitere informative Veranstaltungen."

Hanns-Jörg Fiebrandt: „Die unterschiedlichen Fragen der Teilnehmer machten deutlich, wie verschieden die Schwierigkeiten der SHGs bei der Nachfolgefindung sind. Ein gemeinsames Problem ist das fortgeschrittene Alter der bisherigen Leiter, aber auch das der zukünftigen Nachfolger und Stellvertreter. Weiterhin fürchten viele den Zeitaufwand, den die Gruppenarbeit mit sich bringt. In den meisten Fällen sei man schlicht froh, wenn sich einer findet, der wenigstens eine begrenzte Zeit die Gruppe weiterführt. Einig waren sich alle, dass Nachfolgende eines Ehrenamts sich nicht bewerben und daher aktiv gesucht und überzeugt werden müssen. Dabei wurde deutlich, dass potentiell Interessierte oft fürchten, nicht ausreichend qualifiziert zu sein oder den Umgang mit dem PC und den Programmen scheuen.

Die beiden Seminarleiter ergänzten sich gegenseitig sehr gut, so dass stets qualifizierter Rat zur Verfügung stand. Die Leitung des Workshops war gut strukturiert und vorbereitet. Probleme und Fragen wurden in kleinen Arbeitsgruppen definiert sowie Lösungsvorschläge erarbeitet. Argumente und Gegenargumente wurden dargelegt, behandelt und die Arbeitsergebnisse anschließend der gesamten Gruppe vorgestellt. Dabei zeigten sich alle Workshop-Teilnehmer mit interessanten Ideen und Lösungsansätzen.

Fazit von Hanns-Jörg Fiebrandt: „Wir als SHG-Leitung müssen qualifizierte Überzeugungsarbeit leisten, um Nachfolgende für Selbsthilfegruppen zu gewinnen."

Mitglieder der zeitgleich tagenden BPS-Beratungshotline erzählten spontan auch von ihren Erfahrungen und es wurde deutlich, wie sich die engagierten Männer im BPS gegenseitig tragen und unterstützen.

Oligometastasierung bei Prostatakrebs – die Rolle der Stereotaktischen Ablativen Strahlentherapie (SBRT)

Prof. Dr. med. Anca-L. Grosu, Klinik für Strahlenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Anca-L. Grosu, © privat

Bei Prostatakrebs ist die Behandlung von Metastasen von besonderer klinischer Bedeutung: Einerseits lindert sie die Beschwerden und verbessert die Lebensqualität, andererseits zeigen neuere Studien, dass sie das Fortschreiten der Krankheit und sogar die Lebenserwartung erheblich beeinflussen kann. In diesem Zusammenhang spielt die Strahlentherapie eine wichtige Rolle. Die Verabreichung einer moderaten Dosis kann zu einer deutlichen Schmerzlinderung, zur Vorbeugung von Knochenbrüchen, zur Stabilisierung der Knochenarchitektur, zur Vorbeugung oder Linderung von neurologischen Defiziten usw. führen.

Was bedeutet Stereotaktische Ablative Strahlentherapie (SBRT)?

Die technologische Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat die Entwicklung der stereotaktischen, ablativen Strahlentherapie ermöglicht (SABRT). Die SABRT (sterotactic ablative body radiotherapy, auch SBRT, SART oder SABR genannt) zeichnet sich dadurch aus, dass eine hohe Strahlendosis bis zu einer Genauigkeit von 1 (oder sogar weniger als 1) Millimeter in wenigen Fraktionen (Sitzungen) appliziert wird, um das Tumorvolumen vollständig zu zerstören – daher der Begriff der ablativen Behandlung. Aufgrund eines sehr steilen Dosisabfalls am Tumorrand zeichnet sich die SBRT auch durch eine maximale Schonung des gesunden Gewebes und damit ein minimales Risiko von Nebenwirkungen aus. In bestimmten Situationen kann die gesamte Strahlentherapie-Dosis in einer einzigen Sitzung verabreicht werden. In diesem Fall wird die Behandlung als Radiochirurgie bezeichnet, ein Name, der auf den vollständig ablativen Charakter der Therapie hinweist. Hirnmetastasen werden beispielsweise mit Radiochirurgie behandelt – eine Therapie, die eine lokale Tumorkontrollrate von 80 % oder mehr aufweisen kann. Grundsätzlich können alle operablen und nichtoperablen Läsionen in verschiedenen Körperlokalisationen, z. B. im Bauch/Becken, Lunge, Hirn, Leber, Knochen etc. mittels der SBRT behandelt werden. Der nicht-invasive Charakter der stereotaktischen Strahlentherapie ist auch einer der großen Vorteile dieser Methode: Sie erfordert keine Narkose, keine zusätzliche Medikation, ist nicht mit Schmerzen verbunden und kann ambulant in Sitzungen von 10 bis 20 Minuten durchgeführt werden. Die Geräte, an denen die SBRT durchgeführt werden kann, heißen Linearbeschleuniger (LINAC) oder Cyber Knife (bestimmte Variante eines Linearbeschleunigers) und gehören zur Ausstattung jeder Strahlentherapieklinik. Die Methode erfordert jedoch sowohl medizinische als auch physikalisch-technische Kenntnisse und wird nur in spezialisierten Zentren durchgeführt.

Für die SBRT-Behandlung sind einige radiologische Untersuchungen erforderlich: Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT) oder Positronenemissionstomographie (PET) – bei Prostatakrebs mit prostataspezifischem Membranantigen (PSMA). Alle diese Untersuchungen haben den Zweck, das Tumorvolumen genau zu visualisieren, um erstens die Oligometastasierung genau zu definieren und zweitens das Zielvolumen mit hoher Präzision abgrenzen zu können.

Zur Durchführung der für die Planung der Strahlentherapie erforderlichen Bildgebung und zur Durchführung der Strahlentherapie werden die Patienten in speziellen Systemen fixiert (stereotaktische Matte, Bauchpresse etc.), die während der Behandlung keine Körperbewegungen zulassen. Darüber hinaus zeichnen Videokontrollsysteme die Körperbewegungen während der Behandlung auf und können bei millimetergenauen Abweichungen die Bestrahlung stoppen. Alle diese Maßnahmen gewährleisten, dass die Bestrahlung mit Sorgfalt und hoher Präzision durchgeführt wird.

Nach genauer Koregistrierung der radiologischen Bilder (CT/MRT/PSMA-PET) markieren die Radioonkolog:innen das zu bestrahlende Tumorvolumen und die besonders zu schützenden Risikoorgane. Sie bestimmen auch die Strahlendosis, die zur Zerstörung des Tumors erforderlich ist, und die Anzahl der für die Behandlung notwendigen Sitzungen (im Allgemeinen zwischen 1 und 12 Sitzungen, je nach Größe des Tumors und der Empfindlichkeit der gefährdeten Nachbarorgane). Der nächste Schritt bei der Planung der Strahlentherapie wird durch die Medizinphysiker:innen vorgenommen. Sie bestimmen die Bestrahlungsfelder und die Verteilung der Strahlendosis im Tumor und im gesunden Gewebe. Der Therapieplan – in dem Tumor, Risikoorgane und die Verteilung der Strahlendosis dreidimensional und in verschiedenen Farben dargestellt sind, um besser beurteilt werden zu können – wird von den Ärzt:innen und Physiker:innen gemeinsam bewertet. Mit Hilfe mathematisch-biologischer Modelle wird die erforderliche Dosis im Tumor und die akzeptable Dosis im gesunden Gewebe abgeschätzt, um Nebenwirkungen zu vermeiden.

Nach der Besprechung und Genehmigung des endgültigen Bestrahlungsplans durch den Arzt und den Physiker wird der Therapieplan am Bestrahlungsgerät überprüft. Dazu wird ein Phantom – das dem menschlichen Körper entspricht – bestrahlt und die durch den Behandlungsplan verteilte Dosis im Phantom mit Hilfe von Dosimetrie-Tests gemessen. Entspricht diese Dosisverteilung im Phantom genau dem Bestrahlungsplan, wird der Plan den Ärzt:innen und Physiker:innen genehmigt und die Information vollständig an das Bestrahlungsgerät übertragen.

Der Patient wird im Beisein der Radioonkolog:innen, der Physiker:innen und des medizinisch-technischen Personals an dem Strahlentherapiegerät (Linearbeschleuniger, LINAC, Cyber Knife) eingestellt. Fortschrittliche Körperfixierungssysteme, Laser, die den 3-dimensionalen Mittelpunkt des Bestrahlungsgerätes bestimmen und Oberflächenerkennungssysteme werden eingesetzt, um den Patienten für die Strahlentherapie exakt zu positionieren. Außerdem wird vor der Behandlung die Lage des Patienten mit Hilfe von CT-Scannern (ConeBeam-CT) überprüft, die an das Bestrahlungsgerät angeschlossen sind. Sie können nicht nur die Oberflächenbewegungen des Körpers zeigen, sondern auch die Position und Bewegung der Organe in der zu bestrahlenden Region. Der Bestrahlungstisch kann in den drei Dimensionen verschoben oder gedreht werden, so dass die Position der Bestrahlungsregion (des Patienten) am Gerät genau der im Therapieplan festgelegten Position entspricht. Die genaue Positionierung des Patienten am Bestrahlungsgerät mit Hilfe von radiologischen Me-

Kurzfassung

Bei der Stereotaktischen Ablativen Strahlentherapie (SBRT) wird zur vollständigen Zerstörung des Tumors eine hohe Strahlendosis bis zu einer Genauigkeit von 1 (oder sogar weniger als 1) Millimeter in wenigen Fraktionen (Sitzungen) appliziert – mit einer maximalen Schonung des gesunden Gewebes und einem minimalen Risiko von Nebenwirkungen.

Patienten mit 1-3 (5) Metastasen des Prostatakarzinoms können von einer SBRT profitieren. Die lokale Tumorkontrolle hat einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und kann die ADT aufschieben und die Lebensqualität erhalten (oder verbessern).

thoden, die zur Anpassung der Positionierung beitragen, wird als Bildgeführte Strahlentherapie (Image Guided Radiotherapy, IGRT) bezeichnet. Die IGRT verbessert die Genauigkeit der Strahlentherapie erheblich und ist ein wichtiger Bestandteil der SBRT. Es werden immer noch Techniken entwickelt, die eine dynamische Verfolgung von Organen ermöglichen – so genannte Real Time Tumor Tracking-Techniken. Auch die Entwicklung der MRT/LINAC-Technologie, die eine detaillierte Visualisierung von Weichteilen ermöglicht, wurde bereits umgesetzt und befindet sich in ständiger technologischer Entwicklung.

In Zukunft wird die Entwicklung der Bildgebung, mit der nicht nur die Morphologie, sondern auch die biologischen Merkmale von Tumoren mit großer Präzision dargestellt werden können, zu einer biologischen Definition des Tumorvolumens führen. Künstliche Intelligenz und Hochleistungscomputer werden in der Lage sein, die Zuteilung der Strahlendosis auf der Grundlage dieser Merkmale zu planen und durchzuführen, was als personalisierte (an den biologischen Merkmalen des Tumors angepasste) Strahlentherapie bezeichnet wird.

Was bedeutet Oligometastasierung?

Jüngste Studien zeigen zunehmend, dass eine ablative Behandlung, d. h. eine vollständige lokale Tumorkontrolle der Metastasen, einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat und sogar die durchschnittliche Lebenserwartung beeinflussen kann. Dieses Phänomen wird insbesondere bei Patienten mit eins bis maximal drei – in einigen Studien bis fünf – metastatischen Läsionen beobachtet. Die klinische Konstellation, in der Patienten eins bis max. (drei)-fünf Metastasen aufweisen, wird als Oligometastasierung bezeichnet.

Angesichts der Vielfalt der klinischen Situationen, die mit unterschiedlichen Prognosen einhergehen und unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordern können, haben die Europäische Gesellschaft für Strahlentherapie und Onkologie (ESTRO) und die Europäische Organisation für Forschung und Behandlung von Krebs (EORTC) kürzlich im Rahmen des OligoCare-Projekts eine umfassende systematische Klassifizierung der Oligometastasierung vorgeschlagen. Diese Systematik sollte die grundlegenden biologischen, klinischen und vor allem dynamischen Merkmale von Oligometastasen widerspiegeln und auf alle Tumorentitäten anwendbar sein. Nach dieser Definition setzt sich das oligometastatische Prostatakarzinom aus synchronen (< 6 Monate: Zeitintervall zwischen der Erstdiagnose des Primärtumors und der Metastasierung), metachronen (> 6 Monate) „Oligometastasen", „Oligoprogression" und „Oligopersistenz" zusammen. Die allgemein anerkannte Definition von Oligometastasen beschränkt sich auf ≤ 5 Metastasen in bis zu drei verschiedenen Organsystemen.

Palma et al. fassten in einer renommierten amerikanischen Fachzeitschrift die Ergebnisse zweier Studien zusammen, in denen bei Patienten mit 1-5 Metastasen die palliative Standardbehandlung mit der ablativen SBRT-Behandlung aller metastatischen Läsionen verglichen wurde. Bei Patienten, die mit SBRT behandelt wurden, verbesserte sich die mediane Überlebenszeit um 22 Monate im Vergleich zu Patienten, die nur eine Standardbehandlung erhielten, was einem absoluten Überlebensvorteil von 25 % nach fünf Jahren entspricht. Nach der SBRT wurden keine Nebenwirkungen und keine Verschlechterung der Lebensqualität festgestellt. Es sei darauf hingewiesen, dass von den 99 Patienten nur 16 an Prostatakrebs erkrankt waren, die anderen hatten Tumore anderer Genese.

Studien zur SBRT bei Oligometastatischem Prostatakarzinom

Durch die Implementierung der PSMA in der Diagnostik des Prostatakarzinoms verändert sich unser Verständnis des oligometastatischen Prostatakarzinoms, da wir die Metastasen besser und zu früheren Zeitpunkten feststellen können. Zudem gibt es sehr gute Hinweise, dass der Krankheitsverlauf durch die SBRT im oligometastasierten Stadium sehr positiv beeinflusst werden kann.

Die Rolle der ablativen Therapie im Vergleich zur Standardbehandlung wurde auch in der belgischen STOMP-Studie untersucht, die 62 Patienten mit bis zu drei Prostatakrebsmetastasen

einschloss. Im experimentellen Arm wurden die Patienten mit SBRT (25 Patienten) oder operativ (6 Patienten) behandelt, im Kontrollarm wurden die Patienten unter Beobachtung gehalten, mit PSA-Kontrolle alle drei Monate und Bildgebung bei PSA-Anstieg oder Symptomen. Der primäre Endpunkt war die Zeit ohne Androgendeprivationstherapie (ADT). Mit der ADT wurde begonnen, bei einer symptomatischen Progression, einer Progression mit mehr als drei Metastasen oder einem lokalen Fortschreiten von bekannten Metastasen. Das ADT-freie Überleben war bei oligometastasiertem Prostatakarzinom, das mit SBRT oder Operation behandelt wurden, länger als bei der alleinigen Überwachung. Die Rolle der ablativen Therapie bei oligometastatischem Prostatakarzinom sollte in Phase-III-Studien weiter erforscht werden.

In der prospektiven, nord-amerikanischen ORIOLE-Studie sollte festgestellt werden, ob die stereotaktische ablative Strahlentherapie (SABR) die onkologischen Ergebnisse bei Männern mit oligometastasiertem Prostatakrebs verbessert. Es wurde zwischen Beobachtung und SBRT randomisiert. Die Patienten hatten höchstens drei Metastasen und keine ADT. Der primäre Endpunkt war die Progression nach sechs Monaten, gemessen durch den PSA-Wert, Bildgebung, symptomatische Progression, Einleitung einer ADT aus anderen Gründen oder Tod. Die sekundären Endpunkte waren toxische Wirkungen der SABR,

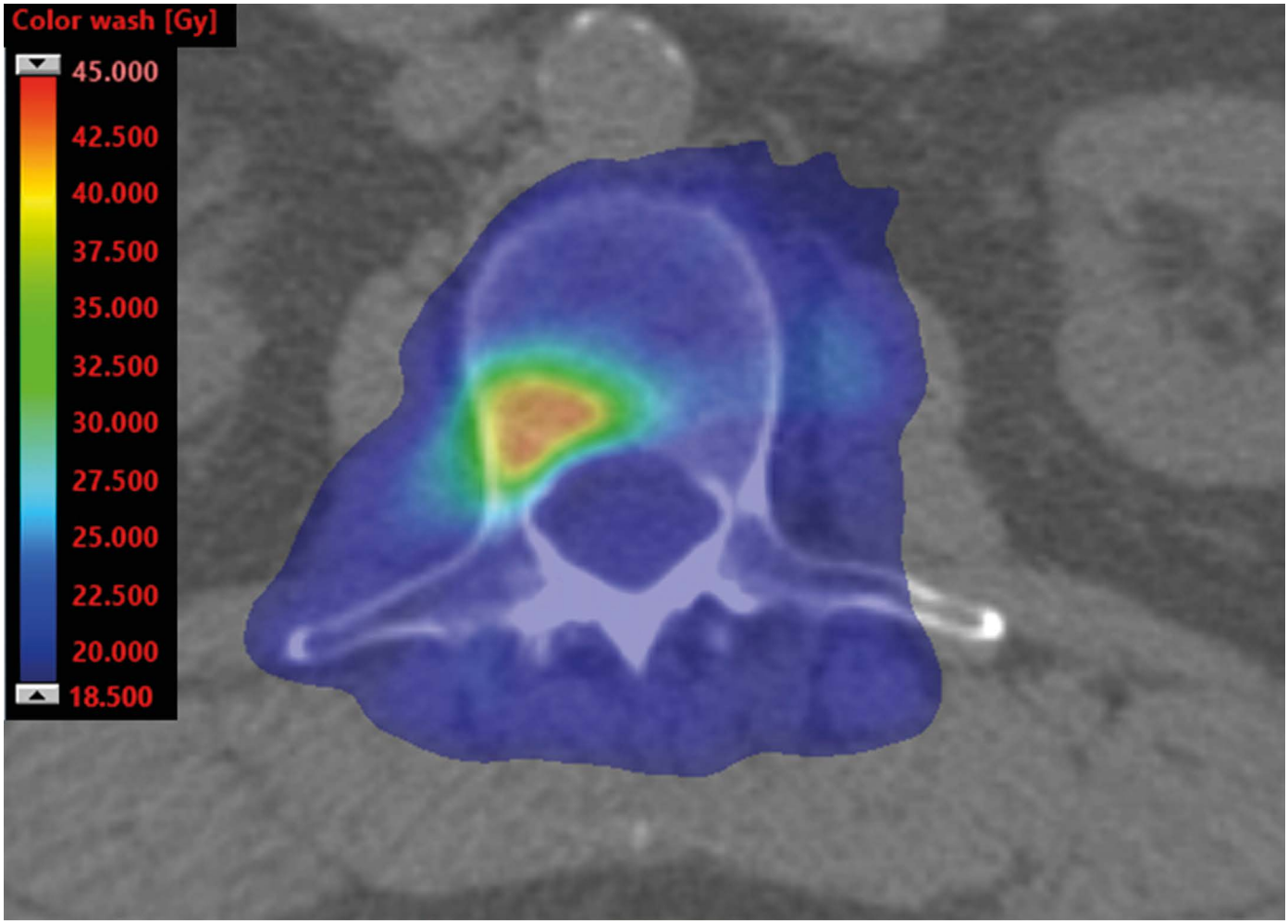


Abb. 1. SBRT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom und einer Knochenmetastase in der Wirbelsäule. Der Hochdosisbereich ist in „warmen'' Farben (Rot-Orange) dargestellt.

lokale Kontrolle nach sechs Monaten, progressionsfreies Überleben (PFÜ) und Lebensqualität. Zudem wurde der Krankheitsverlauf bei Patienten untersucht, bei denen alle Metastasen mittels SBRT behandelt wurden, die sich in der PSMA-PET darstellen ließen. Die Autoren zeigten, dass die Behandlung mit SBRT bei oligometastasiertem Prostatakrebs den klinischen Verlauf deutlich verbessert. Die besten Ergebnisse wurden erreicht, wenn alle Läsionen, die die PSMA-PET diagnostizierte, behandelt wurden. Hier blieben mehr als 80 % der Patienten nach über einem Jahr frei von Metastasen. Darüber hinaus induziert die SBRT eine systemische Immunantwort. Immunphänotyp und Tumormutationsstatus können den Nutzen der SBRT voraussagen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer prospektiven, randomisierten Studie über den oligometastatischen Zustand mit integrierten bildgebenden und biologischen Korrelaten.

Schlussfolgerung

Patienten mit 1-3 (5) Metastasen des Prostatakarzinoms können von einer SBRT profitieren. Die lokale Tumorkontrolle hat einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und kann die ADT aufschieben und die Lebensqualität erhalten (oder verbessern). In weiteren Studien muss die Rolle der systemischen Therapie und der biologischen und bildgebenden Marker bei der Festlegung der therapeutischen Strategie genauer untersucht werden.

Die Literatur liegt bei der Verfasserin.

Salvage-Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie

Von Prof. Dr. Thomas Wiegel, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm, Sprecher der AG Prostatakarzinom der DEGRO

Prof. Dr. Thomas Wiegel, © privat

1. Persistierender PSA-Wert oder ansteigender PSA-Wert aus dem NullBereich

Das Ziel der radikalen Prostatektomie (RP) ist die komplette Resektion der Prostata und der Samenblasen unter gleichzeitiger kompletter Tumorresektion (R0-Resektion). Für den sogenannten „Nullbereich" des PSA-Wertes gibt es unterschiedliche Definitionen. In den Leitlinien wird ein Wert mit < 0,2 ng/ml angegeben, gleichzeitig ist in der europäischen Leitlinie jedoch festgelegt, dass ein zweimaliger Wiederanstieg des postoperativen PSA-Wertes als Progression der Erkrankung zu werten ist. Eine gängige Definition des Null-Bereiches ist < 0,03 ng/ml, wenn ein sogenannter ultrasensitiver PSA-Test verwendet wird. Je nach Tumorstadium steigt das Risiko eines persistierenden PSA-Wertes nach der radikalen Prostatektomie oder eines Wiederanstieges aus dem Null-Bereich als Zeichen einer Progression der Tumorerkrankung. Bei organüberschreitendem Tumorwachstum (pT3-Tumor) kommt es auch bei einer R0-Resektion in bis zu 50 % der Fälle nach zehn Jahren zu einem Wiederanstieg des PSA-Wertes und damit zu einer Tumorprogression. Theoretisch kann ein sogenannter persistierender PSA-Wert (der den Null-Bereich nicht

erreicht) auch auf intraoperativ verbliebene gutartige Prostatadrüsenzellen zurückgehen. Der Wiederanstieg des Wertes (in der Regel > 0, 1 ng/ml) beweist jedoch, dass noch Tumor verblieben ist. Der Anstieg des PSA-Wertes im Blut lässt jedoch keinen Rückschluss zu, an welcher Stelle des Körpers sich dieses Rezidiv befindet. Seit etwa 30 Jahren, lange vor der PET-Aera, ist es Standard, in dieser Situation die Prostataloge zu bestrahlen. Große retrospektive nordamerikanische, aber auch europäische und deutsche Studien haben gezeigt, dass diese sogenannte Salvage-Strahlentherapie (SRT) die einzige kurative Behandlungsoption darstellt, also die einzige Option, den Patienten noch langfristig zu heilen.

2. Beginn der Salvage-Strahlentherapie

Über viele Jahre war der gültige Zeitpunkt für den spätesten Beginn einer kurativen SRT ein PSA-Wert von < 0,5 ng/ml. Ein Beginn der SRT nach diesem Zeitpunkt ist mit deutlich schlechteren Ergebnissen behaftet. Über die letzten fünf Jahre hinweg sind jedoch zahlreiche Studien erschienen, in denen eindeutig belegt wurde, dass ein früherer SRT-Beginn bei einem PSA-Wert von < 0,2 ng/ml auf fünf Jahre gerechnet eine 25 % bessere biochemische Progressionsfreiheit gemessen am PSA-Wert ergibt. Die Leitlinien haben diesen Ergebnissen dahingehend Rechnung getragen, dass nun ein möglichst frühzeitiger Beginn noch unter einem Wert von 0,2 ng/ml angestrebt wird. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass durch diesen früheren Beginn auch die Rate an Fernmetastasen gesenkt werden kann. Diesem möglichst frühzeitigen Beginn der SRT kommt damit allerhöchste Bedeutung zu, da sich in vielen Analysen gezeigt hat, dass der PSA-Wert vor Beginn der SRT der bedeutendste prognostische Faktor ist. Es gilt die Faustregel, dass das kurative Potential der SRT umso größer ist, je früher sie nach dem nachgewiesenen Anstieg des PSA-Wertes aus dem Null-Bereich oder auch bei persistierendem PSA nach RP eingesetzt wird.

Kurzfassung

Obwohl die SRT die Standardbehandlung bei biochemischem Progress oder bei persistierendem PSA-Wert nach RP darstellt, sind aktuell viele wichtige Fragen noch nicht abschließend geklärt und bedürfen weiterer Forschung. Dieses betrifft insbesondere die Wertigkeit des PET-CT und die daraus folgende therapeutische Strategie, die Frage der Gesamtdosis sowie die optimale Kombination mit einer antihormonellen Therapie. Gerade wegen dieser vielen ungeklärten Fragen ist es von besonderer Bedeutung, dass die Patienten vor einer SRT in einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt und eine gemeinsame Behandlungsempfehlung erstellt wird. Im Idealfall sollte es sich um ein Tumorboard in einem interdisziplinären zertifizierten Prostatakrebszentrum (Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft) handeln.

3. Ablauf und Nebenwirkungen der Salvage-Strahlentherapie

Die SRT wird mit der intensitätsmodulierten Bestrahlung (IMRT), in der Regel in der schnellsten Form, der sogenannten „Volumetrie Are Radiotherapy" (VMAT) durchgeführt. Sie erfolgt ambulant, einmal täglich, fünfmal in der Woche und dauert zwischen sechs und sieben Wochen. Es handelt sich um eine sehr aufwendige Technik, mit hohen Qualitätsanforderungen bei der Durchführung und einer hohen Präzision der Treffgenauigkeit. Hierzu wird die sogenannte bildgestützte Strahlentherapie („Image Guided Radio-Therapy" IGRT) eingesetzt. Diese IGRT kann entweder durch eine Durchleuchtung des Patienten oder durch eine Computertomographie („Conebeam-CT") direkt vor Strahlauslösung durchgeführt werden und ist untrennbar mit der IMRT verbunden. Die Bildkontrollen werden in der Regel zwei bis fünfmal wöchentlich durchgeführt. Wenn diese Technik zum Einsatz kommt und die Blase bei der Bestrahlung standardmäßig gefüllt ist, dann ist das

Risiko schwerer Spätnebenwirkungen (die noch Jahre nach der Bestrahlung auftreten können) insgesamt niedrig. Selten sind chronische Entzündungen des Enddarms (die heutzutage sehr gut mit einer Lasertherapie behandelt werden können), chronische Entzündungen der Harnblase treten in weniger als 3 bis 5 % der Fälle auf. Sehr selten kann durch die Strahlentherapie über viele Jahre hinweg auch ein Tumor im Bestrahlungsvolumen ausgelöst werden, das Risiko beträgt nach neuen Erkenntnissen etwa 1 % innerhalb von zehn Jahren. Dabei ist zu bedenken, dass diese Tumoren heutzutage frühzeitig erkannt werden können und kurativ behandelt werden. Wird die SRT mit einer antihormonellen Therapie (ADT) behandelt, ergeben sich hieraus weitere potentielle Nebenwirkungen (insbesondere eine gewisse Verschlechterung der Kontinenz, aber auch ein Libido- und/oder Potenzverlust). Nach Ende der ADT ist dieser Libido- und Potenzverlust in der Regel wieder reversibel, allerdings mit längerer monatelanger Verzögerung.

Unklar ist auch die optimale Gesamtdosis bei der Bestrahlung der Prostataloge. In den Leitlinien ist festgehalten, dass eine minimale Gesamtdosis von 66 Gy einzustrahlen ist. Das ist ein Kompromiss zwischen einer nachgewiesenen Effektivität der SRT, aber auch der Vermeidung möglicher Spätfolgen durch eine höhere Gesamtdosis. Dank der IMRT können Gesamtdosen von 66 Gy nebenwirkungsarm appliziert werden, das Risiko auch schwerer Spätfolgen an Blase und Rektum steigt jedoch mit dem Anstieg der Gesamtdosis. In einer großen randomisierten Studie aus der Schweiz hatte sich bei einem Vergleich einer Gesamtdosis von 64 Gy und 70 Gy kein Unterschied in der biochemischen Progressionsfreiheit oder im Überleben gezeigt. In einer zweiten, in China durchgeführten randomisierten Studie zeigte sich jedoch ein Vorteil in der biochemischen Progressionsfreiheit bei einer Erhöhung der Gesamtdosis auf 72 Gy bei sogenannten Hochrisikopatienten. Dieses waren insbesondere Patienten mit einem Gleason Score 8 bis 10 (entsprechend ISUP 4 und ISUP 5). Wichtig zu wissen ist jedoch, dass in diesen beiden Studien kein PET-CT bei der primären Diagnostik des Rezidivs zum Einsatz kam. Die Daten haben daher für die heutigen therapeutische Strategien nur eingeschränkte Bedeutung. Es ist deshalb von besonderer Bedeutung, vor Einsatz eines sogenannten „Boostes" über Dosen von 66 Gy hinaus die individuellen Risikomerkmale zu betrachten.

4. PSMA-PET-CT Bildgebung

Seit etwa 15 Jahren gewinnt die PET-CT zunehmend Einfluss auf die Umsetzung der SRT. Während das früher geläufige Cholin-PET-CT inzwischen vollständig im deutschsprachigen Raum verlassen wurde, ist der heute gültige Standard das sogenannte PSMA-PET-CT. Bei einem PET-CT wird im Gegensatz zum herkömmlichen CT der Stoffwechsel des Tumors (allerdings nicht nur dieser) sichtbar gemacht. Dadurch kann es gelingen, das Tumorrezidiv für die Behandelnden sichtbar zu machen. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben in den letzten fünf Jahren belegt, dass PSA-Werte vor Beginn der SRT von etwa 0,5 ng/ml zu etwa 40-50 % positiven PET-Befunden führen können. Als eine der wichtigsten Erkenntnisse zeigte sich, dass auch bei PSA-Werten von unter 0,5 ng/ml in etwa 20 % der Fälle bereits Lymphknotenmetastasen oder in 10 % auch (meist knöcherne) Fernmetastasen zu detektieren sind. Dieses ist die Erklärung dafür, dass die alleinige SRT der Prostataloge in etwa 40 % der Fälle nicht zu einem Absinken des PSA-Wertes in den Null-Bereich führt.

Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt, welche Konsequenzen aus der Entdeckung von Lymphknoten- und/oder Fernmetastasen resultieren. Für die Mehrzahl der Strahlentherapeuten führt diese Erkenntnis zu einer Veränderung des Behandlungskonzeptes. Ziel ist, bei Lymphknotenmetastasen im kleinen Becken die Lymphabflussgebiete des Beckens mit zu bestrahlen und bei knöchernen Fernmetastasen auch eine stereotaktische Bestrahlung dieser Metastasen durchzuführen. Dazu ergibt sich in der Regel die Indikation zu einer ergänzenden antihormonellen Therapie. Während dieses Vorgehen aus der Sicht der Strahlentherapeut:innen und der Patienten zunächst logisch erscheint, so muss doch be-

dacht werden, dass es aktuell keine prospektiven randomisierten Daten gibt, die dieses Verfahren wirklich stützen. Dazu müsste zum Beispiel eine Überlebensverlängerung der Patienten bewiesen werden. Auf der anderen Seite steht nämlich das Risiko, eine Übertherapie durchzuführen, von der Patienten letztlich nicht profitieren würden, aber erhebliche Nebenwirkungen der Therapie erleiden könnten. Das ist auch der Grund, warum in den aktuellen Leitlinien keine Empfehlungen für eine solche erweiterte Strahlentherapie auf der Grundlage der PET-CT-Bildgebung zu finden ist. Das gilt sowohl für die deutsche S3-Leitlinie als auch für die europäische Leitlinie zum Prostatakarzinom. Unstrittig ist jedoch, dass ein positiver PET-CT-Befund in der Prostataloge, aber auch im Bereich der Lymphabflussgebiete des Beckens dazu führt, dass ein vorher nicht sichtbarer Tumor sicher in das gesamte Bestrahlungszielvolumen aufgenommen werden kann. Deshalb wird auch die Bestrahlungsdosis bei befallenen Lymphknoten erhöht, da die Dosis für den gesamten Lymphabfluss niedriger liegt und nicht ausreichend ist, um sichtbaren Tumor abzutöten. Für sehr viele Strahlentherapeuten ist die logische Konsequenz daher, die Bestrahlungsdosis im Bereich der Prostataloge bei einem Rezidiv über 66 Gy hinaus zu erhöhen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für die Definition der optimalen Behandlung von im PET-CT sichtbaren positiven Befunden noch sehr viel Forschungsarbeit zu leisten ist und derzeit auch geleistet wird. Es wird jedoch voraussichtlich noch Jahre dauern, bis valide Daten vorliegen.

5. Was tun bei negativem PET-CT?

Unstrittig ist, dass mit der SRT möglichst frühzeitig begonnen werden soll, wobei in den Leitlinien als Obergrenze 0,5 ng/ml festgelegt wurden. Auf der anderen Seite besteht die Limitation auch der modernsten PSMA-PET-CT-Untersuchung darin, dass bei einem Wert von 0,5 ng/ml nur etwa 50 % der untersuchten Patienten einen positiven PET-CT-Befund aufweisen. Je niedriger der PSA-Wert vor Beginn der SRT ist, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, im PSMA-PET-CT einen positiven Befund zu finden. So liegt die Wahrscheinlichkeit eines solchen Befundes bei einem PSA-Wert von 0,2 ng/ml noch bei etwa 25-30 %. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in der Mehrzahl bei diesen niedrigen PSA-Werten kei-

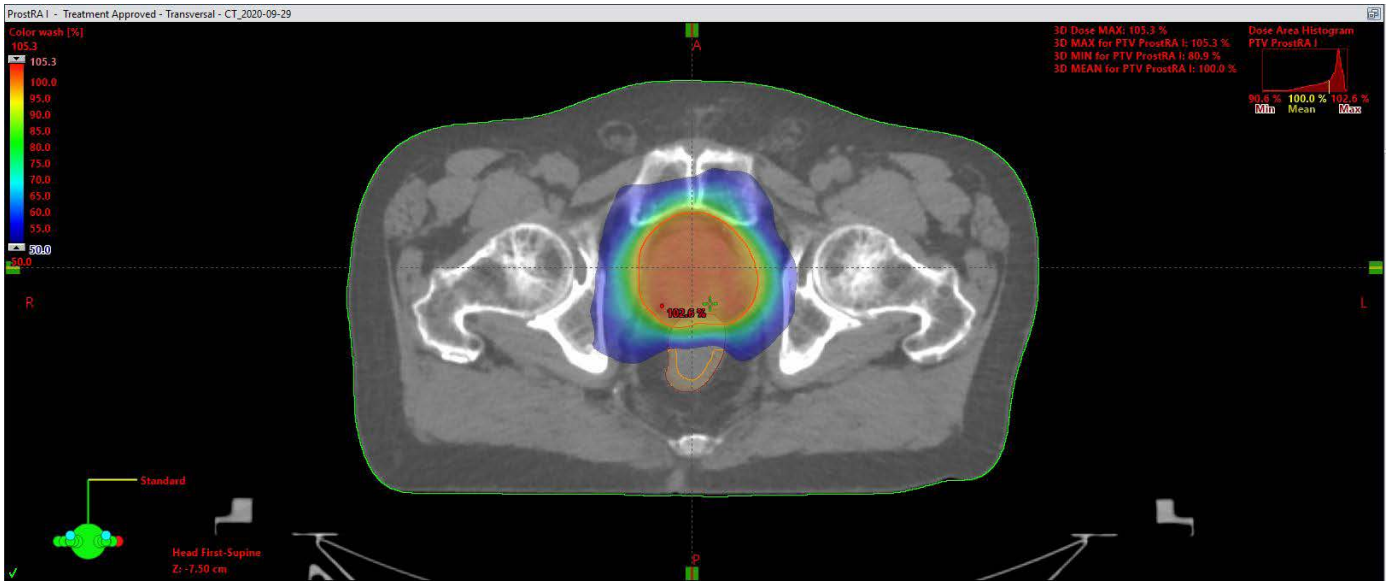


Abb. 1. Darstellung einer Rapid-Arc-Bestrahlung mit Dosisverteilung, sogenannte „Dose-wash-Darstellung". In roter Farbe dargestellt die Dosis im Prostatabett, rot umrandet das „Zielvolumen". Darstellung des steilen Dosisabfall von 100 % (rot) auf 75 % (grün) bis 50 % (blau) mit besonderer Schonung des Enddarms (braun eingekreist).

ne Ursache für den PSA-Anstieg im PET-CT gefunden werden kann. Dann stellt sich die Frage, wie in einem solchen Fall zu verfahren ist. In der europäischen Leitlinie wird zum Beispiel mit dem Empfehlungsgrad „Streng – Stark" empfohlen, dass ein negatives PET-CT nicht als Argument gegen den schnellen Beginn der SRT eingesetzt werden soll. Mit anderen Worten soll die SRT der Prostataloge trotzdem möglichst zügig begonnen werden. Zur Begründung dient die Überlegung, das in größeren Serien der SRT noch ohne PET-CT-Bildgebung bei Beginn der SRT bei PSA-Werten von etwa 0,3 ng/ml zwischen 60 und 70 % der Patienten anschließend den PSA-Null-Bereich wieder erreicht hatten. Aktuelle Daten für das negative PET-CT gibt es jedoch nur wenige. Bei Untersuchungsserien mit etwa 50 PET-negativen Patienten zeigte sich, dass trotz negativem PET-CT 50 % dieser Patienten den PSA-Null-Bereich erreichten, die Behandlung also kurativ war. Weitergehende Studien mit größeren Patientenzahlen werden in Kürze publiziert werden. Aktuell ist wichtig, dass trotz eines negativen PSMA-PET-CT die SRT möglichst frühzeitig ohne Zeitverzögerung begonnen werden soll. Auffällig ist, dass in Deutschland viele Strahlentherapeut:innen berichten, dass sie wesentlich mehr Patienten mit positivem PET-CT zur Behandlung vorgestellt bekommen als mit negativem PET-CT. Dies könnte darauf hindeuten, dass häufiger mit dem Beginn der Bestrahlung gewartet wird, um in einem späteren PET-CT die Ursache zu finden. Eine wissenschaftliche Grundlage hierfür gibt es jedoch nicht. Ist ein PET-CT negativ, sollte der Patient umgehend in der Strahlentherapie vorgestellt werden.

6. Kombination der SRT mit einer antihormonellen Therapie (ADT)

Während es in der Primärtherapie des Prostatakarzinoms seit vielen Jahren Standard ist, in bestimmten Risikosituationen (zum Beispiel T3 Karzinome, PSA-Werte über 20 ng/ml oder ein Gleason Score 8 bis 10) mit einer Kombination der perkutanen Strahlentherapie und einer antihormonellen Therapie (zwischen 4 und 36 Monaten) zu behandeln, so ist die postoperative Situation bei der SRT komplexer. Hintergrund war die Hypothese, dass die Lokalrezidive in der Prostataloge kein so großes Tumorvolumen aufweisen wie in der Primärtherapie und deshalb die alleinige definitive SRT ausreichend sei. In den letzten drei bis vier Jahren wurden drei randomisierte Studien mit über 3.000 Patienten hochrangig publiziert, in denen die Kombination einer entweder Kurzzeit- – sechs Monate – oder Langzeit-ADT – 24 Monate geprüft wurden. Aus zwei dieser Studien liegen Zehnjahresdaten vor. Sie lassen den Schluss zu, dass Hochrisikopatienten (deren Definition jedoch nicht eindeutig ist) von der antihormonellen Therapie durch eine Verbesserung des metastasenfreien Überlebens oder des Gesamtüberlebens (2 der 3 Studien) profitieren. Die Kurzzeit-ADT wird in der Regel mit einem LH-RH-Analogon durchgeführt und ist deutlich nebenwirkungsreicher als die in der amerikanischen Studie durchgeführte 24-monatige Therapie mit Bicalutamid 150 mg begleitend zur Strahlentherapie. Auch ohne eine zusätzliche ADT (insbesondere, wenn nach der SRT ohne ADT der PSA-Nullbereich wieder erreicht wird) werden bei einem großen Anteil der Patienten hervorragende Langzeitergebnisse erzielt. Bei einem mittleren Progressionsrisiko wird eher die 6-monatige ADT empfohlen, bei einem hohen Risiko (z.B. bei einem PSA-Wert nach RP > 0,7 ng/ml insbesondere in Verbindung mit einem Gleason Score von 8 bis 10) ergeht in der Regel die Empfehlung zu einer 24-monatigen ADT. Auf dem ESMO 2022 (Europäischer Onkologiekongress) sind erste Ergebnisse einer britischen randomisierten Studie zu dieser Thematik mit 3.000 Patienten (RADICALS-HD) vorgestellt worden. Diese Daten sind jedoch noch nicht publiziert und daher noch nicht kritisch belastbar. Sie scheinen diesen Trend zu unterstützen. Auch in der Kombination mit der ADT sind weitere wichtige Fragen zu prüfen, wie z. B. eine Studie mit erweiterter Systemtherapie (mittels Apalutamid zu einer ADT), in der aktuell Patienten (jedoch leider nicht in Deutschland) rekrutiert werden. Daher ist in den nächsten fünf bis zehn Jahren noch von erheblichen Verfeinerungen der bisherigen Kombinationstherapie auszugehen. Sicher ist, dass

postoperativ nach RP bei PSA-Anstieg oder persistierendem PSA die ADT zur Strahlentherapie zukünftig vermehrt eingesetzt wird.

Zusammenfassung

Obwohl die SRT die Standardbehandlung bei biochemischem Progress oder bei persistierendem PSA-Wert nach RP darstellt, sind aktuell viele wichtige Fragen noch nicht abschließend geklärt und bedürfen weiterer Forschung. Dieses betrifft insbesondere die Wertigkeit des PET-CT und die daraus folgende therapeutische Strategie, die Frage der Gesamtdosis sowie die optimale Kombination mit einer antihormonellen Therapie. Gerade wegen dieser vielen ungeklärten Fragen ist es von besonderer Bedeutung, dass die Patienten vor einer SRT in einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt und eine gemeinsame Behandlungsempfehlung erstellt wird. Im Idealfall sollte es sich um ein Tumorboard in einem interdisziplinären zertifizierten Prostatakrebszentrum (Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft) handeln.

Hormonsensitives Prostatakarzinom: Androgendeprivation und Abirateronacetat in Erstlinie reicht aus

Zur Standardbehandlung beim neu-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom zählt seit jeher die Androgendeprivations-Therapie (ADT). Ihre Wirksamkeit wird durch die Zugabe des Androgensynthese-Hemmers Abirateronacetat (mit Prednisolon) oder des Androgenrezeptor-Antagonisten Enzalutamid signifikant verbessert, aber ob die Kombination beider Medikamente einen zusätzlichen Nutzen bringt, ist bislang unklar. Nun zeigte sich, dass hier Abirateronacetat alleine ausreichend ist und einen Überlebensvorteil verschafft, der mindestens sieben Jahre lang andauert. Die zusätzliche Gabe von Enzalutamid bringt offenbar keinen weiteren Nutzen. Lesen Sie hier den vollständigen Beitrag.

Quelle: ärzteblatt.de, September 2022

Aktive Überwachung: Wie häufig brechen Patienten diese Strategie ab und warum?

Patienten mit einem Niedrig-Risiko-Prostatakrebs haben die Möglichkeit, den Tumor zunächst engmaschig zu kontrollieren, statt diesen direkt behandeln zu lassen. Wenn die Erkrankung weiter fortschreitet, sollte eine Behandlung wie die Operation oder die Strahlentherapie in Betracht gezogen werden. Doch wie häufig kommt es dazu, dass Patienten, die sich für die aktive Überwachung entschieden hatten, sich schließlich doch einer Behandlung unterziehen? Und was sind die Gründe dafür? Diese Fragen stellten sich Wissenschaftler aus England, den USA, den Niederlanden, Australien, Finnland und Singapur.

Wissenschaftler untersuchten mehr als 10.000 Männer, die sich für das aktive Überwachen entschieden hatten

Die Wissenschaftler griffen auf Daten von 10.296 Männern aus zwölf Ländern zurück, die sich für die aktive Überwachung entschieden hatten. Sie unter-

suchten, wie häufig die Patienten die aktive Überwachung abbrachen und was die Gründe dafür waren.

Beinahe die Hälfte der Patienten brach die aktive Überwachung ab – meistens wegen eines Fortschreitens der Erkrankung

Bei der Auswertung der Daten fiel auf, dass innerhalb von fünf Jahren fast die Hälfte der Patienten (43,6 % der Patienten) die aktive Überwachung abbrach. 27,5 % der Patienten brachen ihre derzeitige Strategie ab, weil bei ihnen die Erkrankung fortschritt und somit ein Eingreifen nötig war. 12,8 % entschieden sich für eine Behandlung, obwohl es keine Anzeichen dafür gab, dass die Erkrankung fortschritt. 1,7 % der Patienten entschieden sich für die abwartende Haltung (watchful waiting), bei der der Tumor nicht regelmäßig kontrolliert wurde, sondern nur, wenn bei dem Patienten Beschwerden auftraten. Die restlichen 1,7 % der Patienten verstarben – jedoch aus anderen Gründen und nicht an dem Prostatakrebs.

Weitere Kriterien, anhand deren die Patienten identifiziert werden können, die sich tatsächlich für die aktive Überwachung eignen, wären somit wünschenswert.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal, Mai 2022

Darolutamid: Dreifachtherapie bei metastasiertem hormonsensitivem PCa (mHSPC)

Darolutamid (Handelsname Nubeqa) ist ein Andogenrezeptorantagonist neuer Generation und seit März 2020 für Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom zugelassen. Die Dreifachkombination aus Androgendeprivation, Darolutamid und Docetaxel erwies sich in der ARASENS-Studie wirksamer als die einfache Chemohormontherapie (Docetaxel+ADT). Sie könnte daher zu einer neuen Standardtherapie beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom werden. Eine entsprechende Empfehlung wird für das Update 2023 der S3-Leitlinie Prostatakarzinom erwartet.

Perineale Prostatabiopsie: Keine höheren Infektionsraten ohne Antibiotikaprophylaxe

Goldstandard bei Prostatabiopsien ist nach wie vor die transrektale Biopsie, allerdings mit dem Nachteil einer deutlich höheren Infektions- und Sepsisrate verglichen mit der Biopsie durch den Damm (transperineale Biopsie). Daher empfiehlt die Europäische Gesellschaft für Urologie (EAU) für beide Verfahren die prophylaktische Gabe von Antibiotika.

Deutsche und norwegische Wissenschaftler konnten nun zeigen, dass die Infektionsraten nach transperinealer Biopsie ohne Antibiotikaprophylaxe nicht erhöht waren und auf die Antibiotikaprophylaxe bei der transperinealen Prostatabiopsie offenbar verzichtet werden kann. Daher schlagen sie vor, die Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ohne Risikofaktoren für eine Infektion wegzulassen. Eine solche Strategie würde den unnötigen Einsatz von Antibiotika reduzieren und möglicherweise die Entwicklung der Antibiotikaresistenz verringern. Lesen Sie hier den vollständigen Beitrag.

Quelle: univadis, August 2022

Ursache für Metastasierung bei Prostatakrebs entdeckt

Prostatakarzinome bleiben in der Mehrzahl der Fälle lokal begrenzt, sodass Betroffene eine gute Überlebenschance haben. Rund 20 Prozent der Patienten entwickeln jedoch metastasierenden, unheilbaren Prostatakrebs, worauf allein in Österreich jedes Jahr zirka 5.000 Todesfälle zurückzuführen sind. Warum es bei den einen zu Metastasen kommt und bei den anderen nicht, konnte von der medizinischen Forschung bisher nur unzureichend erklärt werden. Ein Forschungsteam der MedUni Wien hat jetzt jene Veränderungen in einem Protein entdeckt, die das Wachstum und die Ausbreitung von Prostatatumoren vorantreiben. Die Studie wurde kürzlich im renommierten Journal Molecular Cancer veröffentlicht.

In der Studie beschritten die Forscher:innen neue Wege und untersuchten die Rolle des Proteins KMT2C bei Prostatakrebs. KMT2C ist ein genetischer Bestandteil, der wesentlich als Regulator zentraler Vorgänge in den Zellen fungiert. Verliert KMT2C aufgrund krebstypischer Mutationen diese regulative Fähigkeit, so wird die Vermehrung des Krebsgens MYC angeregt. Dadurch wiederum teilen sich Zellen in erhöhtem Ausmaß – Wachstum und Ausbreitung des Tumors werden vorangetrieben.

Neue Einblicke in Übergang zu Metastasierung

„Unsere Studie bietet neue Einblicke in den bisher kaum verstandenen Übergang von lokal begrenztem zu tödlichem, metastasierendem Prostatakrebs“, unterstreicht Studienleiter Lukas Kenner (Klinisches Institut für Pathologie der MedUni Wien, Comprehensive Cancer Center von MedUni Wien und AKH Wien, Abteilung für Labortierpathologie der Vetmeduni Wien, K1 Center CBmed) die Bedeutung der Forschungsarbeit. Darüber hinaus können die gewonnenen Erkenntnisse um die Auswirkungen von KMT2C-Mutationen auch in der Diagnose und Therapie von Prostatakrebs neue Impulse setzen.

Aggressiven Verlauf frühzeitig diagnostizieren

So kann der KMT2C-Mutationsstatus via Bluttest gemessen werden und damit zu einer frühzeitigen Diagnose über einen möglichen aggressiven Verlauf bei Prostatatumoren beitragen. Darüber hinaus könnten mit Hilfe von MYC-Inhibitoren die vermehrte Zellteilung und somit Metastasierung verhindert werden, was weitere wissenschaftliche Untersuchungen untermauern sollen. MYC-Inhibitoren sind grundlegend neue Wirkstoffe der Krebstherapie, die bereits in klinischen Studien getestet werden und – so dies weitere Studien bestätigen – in den nächsten Jahren auch bei metastasierendem Prostatakrebs zum Einsatz kommen könnten. „Da eine hohe KMT2C-Mutation viele Krebsarten wie zum Beispiel Brust-, Lungen-, Darm-, Blasen- oder auch Hautkrebs kennzeichnet, haben unsere Studienergebnisse generell ein hohes Potenzial für die Erforschung, Diagnostik und Therapie bösartiger Tumoren“, sagt Lukas Kenner.

Quelle: Medizinische Universität Wien, April 2022

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe?

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

Flüssigbiopsie – für Prognose relevant

Bislang wurde zum Nachweis eines Tumors meist eine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen, die auf krebstypische Genveränderungen hin untersucht wird, um für den einzelnen Patienten eine maßgeschneiderte „personalisierte" Therapie zu finden.

Tumorzellen geben – in winzigen Mengen – aber auch zellfreie Tumor-DNA ins Blut ab. Die blutbasierte Analytik zum Nachweis von Tumorzellen bzw. Tumor-DNA – auch Flüssigbiopsie (Liquid Biopsy) genannt – kommt aktuell vor allem bei Verlaufs- und Therapiekontrollen zum Einsatz, um das Wiederkehren eines Tumors schnell zu erkennen.

Wie amerikanische Forscher nun festgestellt haben, deutet viel zellfreie Tumor-DNA auf eine hohe Tumorlast hin, die mit einer schlechteren Prognose verbunden ist. Daher fordern sie für Aussagen zur individuellen Prognose auch die Bestimmung dieser zellfreien Tumor-DNA.

Quelle: Springer Medizin, Oktober 2022

Radioligandentherapie in der ASV

In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandeln spezialisierte Fachteams Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten. Der G-BA definiert generelle Anforderungen für alle ASV-Angebote sowie erkrankungsspezifische Anforderungen. Aktuell hat der G-BA für Patienten mit fortschreitendem kastrationsresistentem Prostatakarzinom zur Begründung einer Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA, die bildgebende Diagnostik auf PET, PET-CT mit F-18 (Fluorodesoxyglukose) und PSMA-Liganden erweitert. Quelle: G-BA, August 2022

Mensch Männer, geht zur Früherkennung!

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

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

Jubiläen 2022

30 Jahre	SHG für Menschen mit urologischen Krebserkrankungen und deren Angehörigen - Schwarzwald-Baar-Heuberg
25 Jahre	SHG-Prostatakrebs-Betroffene Nürnberg
25 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landshut e. V.
20 Jahre	Pro Mann Prostatakrebs SHG Hamburg
20 Jahre	SHG Prostata-Erkrankte Schleswig
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Bad Neuenahr-Ahrweiler
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Halle
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Köln-Süd
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Lippe
20 Jahre	SHG Prostataerkrankungen Bottrop e. V.
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfe Mönchengladbach
20 Jahre	Prostatakrebs-Selbsthilfe Rheine
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Weyhe
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Neustadt
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Deggendorf
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Sprendlingen e. V.
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Celle
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Siegen
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bonn und Rhein-Sieg-Kreis
15 Jahre	Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bruchsal - Bretten
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Calw
15 Jahre	SHG für fortgeschrittenen Prostatakrebs München
15 Jahre	PSR Prostatakrebs SHG Rüsselsheim u. Umgebung
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Heidekreis e. V.
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Senftenberg
10 Jahre	Prostatakrebs SHG am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Odenwald
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Wesel
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Kücknitz
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Quedlinburg
5 Jahre	Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Bayern
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Walsrode

Aktivitäten des Landesverbands Baden-Württemberg

Von Anton Krapf, Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg

Ehrungen

Im Rahmen seiner Mitgliederversammlung hat der Landesverband Baden-Württemberg Urkunden und Abzeichen an diejenigen SHG-Leiter übergeben, die ihre Ehrung durch den Bundesverband auf der Jahrestagung in Hannover im Juni 2022 nicht selbst entgegennehmen konnten:

- Großes Verbandsabzeichen in Gold: Ludwig Zehnle (SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis)
- Goldenes Verbandabzeichen: Uwe Stingl (SHG Friedrichshafen) und Adolf Baumeister (SHG Baden-Baden).
- Bronzenes Verbandabzeichen: Siegfried Rebstock (SHG Schwäbisch Hall).

(von links) Siegfried Rebstock (SHG Schwäbisch Hall), Uwe Stingl (SHG Friedrichshafen), Ludwig Zehnle (SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis), Adolf Baumeister (SHG Baden-Baden), © U. Stingl

Zusammenarbeit von Sozialverband und Landesverband in Baden-Württemberg

Seit einigen Jahren präsentiert sich der BPS-Landesverband Baden-Württemberg im Rahmen der jährlichen Schulungsveranstaltung für Schwerbehindertenvertreter:innen in Firmen und Institutionen des Sozialverbands VdK Baden-Württemberg mit einem Informationsstand. Nach der verordneten Corona-Pause fand diese Veranstaltung 2022 nun wieder statt.

Dazu haben wir mittlerweile unsere eigene Strategie und den Auftritt etwas verändert: So bieten wir erstmals im Rahmen betrieblicher Veranstaltungen die Möglichkeit an, nach Anforderung einen kurzen Vortrag zu halten und das interessierte Personal mit einem Informationsstand zu versorgen. Bislang liegen dafür, auch wegen der Kürze des abgelaufenen Zeitraums, noch keine Anfragen vor. Anders verhält es sich mit unserem weiteren Angebot, in den Betrieben und Einrichtungen Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Hier konnten wir eine bedeutende Anzahl erreichen, wozu auch namhafte Konzernabteilungen und öffentliche Einrichtungen zählen.

Wir stellen dazu abschließend fest, dass diese Teilnahme eine hervorragende Maßnahme ist, über die Krankheit zu informieren und unsere Existenz auf diesem Gebiet bekannter zu machen – getreu dem Motto: Information ist alles!

Interaktive Entscheidungshilfe

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

20 Jahre ehrenamtliche Arbeit – die SHG Celle feiert Jubiläum

Von Jürgen Sadogierski, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Celle

Die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Celle (SHG) feiert dieses Jahr ihr 20-jähriges Bestehen – ich sage hier bewusst feiern, wenn auch die Erkrankung selbst natürlich nicht zum Feiern ist. Zwanzig Jahre ehrenamtliche Arbeit, so etwas halten nicht viele ehrenamtliche Gruppierungen durch.

Vor 20 Jahren durch Heini Hermann gegründet übernahm Rüdiger Beins nach zwei Jahren die Leitung der Gruppe, die er mit sehr großem Engagement leitete. Neben seinem enormen Fachwissen, das er sich die Jahre über angeeignet hat und seiner ruhigen sachlichen Art, Betroffenen zur Seite zu stehen, wurde auch das Gruppenleben nicht außer Acht gelassen. So organisierte er Vortragsabende, eine Fahrt nach Hamburg, Treffen mit Partnerinnen und Partnern, Frühstück und ähnliches. Ein Augenmerk richtete er auch auf den Aufbau weiterer Gruppen.

Leider ist es aktuell ebenso schwierig neue Leitungen für Selbsthilfegruppen zu finden, wenn die Leitungen meistens alters- oder gesundheitsbedingt kürzer treten wollen oder müssen wie neue Mitglieder zu gewinnen.

Um zu zeigen, welche Lösung wir hierfür in Celle gefunden haben, berichte ich nachfolgend kurz über mein „Kennenlernen" der Gruppe: Ich heiße Jürgen Sadogierski, bin 63 Jahre alt und erkrankte im Jahr 2019 an Prostatakrebs. Die Diagnose war zunächst ein lähmender Schock für mich, wie für viele andere auch. Schließlich war nicht nur ich betroffen, sondern auch meine Lebenspartnerin. Sie war mir in diesem Moment eine große Stütze und suchte für mich die Selbsthilfegruppe in Celle heraus.

Zu einer Selbsthilfegruppe zu gehen oder dort anzurufen, war für mich zunächst schwer. Schließlich habe ich doch diese Chance ergriffen und rief Rüdiger Beins an. Das Telefongespräch beruhigte mich und brachte mich wieder auf eine Ebene, wo ich selbst agieren konnte. Ich habe mich dann auch aufgemacht und das Gruppentreffen aufgesucht, das jeden zweiten Dienstag im Monat stattfindet. Durch den Erfahrungsaustausch mit den langjährigen Mitgliedern bekam ich eine Perspektive, wie es nach der Operation weitergeht.

Nach einigen Treffen sagte Rüdiger Beins, dass er die als Verein organisierte SHG auflösen wolle, da das Vereinsrecht sehr kompliziert geworden sei und er diese Aufgabe einem möglichen Nachfolger, den er auch suchte, nicht aufbürden wolle.

Ja, der Verein wurde aufgelöst, aber die SHG lebt dennoch weiter, da Rüdiger mich als Nachfolger gewinnen konnte. Wir arbeiten nun als Selbsthilfegruppe unter dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, der auch seine Unterstützung angeboten hat.

Meine Lebensgefährtin fragte mich, ob ich mir das nach so kurzer Zeit zutrauen würde, ob ich über genügend Wissen verfüge, was ich an Ratsuchende weitergeben könnte – diese Fragen stellte ich mir selbst auch. Zusammen mit Rüdiger Beins, der zwar die Leitung der Gruppe abgab, aber weiterhin mit Rat und Tat zur Seite steht, meinen eigenen Erfahrungen und der Hilfe, die ich in der Gruppe erfahren habe, bin ich überzeugt, das Richtige getan zu haben.

Anfangs begleitete ich ihn noch bei allen Aktivitäten. Nach und nach übernahm ich dann die Verantwortung. Für seine Unterstützung und sein Wissen bin ich sehr dankbar. Bin ich mal verhindert, übernimmt er meine Vertretung.

Der BPS organisierte dann im Mai ein Treffen von neuen Gruppenleitern in Würzburg, um sie zu unterstützen und Fragen zu beantworten – eine sehr gelungene Veranstaltung.

Nicht ins kalte Wasser ohne Rettungsleine springen zu müssen, ist ein sehr großer Vorteil! Die schleichende Übernahme einer Gruppe ist für uns hier in Celle eine sehr gute Lösung gewesen.

Dann kam Corona – persönliche Treffen und Gespräche gingen verloren. Mit Telefonkonferenzen und auch per Post versuchten wir, Kontakte

aufrecht zu halten und Unterstützung zu geben. Neue Mitglieder konnten in dieser Zeit allerdings gar keine gewonnen werden.

Wie soll es nun weitergehen?

Ich habe die umliegenden Krankenhäuser aufgesucht, einen Kooperationsvertrag mit einem der hiesigen Krankenhäuser abgeschlossen, Kontakte zu Urolog:innen und den vor Ort ansässigen Krankenkassen gesucht.

Mit Hilfe des BPS haben wir neue Flyer und Visitenkarten drucken lassen, die ich dort hinterlegt habe mit der Zusage, diese an betroffene Männer weiterzugeben – in einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt, der Ärztin oder in der Informationsauslage.

Was kann ich noch tun, um auf Prostatakrebs, die Früherkennung und die Selbsthilfegruppe aufmerksam zu machen?

Ich überlegte mir, dass ich auch die Apotheken einbeziehen könnte. Aber nur mit Flyern? Da liegen eigentlich schon zu viele Sachen aus. Alternativ stellt der BPS auch Miniposter (DIN A4, laminiert) zur Verfügung. Nun habe ich bereits einige Apotheke aufgesucht, die diese Miniposter bereitwillig aufgehängt haben.

Weiterhin habe ich Kontakt mit dem Onkologischen Forum Celle aufgenommen, dessen Netzwerk ich nutzen darf und mit Herrn Gleiß einen Ansprechpartner habe, der mich bei der örtlichen Pressearbeit unterstützt.

Und? Was soll ich sagen! Mittlerweile haben wir bereits einige Anrufe erhalten, bei denen wir in einem Gespräch unterstützen konnten und auch die Treffen wurden von einigen Betroffenen aufgesucht.

In Zukunft werden wir noch an unserem Internetauftritt arbeiten, denn das ist das Informationsmedium der heutigen Zeit.

Geben wir nicht auf! Kämpfen wir für den Erhalt unserer Selbsthilfegruppen – das persönliche Gespräch bringt uns immer noch mehr als bloße Buchstaben (die natürlich auch wichtig sind): Gemeinsam gegen Prostatakrebs!

SHG Prostataerkrankte Schleswig: 20 Jahre Lebensqualität

Von Peter Christian Thomsen, stellvertretender Leiter der Selbsthilfegruppe Prostataerkrankte Schleswig

Coronabedingt musste das 20. Jubiläum der Selbsthilfegruppe Prostataerkrankte Schleswig auf den Herbst verschoben werden. Aber unsere Geschichte beginnt viel früher: Nach einer im Jahr 2001 diagnostizierten Prostataerkrankung kam Hinrich Börm auf die Idee, zusammen mit der Sozialpädagogin Sabine Bogner von der KIBIS Schleswig eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Am 16. April 2002 trafen sich in den Räumen der KIBIS Schleswig erstmalig fünf interessierte Personen. Hinrich Börm wurde zum Sprecher gewählt und von diesem Zeitpunkt an fanden regelmäßige monatliche Treffen statt. Im Jahre 2006 wurde dann ein gemeinnütziger Verein gegründet.

Die Anzahl der Mitglieder ist stetig gewachsen, mittlerweile sind es über 60 Personen. Diejenigen, die den Weg in die Gruppe fanden, konnten immer mit Hilfe in verschiedenster Form rechnen – entsprechend unserem Motto „Lebensqualität trotz Prostatakrebs".

Auch die Ehefrauen, Partnerinnen und Partner sind ein fester Bestandteil der Gruppenarbeit. Sie sind schließlich genauso von der Krankheit „betroffen" wie der Erkrankte selbst. Gespräche kommen nicht zu kurz, in unregelmäßigen Abständen werden Referierende eingeladen (Urolog:innen, Apotheker:innen, Psychoonkologen:innen, Ernährungsberater:innen), denen „Löcher in den Bauch" gefragt werden können – davon profitieren alle.

Neben den Treffen finden auch viele Veranstaltungen wie Besichtigungen und Vorträge in Kliniken mit Bustouren durch Schleswig-Holstein, jähr-

(von links) Michael Witt, Sabine Bogner und Hinrich Börm, © P. C. Thomsen

liche Sommerfeste im Garten von Hinrich Börm und seiner Frau Hansina oder Fahrten mit Oldtimertrecker und Wagen durch die Treene-Sorge-Landschaft statt. Das ist „Lebensqualität pur".

Nun, im September 2022, wurde das Jubiläum mit mehr als 30 Teilnehmenden gefeiert. Der heutige Gruppensprecher Michael Witt gab nach Begrüßung der Anwesenden, darunter vier Gründungsmitglieder von 2006 und die Mitgründerin Sabine Bogner, einen kurzen Rückblick auf die vergangenen 20 Jahre. Nach einem wohlschmeckenden Essen hat uns Gunnar Green mit einem Lichtbildervortrag unter der Überschrift „Ich bleib dann mal hier! Pilgern auf dem Ochsenweg von Wedel bis zur dänischen Grenze" unser Gruppenmotto „Lebensqualität trotz Prostatakrebs" unmittelbar vor Augen geführt. Der gelungene Tag klang dann bei Kaffee und Eis mit vielen Erinnerungen der letzten 20 Jahre aus.

SHG Berlin-Nord bei Zukunftsdialog zur Krebsprävention

Von Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Berlin-Nord

Am 7. September 2022 war Klaus Kronewitz, Leiter der SHG Berlin-Nord, zum Zukunftsdialog „Früherkennung rettet Leben – Krankheitsprävention in der Onkologie" eingeladen. Bei einem Frühstück um 7.30 Uhr wurde mit gesundheitspolitischen Sprecher:innen des Bundestages aus diversen politischen Parteien sowie mit Wissenschaftler:innen und Patientenvertretern:innen aus fast allen Tumor-Entitäten heftig, aber konstruktiv debattiert.

Prof. Dr. Christof von Kalle vom Berlin Institute of Health, Charité Universitätsmedizin Berlin, stellte zunächst das Thesenpapier vor: „Was wäre, wenn wir wirksame Maßnahmen für Früherkennung und Diagnostik hätten?". Es wurde dann über Potentiale und Hürden der Früherkennung diskutiert. Um die Perspektiven der Patient:innen vor und nach einer Krebsdiagnose weiter zu verbessern, müssen neue Möglichkeiten der Früherkennung und Diagnostik möglichst schnell den Betroffenen zugutekommen. Dafür sind wirksame Wege der Prävention zu entwickeln und umzusetzen. Nur so kann die Zahl neuer Krebsfälle langfristig gesenkt werden. Man müsse die translationale Forschung ausbauen und die Daten nutzbar machen. Neue diagnostische Verfahren in der Bildgebung oder aus der Molekular-Diagnostik müssten zügig in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Auch die Stärkung der Gesundheitskommunikation ist uns allen ein Anliegen. Die Vergütungsstruktur in der Medizin sollte am „gesunden" und nicht am „kranken" Menschen ausgerichtet sein. Die Abgeordneten holten uns allerdings schnell wieder auf den Teppich zurück und wiesen darauf hin, dass in der Politik die Mühlen langsam mahlen und nur steter Tropfen den Stein höhlt. Mitunter kann es eine Dekade dauern bis Forderungen in Gesetzesvorlagen und schlussendlich in Gesetze umgesetzt werden. Leider war

der interessante Dialog viel zu kurz, da um 9 Uhr die Abgeordneten wieder zurück in den Bundestag mussten. Weitere Veranstaltungen in diesem Format sollen jedoch folgen.

Anhand seiner eigenen Diagnostik und Behandlung gibt Klaus Kronewitz, Leiter der Selbsthilfegruppe Berlin-Nord, seine privaten Erfahrungen weiter und erklärt leichtverständlich Methoden und damit verbundene Vorgehensweisen, Behandlungsoptionen und psychische Belastungen. Dabei macht er deutlich, wie sehr die Selbsthilfe ihm in dieser Ausnahmesituation geholfen hat und warum er nun anderen Betroffenen zur Seite steht. Lesen Sie hier das vollständige Interview von Blue Ribbon Deutschland.

Aktivitäten der SHG Berlin-Mariendorf

Von Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Berlin Mariendorf

Trotz Corona-Pandemie in 2020 und 2021 organisierte der Leiter der SHG Berlin-Mariendorf, Wolfgang Slania, mit einem eigenen Hygienekonzept, das er beim evangelischen Kirchenrat einreichte, „berührungsfreies Begegnen". Da anstatt der sonst üblichen 15 bis 25 Teilnehmenden nur acht Personen in den Schleiermachersaal der Evangelischen Kirchengemeinde durften, teilte er seine Gruppe: die erste von 18.00 bis 19.00 Uhr und die zweite von 19.00 bis 20.00 Uhr.

Besuch des Berliner Schlosses, © alle Fotos: W. Slania

Den ersten Vortrag in 2022 hielt dann am 4. Juli der Diplom-Sozialpädagoge Ralf Rötten von der Berliner Krebsgesellschaft mit den Themen „Schwerbehindertenrecht und der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben", „Leistungen der Rehabilitation und auch der Erwerbsminderung", „Krankengeld und den finanziellen Hilfen nach der Aussteuerung durch die Kasse", „Umgang mit Sozialversicherungen und Ämtern" und „Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und der Planung von Hilfen in der letzten Lebensphase". Bereits einen Tag zuvor hatte das Gruppenmitglied Michael Walkowiak zu einer Führung durch das Berliner Schloss geladen und Wissen über 800 Jahre „an die Gruppe" gebracht.

Vortragsabend

Im September 2022 hielt Dr. Johanna Junge, Oberärztin der Urologie und neue Zentrumskoordinatorin des Prostatakrebszentrum am Auguste-Viktoria-Klinikum, in der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Berlin-Mariendorf e. V. einen Vortrag über Fusionstherapie und die Radikale Prostataentfernung mithilfe des Da Vinci-Chirurgiesystems. Das Interesse daran war groß, wie die zahlreichen anschließend gestellten Fragen zeigten. Dankenswerterweise wird sich Frau Dr. Junge

Dr. Junge vor ihrem Vortrag in der SHG

auch für weitere Vorträge zur Verfügung stellen. Die Gruppe ist aufgerufen, Themenvorschläge einzureichen.

Teilnahme an Infoveranstaltung

Am 24. September 2022 haben Udo Nörenberg und Abdollah Torabi die SHG Berlin-Mariendorf mit einem Stand auf dem Markt der Möglichkeiten im Ludwig-Erhard-Haus präsentiert – eine Veranstaltung, die in den Jahren zuvor im Rahmen der Berliner Seniorenwoche immer an der Gedächtniskirche stattfand.

(von links) Udo Nörenberg, Ulli Zelle (rbb Reporter), Abdollah Torabi

Die PSHG Borken und Umgebung „on tour“

Von Franz Josef Ebbing, Mitglied der SHG-Leitung Prostatakrebs SHG Borken und Umgegend

Eine gemeinsame Radtour im August ist jedes Jahr ein Höhepunkt in unserer SHG. Unser Fahrziel war in diesem Jahr der Heimatverein/Heimathaus Burlo, einer Nachbargemeinde der Stadt Borken.

Die Fahrt ging bei schönstem Wetter durch Wald und Flur, die sicher und souverän durch unseren Kassenwart Heinrich Fischedick ausgearbeitet und angeführt wurde. Der Empfang am Zielort war mehr als herzlich, das zeigte sich besonders bei der Bewirtung mit Kaffee, Kuchen und Schnittchen. Während des Rundgangs bekamen wir Einblicke zu der Entstehung des Projektes „Heimathaus“: von der Demontage eines unter Denkmalschutz stehenden Gehöftes bis hin zur Neuerrichtung des Heimathauses.

Abschließend reichte uns die Abordnung des Heimatvereins kalte Getränke, die wir vor Antritt der Rückreise dankend entgegennahmen. Alles in allem ein sehr gelungener Ausflug mit Wiederholungsfaktor.

Die Radler der PSHG Borken, © F. J. Ebbing

SHG Köln-Nord trifft sich wieder

Von Reiner Schorsch, Leiter der Selbsthilfegruppe Köln-Nord

Die SHG Köln-Nord traf sich erstmalig seit März 2020 im August 2022 mit sieben Personen im Garten eines Gruppenmitgliedes. Alle Männer kamen mit einem Lachen im Gesicht zu diesem Treffen, was eindeutig Freude über ein persönliches Treffen aussagte.

Bei schönstem Sommerwetter und Getränken gab es nach so langer Zeit – mit ausreichend Abstand – viel zu erzählen, sodass die Zeit wie im Flug verging und weitere Treffen von den Anwesenden gewünscht wurden.

Von links nach rechts sind die Herren Schlösser, Malzkorn, Jablonsky, Böhner, Lippmann Burek sowie vorne kniend der Gruppenleiter Schorsch zu sehen, © R. Schorsch

Patientenforum im Universitätsklinikum Dresden

Von Hans-Dieter Schaaf, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Königs Wusterhausen

Schon Johann Wolfgang von Goethe prägte den Ausspruch „Warum in die Ferne schweifen, wenn das Gute liegt so nah". Nun liegt zwar Dresden nicht gleich um die Ecke von Königs Wusterhausen, aber auch nicht so weit entfernt, um nicht mit dem Bus in zwei Stunden dort zu sein. Und so entstand die Idee, dass unsere Selbsthilfegruppe zusammen mit der Selbsthilfegruppe Riesa und Elbland, die eine Kooperationsvereinbarung mit der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden hat, ein Patientenforum organisiert. Die Klinik gehört zu den größten universitären urologischen Zentren in Deutschland. Die dortigen Ärzte waren von der Idee überzeugt und bereiteten für den 17. September eine äußerst interessante Veranstaltung vor, die einen Einblick in aktuelle Erkenntnisse und Therapien bei der Behandlung des Prostatakarzinoms gab und zugleich die Möglichkeit bot, Teile des OP-Bereiches sowie das neu errichtete Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) mit der onkologischen Tagesklinik zu besichtigen.

Der Klinikdirektor und Leiter des Prostatakarzinomzentrums, Prof. Dr. med. Christian Thomas, ließ es sich nicht nehmen, uns persönlich zu begrüßen und während der gesamten Veranstaltung zu begleiten. Nach seinem Überblick über die Struktur und die Aufgaben des uroonkologischen Zentrums, das von der Deutschen Krebsgesellschaft wie auch der Europäischen Gesellschaft für Urologie zertifiziert ist, informierten die Oberärzt:innen Dr. med. Angelika Borkowetz und Dr. med. Sherif Mehralivand über die neuesten Erkenntnisse bei der Diagnostik und Therapie des Prostatakrebses. Dankenswerter Weise räumten sie auch genügend Zeit für die Beantwortung von Fragen ein.

Nach einem kleinen Imbiss ging es dann in den OP-Saal und beide Ärzt:innen erläuterten uns am

Ärztinnen, Ärzte und Mitglieder der beiden Selbsthilfegruppen im NCT, © H.-D. Schaaf

da-Vinci-Roboter, wie eine robotergestützte Operation abläuft. Immerhin werden in der Klinik pro Jahr etwa 380 robotische Eingriffe durchgeführt. Wer von unseren Gruppenmitgliedern wollte, konnte sich auch selbst in die Rolle des Operateurs versetzen und sein Geschick bei der Bedienung des Gerätes testen, indem kleine Gummibärchen mit den Greifarmen bewegt wurden.

Der zweite Teil der Veranstaltung führte uns dann in das benachbarte Nationale Centrum für Tumorerkrankungen, das eine Diagnostik, Behandlung und Nachsorge für Krebspatientinnen und -patienten auf dem neuesten medizinischen Kenntnisstand anbietet. Dort begleitete uns Dr. Heidrun Groß durch die onkologische Tagesklinik für tumorerkrankte Patientinnen und Patienten und Oberarzt Dr. med. Tobias Hölscher von der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie gab uns einen Einblick in die strahlentherapeutische Behandlung.

Summa summarum: Die Mitglieder unserer beiden Selbsthilfegruppen aus Königs Wusterhausen und Riesa erlebten vier ereignisreiche Stunden und konnten mit neu gewonnenen Kenntnissen den Heimweg antreten. Ein Beweis dafür, dass der alte Goethe schon vor über 200 Jahren wusste, warum man nicht immer in die Ferne schweifen muss. Und noch eine Erkenntnis konnten wir mit nach Hause nehmen: Hin und wieder sollten sich zwei oder drei Selbsthilfegruppen auch mal zusammenfinden und überlegen, was sie gemeinsam für ihre Mitglieder tun können.

Infoveranstaltung „Kontinenztraining“ durch SHG Bocholt

Von Hans-Josef Beckers, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bocholt

Im Oktober 2022 veranstaltete die SHG Bocholt eine Infoveranstaltung zum Thema „Kontinenztraining“. Insgesamt 23 Personen, darunter Gruppenmitglieder und Interessierte, nahmen daran teil. Durch die Bekanntmachung der Veranstaltung in der Presse konnte vermutlich ein zusätz-

licher Zuspruch angestoßen und das Bewusstsein zur Gruppe neu belebt werden.

Dank der Unterstützung durch den Landesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. und einem Sponsoring war es möglich, den Rahmen im Hause des Kneippvereins Bocholt ansprechend zu gestalten.

Die Veranstaltung begann um 10.30 Uhr mit Begrüßung und einleitenden Worten des Leiters der Selbsthilfegruppe, Hajo Beckers, und endete – unterbrochen von Mittagessen und Nachmittagskaffee – gegen 15 Uhr. Dabei führte Susanne Lutter sehr gekonnt und einfühlsam durch das Thema, wie die anschließende, dankbare Resonanz der Teilnehmenden zeigte. Auch später haben wir noch durchweg positive Reaktionen erhalten – von Mitgliedern und Interessierten.

SHG Neuss bei Selbsthilfetag

Von Hans-Jürgen Schulz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Neuss

Nach zweijähriger Pause eröffnete Schirmherr Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister a. D., am 24. September 2022 den Selbsthilfetag in Neuss unter dem Motto „Nimm dein Leben in die Hand! Selbsthilfegruppen machen stark".

Neben den 29 angemeldeten Gruppen und Institutionen stand – im Rahmen der NRW-Selbsthilfetour – auch ein 14 Meter langer Truck mit einer mobilen Bühne vor dem Rathaus in Neuss und sorgte für die richtige Stimmungsmusik. Das Wetter spielte ebenfalls mit und lockte viele Besucherinnen und Besucher vor die zugewiesenen Standplätze. So konnten interessante Kontakte geknüpft und ausgiebige Gespräche mit Interessierten geführt werden.

Die Selbsthilfekontaktstelle im Rhein-Kreis Neuss und das Selbsthilfe-Büro des Paritätischen in Neuss haben eine perfekt geleitete und durchgeführte Veranstaltung organisiert, die von der AOK Rheinland/Hamburg gefördert wurde.

(von links) Erwin Kröninger Hans-Jürgen Schulz und Manfred Teßmer, © H.-J. Schulz

Kennen Sie schon die BPS-App?

Der BPS hat eine App für die Systeme IOS und Android entwickelt.
Interessierte finden unsere BPS-App im App-Store und bei Google Play.

Nachruf Helmar Frenzel

Von Ralf Rauh und Klaus Hillig, Selbsthilfegruppe Chemnitz und Umgebung

© D. Westphal, SKG

Helmar Frenzel, Gründungsmitglied und Schatzmeister der SHG Chemnitz und Umgebung ist am 17. August 2022 verstorben. Er war einer der 13 Visionäre, die am 20. Oktober 2005 die SHG Chemnitz gründeten. Von 2005 bis 2011 leitete er die Gruppe, wichtige Aufgaben erledigte er aber noch bis 2017, die Funktion des Schatzmeisters sogar noch bis zu seinem Tod – korrekt und ohne Beanstandungen durch Kassenprüfung oder Finanzamt.

Er organisierte zahlreiche Veranstaltungen, darunter eine der ersten Tagungen des Regionalverbands Neue Bundesländer 2009 in Chemnitz. Da familiäre Krebserkrankungen seine persönliche Teilnahme an mehrtägigen Tagungen und Kongressen verhinderten, kommunizierte er lebhaft am Telefon – seine Anrufe und telefonischen Gespräche waren bekannt und beliebt.

Sein Handeln war stets vom Sinn der aktiven Selbsthilfe bestimmt. Die Arbeit in der SHG organisierte er im Dreiklang von Erfahrungsaustausch, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Er hat zahlreiche Artikel hierzu für das BPS-Magazin und in ausführlicheren Fassungen für das Mitteilungsblatt der Sächsischen Krebsgesellschaft (SKG) verfasst.

In Vorträgen ließ er die Zuhörenden an seiner Lebenserfahrung teilhaben – in freier Rede und sehr persönlich. Bei seinem letzten öffentlichen Auftritt beim Aktionstag der SKG im Oktober 2020 referierte er zum Thema „Wie bin ich zur Selbsthilfe gekommen? Welche Erfahrungen konnte ich machen?“. Die Begeisterung der Zuhörenden war ihm stets sicher und wir, die SHG, waren stolz auf unser Gründungsmitglied.

Sowohl in Gruppenversammlungen als auch in persönlichen Einzelgesprächen war Helmar ein guter Zuhörer und verständnisvoller Ratgeber. Er hatte immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte, nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörige. Sein Kameradschaftssinn und sein Verantwortungsbewusstsein waren vorbildlich und beispielgebend. Seine Ruhe und Ausgeglichenheit waren ein Gewinn – nicht nur für die SHG-Arbeit, sondern auch für ein privates Miteinander. Ideenreich und initiativ beteiligte er sich bis zuletzt an der Gestaltung des SHG-Jahresprogramms.

Helmar hat tiefe Spuren hinterlassen. Diesen Spuren wollen wir folgen, um die Aufgaben in der Selbsthilfe in seinem Sinn mit Freude zu erfüllen. So wollen wir ihn in Erinnerung behalten und sein Andenken ehren.

Unsere BPS-Beratungshotline sollte jeder Mann kennen!

Postkarte

Visitenkarte

Dafür stellt der BPS kostenfrei Postkarten und Visitenkarten
zur Auslage in Arztpraxen, Kliniken, Apotheken etc. zur Verfügung.

Bestellung gerne hier

Fortbildungsveranstaltungen des ZfK KSH Freiburg

Das Zentrum für Kompetenzentwicklung in der Krebs-Selbsthilfe (ZfK KSH) Freiburg hat verschiedene Fortbildungsveranstaltungen für Mitglieder einer SHG oder Angehörende eines Verbands in der Krebs-Selbsthilfe entwickelt. Weitere Informationen erhalten Sie hier.

27. Februar 2023 (17.00-20.15 Uhr): Soziale Medien – ein Blick auf weiterführende Themen, Online-Veranstaltung, Anmeldeschluss: 20. Februar 2023

25. März 2023 (14.00-18.15 Uhr) + **26. März 2023** (8.30-12.45 Uhr): Umgang mit Angst, Veranstaltungsort: Dorint Hotel Dresden, Grunaer Strasse 14, 01069 Dresden, Anmeldeschluss: 24. Februar 2023

22. April 2023 (14.00-18.15 Uhr) + **23. April 2023** (8.30-12.45 Uhr): Lachen erlaubt?! Humor und Lachyoga als heilsame Begleiter einer Krebserkrankung, Veranstaltungsort: Hotel & Restaurant Löwen, Marktstrasse 8, 97340 Marktbreit bei Würzburg, Anmeldeschluss: 26. Februar 2023

Register 2022

Heft 1-2022

Editorial

Aktuell

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

Diagnose und Therapie

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

Verbandsnachrichten

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

Für Sie notiert

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

Heft 2-2022

Editorial

Aktuell

Der Vorstand informiert: Berichte von der 95. und 96.Sitzung des Vorstands des BPS 2
„Was uns bewegt! Was wir bewegen!“ – Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2022 in Hannover 3
mit Verleihung Wil de Jongh-Medaillen 2021 und 2022 5
mit Thementischen 7
mit Sitzung des Arbeitskreises fortgeschrittener Prostatakrebs 9
DEGRO-Kongress 2022 mit BPS-Beteiligung 9
Erste Ergebnisse der gesa-K-Umfrage 11

Diagnose und Therapie

Das metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom 13
^{89}Zr-PSMA-PET/CT: Eine kleine Revolution im Bereich der PSMA-PET/CT mit drastischer Anhebung der Genauigkeit und erfolgreichen Tumorlokalisation bei biochemischem Rezidiv nach Primärtherapie 19

Verbandsnachrichten

Pilotprojekt „Erfahrungsaustausch Nachfolge“
Frühjahrstagung des Regionalverbands Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe (RNBPS) 22
Danke, Bernd Knye-Neczas 23
Landesverband Baden-Württemberg betritt Neuland 24
Pandemie eröffnet neue Wege des Zusammenseins 24
SHG Prostatakrebs Gladbeck trifft sich wieder 25
SHG Berlin-Nord startet Projekt „Rudern gegen den Krebs“ 26
SHG Pinneberg bei „Stand und Stelzen“ auf dem Wochenmarkt 27
Wieder regelmäßige Treffen der SHG Oberes Schussental 27
Distinguished Gentleman’s Ride auch in Ulm 29
BPS-Informations- und Weiterbildungsprogramm 2022 29
Nachruf Wolfhard Frost 30
Nachruf Wolfgang Fuchs 30
Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ 31

Für Sie notiert

Reha-Verordnungen werden ab Juli 2022 einfacher 32
Fortbildungsveranstaltungen des ZfK KSH Freiburg 32
Fokusgruppen gesucht 32
Probanden für Sportstudie gesucht 33
Verzeichnis barrierefreie Reisebusse 33

Heft 3-2022

Editorial

Aktuell

Der Vorstand informiert: Berichte von der 97. und 98. Sitzung des Vorstands des BPS 2
„Gemeinsam Zukunft Gestalten“ – Eindrücke vom 74. DGU-Kongress 3
Zertifizierte onkologische Zentren behandeln nachweislich besser 3
BPS-Jahrestagung 2022: Thementische 4
Pilotprojekt „Erfahrungsaustausch Nachfolge" – Fortsetzung 5

Diagnose und Therapie

Oligometastasierung bei Prostatakrebs – die Rolle der Stereotaktischen Ablativen Strahlentherapie (SBRT) 7
Salvage-Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie 11
Hormonsensitives Prostatakarzinom: Androgendeprivation und Abirateronacetat in Erstlinie reicht aus 16
Aktive Überwachung: Wie häufig brechen die Patienten diese Strategie ab und warum? 16
Darolutamid: Dreifachtherapie bei metastasiertem hormonsensitivem PCa (mHSPC) 17
Perineale Prostatabiopsie: Keine höheren Infektionsraten ohne Antibiotikaprophylaxe 17
Ursache für Metastasierung bei Prostatakrebs entdeckt 18
Flüssigbiopsie – für Prognose relevant 19
Radioligandentherapie in der ASV 19

Verbandsnachrichten

Jubiläen 2022 20
Aktivitäten des Landesverbands Baden-Württemberg 21
20 Jahre ehrenamtliche Arbeit – die SHG Celle feiert Jubiläum 22
SHG Prostataerkrankte Schleswig: 20 Jahre Lebensqualität 23
SHG Berlin-Nord bei Zukunftsdialog zur Krebsprävention 24
Aktivitäten der SHG Berlin-Mariendorf 25
Die PSHG Borken und Umgebung „on tour“ 26
SHG Köln-Nord trifft sich wieder 27
Patientenforum im Universitätsklinikum Dresden 27
Infoveranstaltung „Kontinenztraining“ durch SHG Bocholt 28
SHG Neuss bei Selbsthilfetag 29
Nachruf Helmar Frenzel 30
Verstorbene 2022 30
Unsere BPS-Beratungshotline sollte jeder Mann kennen! 31
Fortbildungsveranstaltungen des ZfK KSH Freiburg 31

Für Sie notiert

Register 2022 32
Europa Uomo: Früherkennungskampagne auf Zypern 32

Europa Uomo: Früherkennungskampagne auf Zypern

Europa Uomo, die europäische Interessenvertretungsbewegung von Prostatapatienten, hat im Sommer 2022 auf Zypern eine ungewöhnliche Früherkennungskampagne für Prostatakrebs gestartet: Auf den Rädern steht „Handle rasch!" und auf den Bannern steht: „Jeder 7. Mann bekommt Prostatakrebs, handle rasch, sei du nicht der Siebte!".

Wir freuen uns über Anregungen, Themenvorschläge und Meinungen

Teilen Sie uns gerne mit, was Ihnen in unserem Magazin gefällt oder auch nicht! Welches Thema interessiert Sie? Worüber sollen wir einmal berichten? Meinungen, Ideen und Vorschläge bitte an magazin@prostatakrebs-bps.de.

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

Informationsmaterial Heft 3/2022

Früherkennung

- ❑ Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs"
- ❑ „PSA-gestützte Früherkennung von Prostatakrebs"
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 17: Prostatakrebs

Lokal begrenzter Prostatakrebs

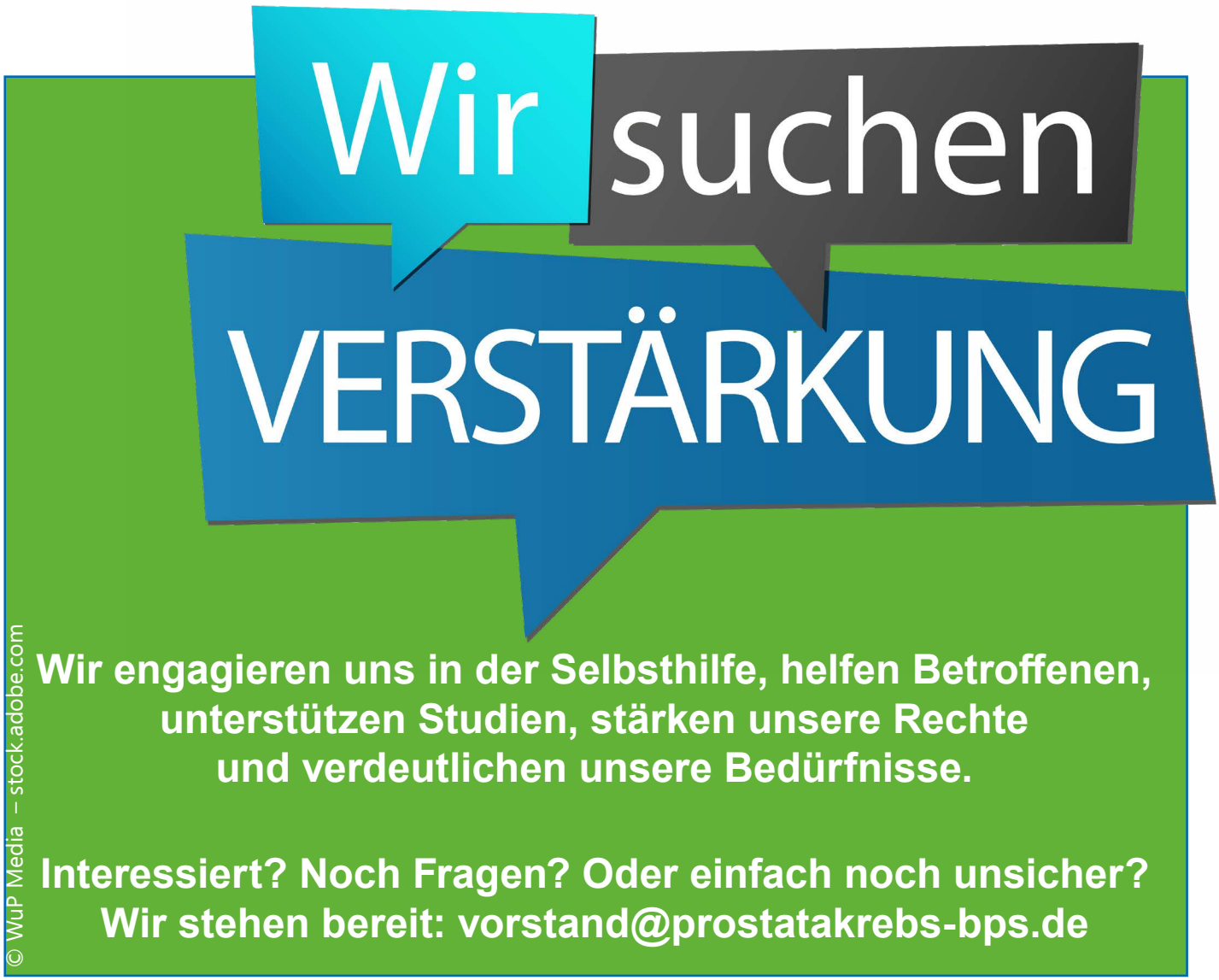
- ❑ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

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

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs"

- ❑ Patientenleitlinie „Palliativmedizin"
- ❑ Patientenleitlinie „Psychoonkologie"
- ❑ Patientenleitlinie „Supportive Therapie"
- ❑ Ernährung, Bewegung & Naturheilverfahren – Was kann ich selber tun?
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 40: Wegweiser zu Sozialleistungen
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 42: Hilfen für Angehörige
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 46: Ernährung bei Krebs
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 48: Bewegung und Sport bei Krebs
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 50: Schmerzen bei Krebs
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 51: Fatigue
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 53: Strahlentherapie
- ❑ Blauer Ratgeber Nr. 57: Palliativmedizin
- ❑ Prostatakrebs – Beratungs-Hotline:
  - ❑ Postkarten
  - ❑ Visitenkarten



© WuP Media – stock.adobe.com

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