

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

# bps-magazin

Ausgabe 3/2021

## Hormontherapie bei Prostatakrebs



mit Mitgliederkonferenz und Ehrungen 2021 ►

## Aktuell

- 2 Der Vorstand informiert: Berichte von der 92. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS
- 2 BPS-Mitgliederkonferenz 2021
- 6 Weitere Ehrungen des BPS
- 7 Mehr urologische Tumorpatienten potenziell ASV-fähig
- 8 Ehrenmitglied Prof. Louis Denis verstorben
- 8 Umfrage: Wie steht es um Ihre Lebensqualität nach Prostatakrebs?
- 9 73. DGU-Kongress im September 2021 in Stuttgart
- 12 Dem „e“ auf der Spur – eGK, eMP, eRezept, ePA

## Diagnose und Therapie

- 15 Hormontherapie bei Prostatakrebs
- 18 Medikamentenliste fortgeschrittener Prostatakrebs
- 20 Metastasierter, kastrationsresistenter Prostatakrebs – Was kommt nach Chemo- und neuartiger Hormontherapie?
- 21 Nomenklatur beeinflusst Therapiewahl und Ängste
- 22 Günstige Effekte von intensivem Training bei Prostatakrebspatienten unter aktiver Überwachung
- 24 Tumorkachexie fördert Knochenschwund bei Krebspatienten

## Verbandsnachrichten

- 26 Jubiläen 2021
- 27 20-jähriges Jubiläum der SHG Oberhausen/Mülheim a.d.Ruhr
- 28 Seit 20 Jahren Gruppe 31 NRW
- 29 Gartenzwerge im Dienst der Selbsthilfe – ein ungewöhnlicher Aktionstag
- 30 15 Jahre Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf
- 31 Wanderung der SHG DELFIN Lkr. Emmendingen
- 31 Verstorbene 2021

## Für Sie notiert

- 32 Register 2021
- 33 Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie kommt Februar/März 2022
- 33 Übersicht „Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom“

**Die Redaktion des BPS-Magazins sagt „Danke“ für Ihr Interesse und freut sich, Sie auch im kommenden Jahr als Leser 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](mailto:info@prostatakrebs-bps.de)

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

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

Redaktionsschluss: **Ausgabe 1/2022: 1. März 2022**; Ausgabe 2/2022: 1. Juli 2022; Ausgabe 3/2022: 1. Oktober 2022

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

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

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

Die Redaktion behält sich vor, sinnwährende Kürzungen vorzunehmen.

Nutzen Sie auch das Informationsangebot im Internet: [www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de) · [forum.prostatakrebs-bps.de](http://forum.prostatakrebs-bps.de)



*Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,*

wieder neigt sich ein Jahr dem Ende zu. Diesmal gehen wir optimistischer an die Vorbereitung der Feiertage und des Jahreswechsels. Wir haben allen Grund dazu. Auch durch unser um- und einseitiges Verhalten konnte ein Virus, wenn schon nicht besiegt, so doch zumindest in Schach gehalten werden. Noch dürfen wir aber nicht in unseren Bemühungen nachlassen. Noch sind wir von der Normalität weit entfernt.

Wir haben, wie im vorigen Jahr, unsere Jahrestagung in Magdeburg frühzeitig abgesagt. Damit wollte der Vorstand seiner Fürsorgepflicht gegenüber den Mitgliedern, Beschäftigten und Gästen nachkommen. Stattdessen hat der Vorstand alle Mitglieder des BPS am 6. Oktober zu einer virtuellen Mitgliederkonferenz eingeladen. Lesen Sie den Bericht ab Seite 2. Die Aufzeichnung der Veranstaltung finden Sie auf der BPS-Internetseite.

Auch diese Ausgabe des BPS-Magazins widmen wir wieder einem Schwerpunktthema, dieses Mal der Hormontherapie. Einen Satz aus dem Fazit des Artikels (S. 15 ff) will ich hier zitieren: „Die antihormonelle Therapie kann die Zeit bis zum

Voranschreiten der Karzinom-erkrankung verlängern, das Risiko für Komplikationen verringern und zu einer Teil- oder ggf. sogar Komplettremission beitragen.“ Dies war für die Redaktion Grund genug, sich des Themas anzunehmen.

Für die letzten Tage des Jahres wünsche ich Ihnen Zeit für Muße und Besinnlichkeit in der Gemeinschaft von Menschen, die Ihnen nahe sind. Lassen Sie uns dem Jahr 2022 gemeinsam mit Zuversicht entgegenschauen. Dazu wünsche ich Ihnen Gesundheit und Kraft und hoffe darauf, nächstes Jahr viele von Ihnen wiederzusehen.

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](http://www.prostatakrebs-bps.de/ziele-aufgaben) finden. In den Geschäftsberichten, unter [www.prostatakrebs-bps.de/geschaeftsberichte](http://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 92. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Die 92. (virtuelle) Sitzung des Erweiterten Vorstands fand am 5. Oktober 2021 statt. Themenschwerpunkte bildeten dieses Mal die Berichte der Vorsitzenden bzw. Vertreter der Regional- und Landesverbände über die Entwicklung seit der letzten Erweiterten Vorstandssitzung im April des Jahres. Basis war ein vom Vorstand im Juli vorgelegtes Papier „BPS-Organisationsstruktur – Herausforderungen bei der Nachfolge in Leitungsfunktionen“, das unterschiedliche Organisationsformen für Regional- und Landesverbände aufzeigt. Die Mitglieder in den betreffenden Bundesländern müssen nun die Entscheidung für

eine den Gegebenheiten angepasste Organisationsform treffen.

Weiterhin wurde gemeinsam über die Situation in einigen Selbsthilfegruppen beraten. Dabei ging es hauptsächlich um Fragen der Nachfolge, aber auch in einigen Gruppen um die Einhaltung der Satzung, die eine Berichtspflicht auferlegt. Der Vorstand ist hier in der Pflicht, auch gegenüber seinen Förderern. Von Seiten der Regional- und Landesverbände war die Mitwirkung bei dieser, die Gemeinnützigkeit des BPS tangierenden Frage, spürbar. Die weiteren Schritte wurden besprochen und werden durch den Vorstand umgesetzt.

## BPS-Mitgliederkonferenz 2021

(Red. ug) Da die Mitgliederversammlung 2020 coronabedingt ausfallen musste, gab es in diesem Jahr einiges zu berichten. Daher hat der Vorstand am 6. Oktober 2021 alle Selbsthilfegruppenleiter und -mitglieder zu einer virtuellen Mitgliederkonferenz eingeladen, bei der der Vorstand und einige Gäste in einem Tagungsraum in Fulda Rede und Antwort standen. Abstimmungsunterlagen und Angaben zu den Finanzen waren vorab per Post versendet worden. So trafen sich fast 70 Interessierte, die von Reinhard Krämer durch die virtuelle Veranstaltung geleitet sowie von Michael Weitbrecht (SerBiss) und Martin Buske in Bild und Ton betreut wurden.

Nach einem stillen Gedenken an die Verstorbenen eröffnete der Vorsitzende des BPS, Werner Seelig, die Veranstaltung mit einem informativen Rückblick. Er stellte Neuerungen des BPS, dar-

„Die Veranstaltung hat mir gut gefallen, die Tonqualität war einwandfrei. Die Filmsequenzen zwischendurch waren sehr gut platziert. Gerne hätte ich gewusst, wie viel Zuhörer es gewesen sind. Mit freundlichen Grüßen, Ludwig Zehnle“

unter Internetauftritt, Newsletter und infobrief, vor und betonte, wie wichtig für eine umfassende Informationsbasis aller ein regelmäßiger Blick auf die Internetseiten des BPS sei. Mit Blick auf die „Nachfolge“-Thematik kündigte er „Schnupperseminare für Interessierte“ an und motivierte alle Zuhörenden, die sich für einen starken BPS engagieren möchten, mit einem schlichten „Traut euch!“. Er stellte ein Video vor, das die augenblickliche Nachfolge-Situation im BPS verdeutlicht und neue Mitstreiter ermutigen soll.



Werner Seelig, Vorsitzender des BPS



Reinhard Krämer, Konferenzleiter



Ernst-Günther Carl, Stellv. Vorsitzender des BPS

„Ich habe mit großer Freude feststellen dürfen, wie gut eine virtuelle Veranstaltung sein kann, wenn sie nur gut und richtig vorbereitet wurde. Alles in allem schreit das nach Wiederholung. Ein schönes Wochenende noch, mit freundlichem Gruß Wolfgang Klimm“

Der stellvertretende Vorsitzende, Ernst-Günther Carl, berichtete über das Engagement des BPS in der Gesundheitspolitik durch Beteiligung an Leitlinien und Studien (PCO-Studie, Prima-Studie, Euproms), durch Teilnahme an Kongressen und durch die Interessenvertretung der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie in den Leitlinien- und Zertifizierungskommissionen. Die BPS-Patientenvertreter im G-BA erklärten ihre Aufgaben in einem Video. Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie hatte der BPS ein eigenes, gut besuchtes Symposium (s. Bericht ab Seite 9).

Anschließend konnten Fragen gestellt werden, die die Anwesenden vor Ort beantworteten.

Auch in diesem Jahr war – coronabedingt – ein feierlicher und persönlicher Rahmen für die Verleihung der Verbandsabzeichen des BPS immer noch nicht möglich. Die Liste der zu Ehrenden wurde verlesen (s. Kästen), stellvertretend für die vielen Engagierten wurden nachfolgende Mitstreiter in Fulda geehrt:

- Anton Krapf, Großes Verbandsabzeichen in Silber
- Klaus Hemrich, Verbandsabzeichen in Gold
- Wilfried Bönisch, Verbandsabzeichen in Silber
- Ralf Rauh, Verbandsabzeichen in Bronze.

„... war für mich alles klar und verständlich im Vorwege geklärt, das Einzige was mich störte war, dass der Chat nachher sofort geschlossen wurde und ich meine Fragen dort nicht mehr losgeworden bin. Ich habe mich dann direkt an den Vorstand gewendet. Mit freundlichen Grüßen, Michael Witt“



Anton Krapf erhält das Große Verbandsabzeichen in Silber.



Klaus Hemrich erhält das Verbandsabzeichen in Gold.



Wilfried Bönisch erhält das Verbandsabzeichen in Silber.



Ralf Rauh erhält das Verbandsabzeichen in Bronze.

Die Überreichung der Urkunden und Abzeichen an die anderen zu Ehrenden werden im Rahmen von Veranstaltungen der Regional- und Landesverbände erfolgen (s. auch Beitrag ab Seite 6).

Werner Seelig beendete die Mitgliederveranstaltung nach rund zwei Stunden mit einem aufrichtigen „Danke“ an alle engagierten und motivierten BPS-Kollegen, die sich ehrenamtlich für ihre Nächsten einsetzen und einem deutlichen Appell, dass Mitstreiter im BPS stets willkommen sind. Auf ein Wiedersehen in Magdeburg 2022!

### Ehrennadel in Silber

Mit der Ehrennadel in Silber wurden Jürgen Min-

dermann (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Burgdorf) und Bernd Troche (Landesverband Prostatakrebs NRW) ausgezeichnet.

### Mit dem Großen Verbandsabzeichen in Gold für mindestens 20 Jahre Leitung einer dem BPS angehörenden Selbsthilfegruppe oder eines Regional- /Landesverbands werden geehrt:

Karl Heinz Bauer (SHG Prostatakrebs Karlsruhe), Anton Kreiss (SHG Prostatakrebs - Landkreis Rastatt), Martin Buchert (Prostatakrebs SHG Geldern-Kleve), Heinz Davidheimann (Prostatakrebs Selbsthilfe Essen e.V.), Bernd Knye-Neczas (Prostatakrebs SHG Jena & Umgebung).



Konferenzteilnehmer in Fulda (von links): Ralf Rauh, Manfred Olbrich, Reinhard Krämer (verdeckt), Lothar Anlauf, Werner Seelig, Udo Ehrmann, Wilfried Bönisch, Ernst-Günther Carl, Manfred Ohler, Anton Krapf, Klaus Hemrich, © alle Fotos: BPS

**Mit dem Großen Verbandsabzeichen in Silber für mindestens 16 Jahre Leitung einer dem BPS angehörenden Selbsthilfegruppe oder eines Regional-/Landesverbands werden geehrt:**

Fritz Dauth (SHG Prostatakrebs Bayerisches Oberland-Bad Tölz), Waltraud Mergner (SHG Prostatakrebsbetroffene Fürth), Gerhard Zieseniß (SHG Prostatakrebs Verden), Jürgen Mindermann (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Burgdorf), Rüdiger Bolze (Prostatakrebs Halle), Klaus Schindler (Prostatakrebs SHG Gelsenkirchen und Lingen/Ems).

**Mit dem Verbandsabzeichen in Gold für mindestens zwölf Jahre Leitung einer dem BPS angehörenden Selbsthilfegruppe oder eines Regional-/Landesverbands werden geehrt:**

Helmut Müller (Prostatakrebs SHG Brandenburg a.d. Havel), Gerhard Beck (Prostatakrebs SHG Bad Buchau-Federsee), Hans Biegert (Prostatakrebs SHG Lörrach), Klaus Hemrich (SHG Würzburg VI Prostatakrebs Betroffene), Dr. Bodo Buecher (Prostatakrebs SHG Hersfeld-Rotenburg), Ernst Tennstedt (Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Hamburg), Wolfgang Klimm (SHG Prostataer-

krankungen Osnabrück Stadt und Umland), Horst P. Bühling (SHG für Prostatakrebs Recklinghausen).

**Mit dem Verbandsabzeichen in Silber für mindestens acht Jahre Leitung einer dem BPS angehörenden Selbsthilfegruppe oder eines Regional-/Landesverbands werden geehrt:**

Dr. Detlef von Hoerschelmann (SHG Prostatakrebs Weilheim-Schongau), Werner Seelig (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Hochfranken-Fichtelgebirge), Paul-Dieter Köller (Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Aurich e. V.), Helmut A. Kurtz (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Landkreis Heidekreis e. V.), Alfred Marenbach (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Bonn und Rhein-Sieg-Kreis), Jürgen Klein (Prostatakrebs SHG Bergisch-Gladbach), Paul Prus (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heinsberg), Rainer Kurs (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Moers), Hermann Kunicke (Prostatakrebs Selbsthilfe Aachen (PS-AC)), Peter Hartmann (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Velbert), Horst Schuhose (Prostatakrebs-Selbsthilfe-Gruppe Mainz und Umgebung), Wilfried Bönisch (Prostatakrebs SHG Bad Neuenahr-Ahrweiler), Manfred

von Mackrodt (Prostatakrebs SHG Schönebeck), Hartmut Neumann (SHG Prostatakarzinom Eisenach und Wartburgkreis).

**Mit dem Verbandsabzeichen in Bronze für mindestens vier Jahre Leitung einer dem BPS angehörenden Selbsthilfegruppe oder eines Regional-/Landesverbands werden geehrt:**

Dieter Brammertz (Selbsthilfegruppe für Menschen mit urologischen Krebserkrankungen und deren Angehörige – Schwarzwald-Baar-Heuberg), Michael Roller (SHG Prostatakrebs Calw), Wolf-

gang Bittorf (SHG Prostatakrebs Hof), Manfred Seigis (Pro Mann Prostatakrebs SHG Hamburg), Joachim Jankowski (Prostatakrebs SHG Duisburg), Ekhart Loh (Prostatakrebs SHG Gevelsberg), Karl-Heinz Mevs (Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Heide), Hans-Joachim Fricke (SHG Prostatakrebs Rendsburg-Eckernförde), Detlef Burmeister (SHG Prostatakrebs Kücknitz), Ralf Rauh (Prostatakrebs SHG Chemnitz und Umgebung), Harald Bär (Prostatakrebs-SHG Dippoldiswalde/Osterzgebirge), Eckhard Heindel (SHG Prostatakrebs Quedlinburg).

## Weitere Ehrungen des BPS

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

Weil pandemiebedingt keine überregionalen Präsenzsitzungen stattfinden konnten, wurden am 18. September 2021 verdiente Mitglieder des Bundesverbands in einem Heidehotel in Soltau, organisiert vom Regionalverband, geehrt.

Wolfgang Petter, Gründungsvorsitzender des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. wurde nach seinem Tod vor zwölf Jahren posthum mit der Ehrennadel in Silber geehrt. Als Laudatoren haben Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzen-

### Auszug aus der Laudatio von Gerd Nettekoven

... ich erinnere mich immer wieder gerne an ihn. Geschätzt hatte ich Wolfgang Petter von Anfang an. Sein persönliches Engagement war imponierend und bewundernswert. Dennoch waren wir zunächst oft nicht einer Meinung – insbesondere was seine Herangehensweise beim Aufbau und sein Verständnis von den Kernaufgaben einer unabhängigen Krebsselfhilfe-Organisation betraf.

In dieser Zeit (im Patientenbeirat der DKH) habe ich ihn dann erst richtig kennen gelernt – als konstruktiven Mitstreiter, der sich zum einen für die Belange der Krebsselfhilfe engagierte, dessen Impulse und Beiträge aus dem Blickwinkel der Patienten, aber auch für die Arbeit der Deutschen Krebsselfhilfe wichtig waren. Wolfgang Petter ist leider viel zu früh von uns gegangen. Er hat gewaltige Spuren hinterlassen. Der BPS war zum Zeitpunkt seines Todes bereits eine gefestigte Selbsthilfeorganisation, die im Sinne der Deutschen Krebsselfhilfe handelte.

Es ist nicht nur eine Floskel, dass streitbare Menschen auch in der Lage sind, Dinge zu bewegen. Wolfgang Petter war streitbar und hat vieles bewegt. Es gibt allen Grund ihm dankbar zu sein und seine Leistung posthum zu würdigen, für das, was er für an Prostatakrebs erkrankte Menschen geleistet hat.



© DKH



(von links):  
 Jürgen Mindermann,  
 Ernst-Günther Carl, Nico-  
 la Horndasch, Helmut A.  
 Kurtz, Bernd Troche, Dieter  
 Brants, Reinhard Schalla,  
 Ute Petter, Rüdiger Beins,  
 Gerhard Zieseniß (sit-  
 zend), © H. A. Kurtz



der der Deutschen Krebshilfe als damaliger Wegbegleiter und Mitbegründer des BPS und Jürgen Mindermann als Freund von Wolfgang Petter sehr bewegende Grußbotschaften an die Witwe Ute Petter und Tochter Nicola Horndasch übermittelt.

Weiterhin wurden Bernd Troche, Vorsitzender des Landesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Nordrhein-Westfalen e. V., Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Niedersachsen/Bremen e. V., Dieter Brants, Selbsthilfegruppe Emden, Reinhard Schalla, ehemaliger Leiter der Selbsthilfegruppe Braun-

schweig, Gerhard Zieseniß, Leiter der Selbsthilfegruppe Verden und Jürgen Mindermann, Leiter der Selbsthilfegruppe Burgdorf für ihr außerordentliches Engagement geehrt.

Ernst-Günther Carl, stellvertretender Vorsitzender des BPS, ehrte Bernd Troche mit der BPS-Ehrennadel in Silber und bedankte sich bei Nicola Horndasch, die am 1. September 2021 ihr 20-jähriges Dienstjubiläum feierte und somit dienstälteste Beschäftigte des BPS ist. Wir gratulieren ihr und freuen uns über ihre nie nachlassende Fürsorge für alle Prostatakrebskranken.

## Mehr urologische Tumorpatienten potenziell ASV-fähig

Seit 7. August 2021 gelten Änderungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Die Behandlung urologischer Tumorerkrankungen ist nur bei besonderen Krankheitsverläufen Inhalt der ASV. Damit sind in den tragenden Gründen zur ASV vor allem systemische Therapien oder kombinierte Therapien gemeint. Die endokrine Therapie des Prostatakarzinoms (PCa) war bisher jedoch explizit von der ASV ausgenommen, auch die kombinierte endokrine Therapie mit LHRH plus sekundären Antiandrogenen.

In der neuen Anpassung stellt der Gemeinsa-

me Bundesausschuss (G-BA) nun in den tragenden Gründen klar, dass eine endokrine Therapie nur dann ausgeschlossen ist, wenn eine weitere tumorgerichtete Behandlung parallel verläuft. Damit ist eine endokrine Therapie adjuvant zur Strahlentherapie beim lokal begrenzten PCa kein Inhalt der ASV. Im metastasierten Stadium wird jedoch klargestellt, dass die endokrine Therapie eindeutig Inhalt der ASV ist. Damit wird die Zahl der potenziell ASV-fähigen urologischen Tumorpatienten deutlich ansteigen.

Quelle: BvDU, August 2021

## Ehrenmitglied Prof. Louis Denis verstorben

Wir sind traurig ob des Versterbens unseres BPS-Ehrenmitglieds Prof. Louis Denis (\*20.1.1933, †28.7.2021). Louis Denis war ein geachteter Arzt und Forscher in der Urologie und Onkologie. In Tat, Wort und Schrift engagierte er sich für eine mitfühlende, holistische und multidisziplinäre Behandlungen des Prostatakrebses.

Im Jahr 2002 gehörte er zu den Gründungsmitgliedern der Europäischen Prostatakrebs Selbsthilfe Europa UOMO und war ihr langjähriger Generalsekretär als auch Berater des UOMO-Vorstands. Den BPS, Mitgliedsverband der Europäischen Prostatakrebs-Selbsthilfe, unterstützte Prof. Denis in allen Jahren seiner Tätigkeit. Für sei-

ne Verdienste um die Prostatakrebsmedizin und die Selbsthilfe verlieh ihm der BPS im Jahr 2013 die Ehrenmitgliedschaft.

Wir fühlen mit seiner Familie und Freunden und bewahren dem warmherzigen und engagierten Arzt Louis Denis ein ehrendes Andenken.



©2008 Erik Briers

BPS-Vorstand

## EUROPA UOMO

### Wie steht es um Ihre Lebensqualität nach Prostatakrebs?

Das will Europa Uomo, die europäische Koalition für Prostatakrebspatienten, wissen und bittet Männer mit Prostatakrebs, an einer Online-Umfrage teilzunehmen. Ein Informationsblatt finden Sie als Beilage in dieser Ausgabe.

#### Warum?

Andere Patienten und Gesundheitsdienstleister müssen über die tatsächlichen Erfahrungen von Männern nach der Behandlung Bescheid wissen. Die von Ihnen bereitgestellten Informationen werden verwendet, um:

- Patienten dabei zu helfen, ihren Weg durch schwierige Behandlungsentscheidungen zu finden,
- Gesundheitsfachkräfte zu informieren,
- sich für bessere Früherkennung, Behandlung und Unterstützung einzusetzen.

#### Wie?

Beantworten Sie die einfachen Fragen im Online-EUPROMS 2.0-Fragebogen. Wenn Sie bereits an einer früheren EUPROMS-Umfrage teilgenommen haben, möchten wir Sie bitten, dies noch einmal zu tun. Alle Antworten werden vertraulich behandelt.

Den Fragebogen finden Sie unter folgendem Link: <https://euproms.ydeal.dev>. Die Umfrage beginnt am 25. Oktober 2021 und endet am 23. Dezember 2021.

Bitte ermutigen Sie andere, ebenfalls teilzunehmen. Durch Ihre Beteiligung an der Umfrage tragen Sie dazu bei, die Ergebnisse für jeden an Prostatakrebs Erkrankten zu verbessern.

## 73. DGU-Kongress im September 2021 in Stuttgart

### Die Forumssitzung des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

„Der BPS ruft und Alle kommen“, so fasste ein Teilnehmer an der Sitzung das Ergebnis zusammen. Er fügte noch hinzu, dass dies ein Zeichen für die Stärke des BPS als Patientenorganisation sei.

Doch der Reihe nach: Wie stets bei den DGU-Kongressen bot der BPS an, eine Forumssitzung unter seiner Leitung durchzuführen. Prof. Stenzl als Kongress-Präsident eröffnete die Sitzung mit seinem Vortrag „PSA-Früherkennung: Die Europäische Perspektive“. Kernthema dazu war einerseits die Einbeziehung des Prostatakarzinoms in das EU-Programm „Beat the Cancer“ sowie der aktuelle Standpunkt der EAU (European Associ-

ation of Urology), der einen „base line“ PSA vorsieht und aus dem Wert ableitend weitere Aktionen festlegt. Man ist hier deutlich weiter als in Deutschland und bemüht auch weitergehend das multiparametrische MRT zur Abklärung im Früherkennungsprozess.

Günther Carl, Stellvertretender Vorsitzender des BPS für Gesundheitspolitik, schilderte die seit fast zwölf Jahren andauernden Bemühungen des BPS, die PSA-gestützte Früherkennung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen. Priv.-Doz. Dr. Kowalski schloss diesen ersten Block mit einem Update zur PCO-Studie, die die Qualität lokal-begrenzter Prostatakrebsbehandlungen misst und vergleicht.



Hieran schloss sich die Übergabe der Urkunden für die Preisträger „Beste PCO-Studienzentren 2021“ in insgesamt sieben Kategorien an. Fast alle Kliniken hatten ihre Vertreter zur Entgegennahme des Preises entsandt. Ihnen allen wurde für das Engagement gedankt, die PCO-Studie zum Erfolg für Ärzte und Patienten zu führen. Im BPS-Magazin 2/2021 wurden die Namen der Kliniken vorab veröffentlicht.

Priv.-Doz. Dr. Schimmöller schloss die Sitzung mit einem Vortrag zu bildgebenden Verfahren bei der Erkennung des Prostatakrebses ab.

Die Forumssitzung war gut besucht und da sie im Livestream übertragen wurde, konnte sie auch virtuell verfolgt werden. Es entspann sich insbesondere an der PSA-gestützten Früherkennung eine rege Diskussion. Prof. Albers nutzte die Gelegenheit dazu, den BPS um Unterstützung bei einem von ihm bearbeiteten Thema zum familiären Prostatakarzinom zu bitten. Dieser Bitte kommt der BPS sehr gerne nach.

Abschließend sagte ich der DGU und ihrem Kongresspräsidenten Prof. Stenzl Dank für die Möglichkeit, die dem BPS für die Vermittlung seiner Ziele eingeräumt wurde. Die enge Verbundenheit zwischen Medizin und Patientenvertretung mit ihren gemeinsamen Anliegen kam während der Veranstaltung deutlich zum Ausdruck.

## Die medizinischen Neuigkeiten

Von Udo Ehrmann, BPS-Vorstand

Beim Prostatakarzinom gab es in den letzten zwölf Monaten einige Neuerungen. Dazu gehörte das Update der S3-Leitlinie Prostatakarzinom. Ihre Änderungen und die zugrundeliegenden neuen Studien wurden in den Sitzungen ausführlich besprochen. Dies spiegelte sich in vielen Sitzungen wider, z.B. zum Thema mpMRT-Bildgebung in der Erstdiagnostik und bei aktiver Überwachung (active surveillance), PSMA-PET/CT beim Hoch-Risiko-Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 oder cT3/cT4 oder PSA $\geq$ 20ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik oder fokale Therapie des Niedrig-Risiko-Prostatakarzinoms.

Die größten Veränderungen gab es bei der Be-



DGU-Pressekonferenz, © E.-G. Carl

handlung des systemischen (metastasierten) Prostatakrebses. So führte u.a. die STAMPEDE-Studie zur Empfehlung der lokalen Strahlentherapie der Prostata beim oligo- (gering) metastasierten Prostatakarzinom (OMPC). Die ORIOLE-Studie führte zur Kann-Empfehlung der metastasengerichteten Strahlentherapie bei OMPC. Und die PROFOUND-Studie begründete die Empfehlung von Olaparib bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) mit BRCA-Mutationen. Die VISION-Studie zeigte, dass Lutetium-PSMA-Radiotherapie bei stark vorbehandeltem mCRPC das mediane Gesamtüberleben um einige Monate verlängern kann.

Auf dem Abschlussplenum stellte Prof. Schrader (Münster) als Ausblick zwei weitere innovative Studien vor. Die TRANSFORMER-Studie (Phase 2) zeigte bei Männern mit mCRPC, die mit Abirateron vorbehandelt waren, dass Bipolare Androgen-Therapie (BAT, Hochdosis-Testosteron) im Vergleich mit Enzalutamid zu gleichem progressionsfreien Überleben (PFS) führt. Wenn die BAT aber zwischen Abirateron und Enzalutamid gegeben wird, macht es den Tumor für Enzalutamid empfindlicher und erhöht das PFS signifikant um über acht Monate. Die Lebensqualität wurde von den befragten Patienten bei BAT höher bewertet. Eine Phase 3-Studie wäre nötig, um eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens nachzuweisen. Abschließend wurde die laufende PRO-

MERIT-Studie (Phase 1 und 2) vorgestellt. Hier soll ein auf Prostatakrebs zielender mRNA-Impfstoff zusammen mit dem PD-1-Hemmer Cemiplimab bei Patienten mit lokalem Hoch-Risiko-Tumor oder mCRPC erprobt werden. Auch deutsche Studienzentren sind beteiligt (Münster, Nürtingen, Tübingen, Bonn, Frankfurt, Hamburg, Heidelberg, Planegg). Die Ergebnisse werden 2023 erwartet.



Josef Dietz am Stand des BPS-Landesverbands Baden-Württemberg, © J. Dietz

### Der Patientenabend

Von Anton Krapf, Landesverband Baden-Württemberg

Dem LV Baden-Württemberg war es gelungen, im Rahmen der öffentlichen Informationsveranstaltung „Abend für medizinische Laien“ mit einem Informationsstand vertreten zu sein. Unter Corona-Bedingungen war die Veranstaltung von etwa 100 Personen besucht. Unser Stand, mit anderen in einem Nebenraum platziert, wurde vor, während und nach der Veranstaltung von etwa 20 Personen, teilweise betroffenen Männern, aufgesucht. Einige der geführten Gespräche sind als sehr intensiv zu bezeichnen.

### Das erste Mal

Von Thomas Büchele, SHG Stuttgart

Es war das erste Mal, dass ich ein so großes Event erleben durfte und bin sehr beeindruckt. Die Organisation und das Programm waren äußerst professionell. Mein Pensum der besuchten Veranstaltungen war tagesfüllend. Jeder der besuchten Sitzungen brachte mir einen Gewinn an Erkenntnissen. Ich gebe zu, dass mancher Vortrag, für mich als Laie, eine Herausforderung darstellte. Aber das motiviert umso mehr, mich in die Themen intensiver einzuarbeiten.

Ein Beispiel: In der SHG Stuttgart bemühe ich mich, das Thema Studien den Mitgliedern nahezubringen. Für mich war es in der Vergangenheit immer schwierig, Ergebnisse von abgeschlossenen Studien zu bekommen. Jetzt weiß ich, wo und wie dieser Information- und Erfahrungsaustausch stattfindet. Ich glaube, dass ich keine der wichtigen Präsentationen (PCa) versäumt habe. Wobei die Ergebnisse doch sehr „ernüchternd“ waren.

Auch die Rede von Harald Hausen (Nobelpreisträger Medizin 2008) beeindruckte mich nachhaltig. Ihm gelang es das/sein Thema „Einfluss der Ernährung“ auf die Krebsentstehung, hochinteressant und verständlich zu präsentieren.

Der Vortrag und die Beiträge von Günther Carl waren exzellent. Die wirklichen Probleme auf den Punkt gebracht. Wenn man diese Forderungen im Kontext der Aussage von Günther Oettinger, „Sie müssen auf die Politik Einfluss nehmen“ verbindet, kann es in der Zukunft nur besser werden.

Mein Fazit: Unglaublich informative und toll organisierte Veranstaltung. Die therapeutischen Prostatakrebs-Themen bargen für mich keine „revolutionären“ neuen Erkenntnisse. Allenfalls kleine Verbesserungen und etwas geänderte Therapie-Zyklen.

Was sich unglaublich entwickelt hat, ist der diagnostische Bereich. Bildgebungssysteme für die Früherkennung haben sich in einem sensationellen Tempo entwickelt. In dieser Branche ist die Digitalisierung und KI eingekehrt bzw. Standard. Inwieweit und wie schnell sich das in der Praxis etabliert, bleibt die Frage.

### eGK = elektronische Gesundheitskarte

Seit dem 1. Januar 2015 gilt für alle gesetzlich Krankenversicherten ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK), die seit Herbst 2020 durch weitere Verwendungsmöglichkeiten – wie Medikationsplan, Speicherung von Notfalldaten, elektronische Patientenakte – die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und die Rolle der Patienten stärken soll.

Derzeit sind lediglich Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie Angaben zur Krankenversicherung, wie die Krankenversicherungsnummer und der Versichertenstatus (Mitglied, Familienversicherter oder Rentner) gespeichert.

Mit den Notfalldaten eines Patienten sind Ärzte über alle relevanten Daten, wie Allergien oder bedeutsame Vorerkrankungen, informiert. Versicherte können diese Informationen als Notfall-

nach der Zustellung der neuen Karten ungültig und können nicht mehr genutzt werden.

### eMP = elektronischer Medikationsplan

Versicherte, die drei oder mehr verordnete Arzneimittel der gesetzlichen Krankenversicherung (voraussichtlich) für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen einnehmen, haben einen gesetzlichen Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform oder als eMP. Dieser Medikationsplan (auch Medikamentenplan genannt) listet alle verschreibungspflichtigen Medikamente und die Selbstmedikation auf, die Patienten einnehmen. Dazu werden unter anderem Wirkstoff, Dosierung, Einnahmegrund, Allergien, Unverträglichkeiten und sonstige Hinweise zur Einnahme vom Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder Apotheker aufgeführt. Die Patienten bekommen einen Ausdruck, den sie

## Dem „e“ auf der Spur – eGK, eMP, eRezept, ePA



daten auf der Gesundheitskarte speichern lassen. Auch die Kontaktdaten eines im Notfall zu benachrichtigenden Angehörigen können dort hinterlegt werden. Diese Daten können im Notfall von Ärzten bzw. Notfallsanitätern – ohne PIN-Eingabe durch den Patienten – ausgelesen werden.

Gültig ist immer nur die eGK, die die Krankenkasse zuletzt zugeschickt hat. Ältere Karten sind

bei anderen Ärzten oder im Krankenhaus vorlegen können.

Bislang war der Medikationsplan nur als Papierausdruck vorhanden, nun gibt es eine elektronische Fassung, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert wird.

Einmal auf der eGK abgelegt, können Ärzte den Medikationsplan leicht einsehen, die Daten



direkt in ihre Patientenakte übertragen und sie bei Bedarf aktualisieren, wenn der Patient dem zustimmt. Zur Aktualisierung der Daten hat der Gesetzgeber nicht nur Hausärzte, sondern auch Fachärzte und Apotheken verpflichtet.

Neben Angaben zu aktuell verordneten und selbst erworbenen Arzneimitteln, können im eMP bei Bedarf auch solche aufgeführt werden, die Patienten in der Vergangenheit eingenommen oder angewendet haben.

Der eMP ist für Patienten freiwillig. Sie müssen sowohl beim Anlegen als auch bei jedem Auslesen, Aktualisieren und Speichern zustimmen.

Um den eMP nutzen zu können, benötigen Patienten ihre sechsstellige Karten-PIN, die sie bei ihrer Krankenkasse anfordern müssen. Beim eMP ist die PIN standardmäßig aktiviert – kann aber auf Wunsch des Patienten deaktiviert werden. Der eMP kann entsprechend nur dann auf der eGK gespeichert, von dort ausgelesen oder aktualisiert werden, wenn der Patient die Karten-PIN kennt.

Genau wie die Notfalldaten ist in den entsprechend ausgestatteten Arztpraxen und Apotheken auch die Speicherung des Medikationsplans seit August 2020 auf der eGK möglich.

### **ePA = elektronische Patientenakte**

Seit dem 1. Januar 2021 erhalten gesetzlich Versicherte auf Antrag von ihrer jeweiligen Krankenkasse eine elektronische Patientenakte (ePA).

Die ePA soll die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern abgelegten Patientendaten digital zusammentragen, sodass alle relevanten Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Medikationsplan und Notfalldatensatz auf einen Blick vorliegen und Ärzten, Therapeuten und Apothekern zur Verfügung gestellt werden können.

Zunächst können Daten der Versicherten aus bereits vorhandenen Anwendungen und Dokumentationen, wie Notfalldaten, Medikationsplan oder Arztbriefe in einer solchen ePA für die Versicherten bereitgestellt werden. Seit 1. Juli 2021 müssen alle Vertragsärzte und -psychotherapeu-

ten die ePA lesen und befüllen können. Die Patientin bzw. der Patient entscheidet frei, welcher Einrichtung sie Zugriff auf ihre ePA gewähren möchte, und zwar entweder mittels einer Smartphone-App oder am Kartenterminal der Praxis.

In einer ePA können Versicherte auch eigene Daten, wie ein Tagebuch über Blutzuckermessungen, ablegen und ihre Daten auch außerhalb der Arztpraxis mithilfe eines geeigneten mobilen Endgerätes wie ein Smartphone eigenständig einsehen.



Das am 20. Oktober 2020 in Kraft getretene Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) regelt ein datenschutzgerechtes Zugriffsmanagement, die Ansprüche der Versicherten, die Pflichten der Ärzte, die Nutzung für die Forschung, die Einbeziehung der Pflege und auch die Möglichkeit zur Speicherung und Aktualisierung des zahnärztlichen Bonusheftes und des Impfpasses.

Wichtig: Jeder Versicherte entscheidet allein, welche medizinischen Anwendungen er nutzen möchte und wer auf seine Daten zugreifen darf. Die Versicherten bestimmen, ob und in welchem Umfang sie eine Anwendung wie die Notfalldaten nutzen, ob sie die Karte zur Dokumentation ihrer Organspendebereitschaft einsetzen (auf der Karte können Hinweise auf das Vorliegen einer schriftlichen Erklärung zur Organspende sowie zu deren Aufbewahrungsort elektronisch dokumentiert werden) oder ob sie einen elektronischen Medikationsplan oder die ePA nutzen.

Darüber hinaus können Patienten ihre Daten einsehen bzw. sich ausdrucken sowie zukünftig auch Daten für bestimmte Ärzte ein- oder ausblenden. Zudem können Versicherte bzw. ein berechtigter Vertreter Dokumente in der Patientenakte löschen. Nur die Verwaltungsdaten der Versicherten (Versichertenstammdaten) werden – wie bei der Krankenversichertenkarte – verpflichtend auf der eGK gespeichert.



### eRezept

Ab Januar 2022 gilt die verpflichtende Nutzung des E-Rezepts bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Patientinnen und Patienten können entscheiden, ob sie ihr E-Rezept per Smartphone und einer sicheren E-Rezept-App

verwalten und digital an die gewünschte Apotheke ihrer Wahl senden wollen oder ob ihnen die für die Einlösung ihres E-Rezepts erforderlichen Zugangsdaten in der Arztpraxis als Papierausdruck ausgehändigt werden sollen. Das E-Rezept können Sie in einer Apotheke Ihrer Wahl einlösen – online oder vor Ort.

Neben dem E-Rezept für verschreibungspflichtige Arzneimittel sollen zukünftig auch alle weiteren veranlassten Leistungen wie etwa Heilmittel, Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege schrittweise elektronisch verordnet werden.

### Datensicherheit – für alle elektronischen Neuerungen

Der Gesetzgeber versichert, dass ein sicheres „Gesundheitsnetz“, die Telematikinfrastruktur, aufgebaut wurde, sodass nur berechtigte Leistungserbringer, wie z.B. Ärzte oder Zahnärzte, mit Einwilligung der Versicherten auf die Daten zugreifen können. Da außer dem Versicherten selbst niemand über den Schlüssel der eGK verfügt und es keinen „Generalschlüssel“ gibt, können unberechtigte Dritte (Versicherungen, Behörden, Unternehmen) nicht auf die sensiblen medizinischen Daten der Versicherten zugreifen. Aus Gründen der Nachverfolgbarkeit werden Zugriffe auf der Karte gespeichert, sodass immer klar ist, wer auf die Daten der eGK zugegriffen hat.

Quellen: [Kassenärztliche Bundesvereinigung & Bundesministerium für Gesundheit](#)



**BPS-App wurde aktualisiert**

Der BPS hat eine App für die Systeme IOS und Android entwickelt. Nun gibt es eine aktualisierte Fassung, die Nutzer der BPS-App automatisch erhalten. Neu-Interessierte finden die aktualisierte Fassung im App-Store und bei Google Play.



## Hormontherapie bei Prostatakrebs

Maximilian Haas & Maximilian Burger, Klinik für Urologie der Universität Regensburg, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

### Einleitung

Das Prostatakarzinom (PCA) stellt mit etwa 1.300.000 Neudiagnosen pro Jahr weltweit den häufigsten bösartigen Tumor des Mannes dar. Durch einen zunehmenden Stellenwert der Krebsvorsorge und eine stetig besser werdende Diagnostik wird der Großteil der Tumore heutzutage in einem frühen, lokal begrenzten Stadium diagnostiziert und kann demnach in kurativer Intention behandelt, das heißt geheilt werden.

Bedauerlicherweise liegt bei etwa 20 % der Patienten bei Erstdiagnose bereits ein lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Tumorstadium mit dementsprechend reduzierten Überlebensraten vor.

Nachdem Prostatazellen in ihrem Wachstum und ihrer Funktion abhängig von männlichen Geschlechtshormonen (Androgenen) sind, stellt der Entzug der männlichen Geschlechtshormone (Androgendeprivationstherapie, ADT) einen zentralen Bestandteil in der Sequenztherapie dar und kann zu einer teilweisen oder vollständigen Tumorreduktion beitragen, die Zeit bis zum Vorschreiten der Grunderkrankung verlängern und das Risiko für Komplikationen verringern.

### Hintergrund/Pathophysiologie

Androgene werden beim Mann in den Hoden und (zu einem deutlich geringeren Anteil) auch in den Nebennieren gebildet. Sie haben neben der oben genannten Bedeutung für das Wachstum und die Funktion der Prostatazellen auch wichtige Funktionen in der Regulation der Geschlechtsentwicklung, tragen zur Sexualität bei und beeinflussen verschiedene Stoffwechselforgänge im menschlichen Körper. Die bekanntesten Vertreter sind Testosteron und das biologisch wirksame 5 $\alpha$ -Dihydrotestosteron (DHT). Die Synthese und

Freisetzung wird über die Hypothalamus-Hypophysen-Gonadenachse reguliert.

Durch die stoßweise Ausschüttung des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH) im Hypothalamus wird die Sekretion des Luteinisierenden Hormons (LH) und Follikel-stimulierenden Hormons (FSH) in der Adenohypophyse (Teil der Hirnanhangsdrüse) angeregt. LH und FSH entfalten ihre Wirkung wiederum an den Hoden und stimulieren hier beim Mann unter anderem die Produktion von Testosteron (LH) bzw. die Spermato-genese (FSH).

Umgekehrt führen hohe Konzentrationen von Testosteron und Dihydrotestosteron im Sinne einer negativen Rückkopplung zu einer erniedrigten LH bzw. GnRH-Ausschüttung.

Soll nun ein therapeutischer Androgenentzug erfolgen, kommen hierfür verschiedene Methoden zum Einsatz:

**GnRH-Analoga:** Durch die Gabe von GnRH-Analoga, also Medikamenten mit der gleichen Wirkung wie GnRH, besteht zunächst eine gesteigerte LH-Ausschüttung und damit eine gesteigerte



Dr. Maximilian Haas, © J. Kräh/Caritas Krankenhaus St. Josef



Prof. Dr. Maximilian Burger, © J. Kräh/Caritas Krankenhaus St. Josef

Testosteronproduktion („flare-up“-Phänomen). Durch die dauerhafte Überstimulation der Hypophyse kehrt sich dieser Effekt um und es kommt letztendlich zu einer Desensibilisierung mit verringerter Ausschüttung von LH und FSH und damit zu einer verringerten Androgenproduktion im Sinne einer medikamentösen Kastration.

Zu den GnRH-Analoga zählen die Medikamente Buserelin, Goserelin, Histrelin, Leuprorelin oder Triptorelin. Die Gabe erfolgt subkutan als 1-, 3- oder 6-Monatsdepot.

GnRH-Antagonisten: GnRH-Antagonisten wirken als Gegenspieler von GnRH und blockieren die entsprechenden Rezeptoren an der Hypophyse. Vorteil ist hier die unmittelbare Senkung der Testosteronkonzentration ohne den für GnRH-Analoga typischen initialen Testosteronanstieg. Das Präparat Degarelix steht nur als 1-Monatsdepot zur Verfügung.

Antiandrogene: Antiandrogene blockieren die peripheren Androgenrezeptoren und verhindern so deren Wirkung. Nichtsteroidale Vertreter sind hier die Medikamente Bicalutamid und Flutamid. Sie können als Alternative zu den oben genannten Wirkstoffgruppen zur Unterdrückung der Testosteronwirkung eingesetzt werden oder aber in Kombination mit GnRH-Analoga (maximale Androgenblockade), um dem „flare-up“-Phänomen vorzubeugen. Das Antiandrogen Cyproteronacetat ist ein Steroidhormon mit antagonistischen Eigenschaften am Androgenrezeptor, das ebenfalls ergänzend zu GnRH-Analoga im Sinne einer maximalen Androgenblockade Anwendung findet. Bei kürzerem progressionsfreiem Überleben im Vergleich zur GnRH-Analogatherapie wird eine alleinige ADT mit steroidalen Antiandrogenen wie Cyproteronacetat nicht empfohlen.

Bilaterale Orchiectomie: Die operative Entfernung beider Hoden stellt die älteste und zugleich

kostengünstigste Form der Kastration dar, wird jedoch heute nur noch in Einzelfällen angewandt. Es kommt zu einer schnellen und zuverlässigen Testosteronsuppression ohne die Notwendigkeit regelmäßiger Arztbesuche zur Auffrischung. Nachteile sind etwaige Operationsrisiken, eine verhältnismäßig größere psychische Belastung und die Irreversibilität des Eingriffes.

Östrogene: Eingesetzt in entsprechend hoher Dosierung führen Östrogene über eine negative Rückkopplung zu einer erniedrigten GnRH-Ausschüttung und tragen somit schlussendlich zu einer Testosteronsuppression bei. Aufgrund deutlich erhöhter Nebenwirkungen des Herz-Kreislauf-Systems finden auch Östrogene heute kaum mehr Verwendung.

Testosteronsynthesehemmer: Das Medikament Abirateron hemmt den letzten Schritt der Androgenbiosynthese in Hoden und Nebennieren und blockiert somit die gesamte Testosteronproduktion im Körper. Um einem eventuellen Anstieg der Mineralokortikoide vorzubeugen erfolgt die Einnahme in Kombination mit Prednisolon.

## Anwendungsgebiete

### Lokal begrenztes Tumorstadium

Die aktuelle S3-Leitlinie Prostatakarzinom empfiehlt für Patienten mit lokal begrenztem PCA des intermediären oder hohen Risikoprofils, die sich einer primären Bestrahlung unterziehen, eine begleitende ADT. Diese sollte im Falle eines Hochrisikotumors (Gleason-Score  $\geq 8$  und/oder PSA-Wert  $\geq 20$  ng/ml) sogar über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten durchgeführt werden. Der Einsatz muss jedoch letztlich im Hinblick auf eventuelle Komorbiditäten und Nebenwirkungen individuell mit dem Patienten entschieden werden.

Bei Patienten, die sich anstelle einer primären Bestrahlung für eine radikale Prostatektomie ent-

### Kurzfassung

Da Prostatazellen in ihrem Wachstum und ihrer Funktion abhängig von männlichen Geschlechtshormonen (Androgenen) sind, stellt der Entzug der männlichen Geschlechtshormone (Androgendeprivationstherapie, ADT) einen zentralen Bestandteil in der Sequenztherapie dar.

scheiden, kommt eine ADT nur für Patienten mit lymphknotenpositivem Prostatakarzinom, das heißt bei Vorliegen einer histologisch gesicherten Lymphknotenmetastase, in Frage. Die ADT erfolgt hier begleitend zu einer adjuvanten Bestrahlung der Lymphabflusswege.

Sollte sich nach primär kurativer Therapie ein neuerlicher PSA-Wert Anstieg zeigen (sog. PSA-Rezidiv), wird eine antihormonelle Therapie nur bei einer PSA-Verdoppelungszeit unter 3 Monaten, klinischen Beschwerden im Rahmen eines lokalen Tumorwachstums oder bei nachgewiesener Fernmetastasierung empfohlen.

Entscheiden sich Arzt und Patient gegen die Durchführung einer kurativen Therapie oder sind Patienten aufgrund des Alters bzw. der Komorbiditäten für eine solche nicht geeignet, kann als Alternative zu einem rein abwartenden Verhalten eine antiandrogene Therapie zur Vermeidung bzw. Verzögerung etwaiger tumorbedingter Krankheitssymptome angeboten werden. An dieser Stelle sei erwähnt, dass das Ziel dieses Therapieansatzes nicht in einer Heilung der Erkrankung, sondern in einer Symptomlinderung bzw. -verzögerung liegt. Ob hierdurch auch das Gesamtüberleben der Patienten verbessert werden kann, ist zum momentanen Zeitpunkt noch nicht abschließend geklärt.

### **Metastasiertes Tumorstadium**

Für Patienten mit einem metastasierten Prostatakarzinom stellt der Androgenentzug einen zentralen Bestandteil und den ersten Schritt in der Sequenztherapie dar. Solange der Tumor noch auf die antihormonelle Therapie anspricht und kleiner wird, spricht man von einem Hormonsensitiven Stadium (Hormon-sensitives Prostatakarzinom, HSPC). Während noch vor wenigen Jahren ausschließlich eine antihormonelle Therapie durchgeführt wurde, erfolgen heutzutage (sofern im Hinblick auf Komorbiditäten und Allgemeinzustand möglich) Kombinationstherapien bestehend aus einer ADT mit Chemotherapie (Docetaxel) oder mit Hormonpräparaten der neuen Generation (Abirateron, Enzalutamid, Apalutamid).

Bei niedriger Tumorlast kann ggf. eine intermittierende Hormontherapie diskutiert werden. Hier wird die Hormontherapie in Abhängigkeit des PSA-Ausgangswertes bis zu einem bestimmten Tiefstwert (PSA-Nadir) durchgeführt und anschließend bis zu einem bestimmten PSA-Progress ausgesetzt, ehe ein neuer Zyklus eingeleitet wird. So besteht schlussendlich eine verkürzte Therapiedauer und damit eine verminderte Nebenwirkungsrate.

Über Veränderungen am Androgenrezeptor kann es dazu kommen, dass die Hormonblockade unwirksam wird und der Tumor trotz bestehender ADT weiter fortschreitet. In dieser Situation spricht man von einem kastrationsresistenten Prostatakarzinom (CRPC).

### **Nebenwirkungen der ADT**

- Verminderte Libido und Erektionsstörungen.
- Gynäkomastie: Das Risiko einer Gynäkomastie (= männliche Brustvergrößerung) variiert je nach verabreichter Substanz und ist bei alleiniger Anwendung von GnRH-Analoga eher selten. Eine prophylaktische Bestrahlung der Brustdrüsen vor Therapiebeginn oder die prophylaktische Gabe von Tamoxifen können das Risiko beträchtlich senken.
- Psychische Auffälligkeiten: Mögliche Nebenwirkungen sind hier vor allem Störungen der Gedächtnisfunktion, Müdigkeit, Libidoverlust und Depressionen.
- Metabolische Veränderungen: Gesteigertes Risiko eines Typ II Diabetes mellitus. Zudem Verlust an Muskelmasse bei gleichzeitiger Zunahme des Körperfetts.
- Osteoporose: Vor allem bei Einsatz von GnRH-Antagonisten, GnRH-Analoga und Kastration. Vorbeugend können Vitamin D und Calcium eingenommen werden. Ferner stellen Bisphosphonate und Denosumab weitere Therapieoptionen im kastrationsresistenten Stadium dar.
- Kardiovaskuläre Risiken: Erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankung, Herzinfarkte, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und plötzlichen Herztod.

### Zusammenfassung/Fazit für die Praxis

- Die antihormonelle Therapie kann die Zeit bis zum Voranschreiten der Karzinomkrankung verlängern, das Risiko für Komplikationen verringern und zu einer Teil- oder ggf. sogar Komplettremission beitragen.
- Die Androgenproduktion findet größtenteils in den Hoden und zu einem sehr kleinen Anteil auch in den Nebennieren statt.
- Als Substanzklassen kommen in der heu-

tigen Zeit vorwiegend GnRH-Analoga als subkutane oder intramuskuläre Depotspritze zum Einsatz.

- Neben kardiovaskulären Risiken sind vor allem Libidoverlust, psychische Störungen, Osteoporose, metabolische Veränderungen und Abgeschlagenheit mögliche Risiken einer antihormonellen Therapie (= Androgenentzugssyndrom).

Literatur liegt bei den Verfassern.

## Medikamentenliste fortgeschrittener Prostatakrebs<sup>1</sup>

Wirkstoffnamen	Substanzgruppe	Darreichung	Anwendungsgebiet <sup>2</sup>
Abirateron	Androgensynthesehemmer (Hormontherapie neuer Generation)	Tablette	mHSPC, mCRPC
Apalutamid	Antiandrogen (Androgenrezeptorblocker) neuer Generation	Tablette	mHSPC, nmCRPC
Bicalutamid	nicht-steroidales Antiandrogen alter Generation	Tablette	zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); gegen Flare-Phänomen bei Beginn mit GnRH-Analoga; lokal fortgeschrittenes PCa
Buserelin	GnRH-Analogen (Hormonentzugstherapie/Androgendeprivationstherapie, ADT)	Injektion	mHSPC, nmCRPC, mCRPC; zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); zu Strahlentherapie bei lokalem Hochrisiko-/lokal fortgeschr. PCa
Cabazitaxel	Taxan (Chemotherapie)	Infusion	mCRPC
Cyproteronacetat (CPA)	steroidales Antiandrogen alter Generation	Tablette	gegen Hitzewallungen unter Hormonentzug; gegen Flare-Phänomen bei Beginn mit GnRH-Analoga
Darolutamid	Antiandrogen (Androgenrezeptorblocker) neuer Generation	Tablette	nmCRPC
Degarelix	GnRH-Antagonist/Blocker (Hormonentzugstherapie/Androgendeprivationstherapie, ADT)	Injektion	mHSPC, nmCRPC, mCRPC; zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); zu Strahlentherapie bei lokalem Hochrisiko-/lokal fortgeschr. PCa
Denosumab	Monoklonaler Antikörper (Knochenschutz)	Injektion	gegen Knochendichteverlust durch ADT, nur bei mCRPC

Wirkstoffnamen	Substanzgruppe	Darreichung	Anwendungsgebiet <sup>2</sup>
Docetaxel	Taxan (Chemotherapie)	Infusion	mHSPC, mCRPC
Enzalutamid	Antiandrogen (Androgenrezeptorblocker) neuer Generation	Tablette	mHSPC, nmCRPC, mCRPC
Flutamid	nicht-steroidales Antiandrogen alter Generation	Tablette	gegen Flare-Phänomen bei Beginn mit GnRH-Analoga
Goserelin	GnRH-Analogon (Hormonentzugstherapie/Androgendeprivationstherapie, ADT)	Injektion	mHSPC, nmCRPC, mCRPC; zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); zu Strahlentherapie bei lokalem Hochrisiko-/lokal fortgeschr. PCa
Leuprorelin	GnRH-Analogon (Hormonentzugstherapie/Androgendeprivationstherapie, ADT)	Injektion	mHSPC, nmCRPC, mCRPC; zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); zu Strahlentherapie bei lokalem Hochrisiko-/lokal fortgeschr. PCa
Lutetium-PSMA	Radioaktives Nuklid (Radioligandentherapie)	Injektion/ Infusion	mCRPC (nach Ausschöpfen der empfohlenen Therapieoptionen)
Olaparib	PARP-Hemmer	Tablette	mCRPC, nur bei BRCA-Mutationen
Radium-223	Radioaktives Nuklid	Infusion	mCRPC, bei symptomatischen Knochenmetastasen, keine viszerale Metastasen
Triptorelin	GnRH-Analogon (Hormonentzugstherapie/Androgendeprivationstherapie, ADT)	Injektion	mHSPC, nmCRPC, mCRPC; zu Salvage-Strahlentherapie bei PSA-Rezidiv (>0,7ng/ml); zu Strahlentherapie bei lokalem Hochrisiko-/lokal fortgeschr. PCa
Zoledronsäure	Bisphosphonat (Knochenschutz)	Infusion	gegen Knochendichteverlust durch ADT, nur bei mCRPC

<sup>1</sup> Autor: Udo Ehrmann. Stand September 2021. Die Liste enthält zugelassene bzw. empfohlene Wirkstoffe der S3-Leitlinie Prostatakarzinom (leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom) bzw. der EAU-Guidelines Prostate Cancer. Für diese Informationen wird keine Haftung übernommen, sie ersetzen kein ärztliches Beratungsgespräch.

<sup>2</sup> mHSPC: metastasiertes hormon-sensitives Prostatakarzinom (PCa); nmCRPC: nicht-metastasiertes kastrations-resistentes PCa; mCRPC: metastasiertes kastrations-resistentes PCa. Link zur Übersicht „Medikamentöse und lokale Therapien des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms“: <http://b-p-s.link/51r>.

## Interaktive Entscheidungshilfe

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



## Metastasierter, kastrationsresistenter Prostatakrebs – Was kommt nach Chemo- und neuartiger Hormontherapie?

Wenn der Prostatakrebs bereits weit fortgeschritten ist und sowohl eine Chemotherapie mit Docetaxel als auch eine neuartige Hormontherapie bereits fehlgeschlagen sind, gibt es noch weitere Möglichkeiten, das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuzögern. Wissenschaftler stellten in der vorliegenden Studie fest, dass in diesem Fall Patienten von Cabazitaxel stärker profitierten als von einer weiteren neuartigen Hormontherapie mit dem jeweils anderen Wirkstoff.

Für die Behandlung eines fortgeschrittenen Prostatakrebses stehen verschiedene Wirkstoffe zur Verfügung. Weit fortgeschritten ist ein Prostatakrebs vor allem dann, wenn er sich bereits in andere Körperregionen ausgebreitet hat (Metastasen gebildet hat) und wenn er nicht mehr auf die klassische Hormontherapie anspricht (der Krebs kastrationsresistent geworden ist). Um einen solchen metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs unter Kontrolle zu bekommen, bietet sich zum einen eine Chemotherapie (mit Docetaxel oder Cabazitaxel) und zum anderen die neuartige Hormontherapie (mit Abirateronacetat oder Enzalutamid) an. Erfreulich ist, dass der eine Wirkstoff auch dann noch helfen kann, wenn ein anderer bereits gescheitert ist. Es stellt sich jedoch die Frage, welcher Wirkstoff wann am besten eingesetzt werden sollte. Ein internationales Forscherteam mit Beteiligung aus Deutschland interessierte sich in diesem Zusammenhang für Patienten mit einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs, die bereits eine Chemotherapie mit Docetaxel und eine

neuartige Hormontherapie mit Abirateronacetat oder Enzalutamid hinter sich hatten und deren Erkrankung dennoch weiter fortschritt. Die Wissenschaftler wollten herausfinden, ob diese Patienten stärker von einer weiteren Chemotherapie (dieses Mal jedoch mit Cabazitaxel) oder von einer weiteren neuartigen Hormontherapie (mit dem noch nicht verwendeten Wirkstoff) profitierten. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung veröffentlichten die Wissenschaftler in einer hochrangigen medizinischen Fachzeitschrift.

### **Patienten mit weit fortgeschrittenem Prostatakrebs bekamen nach einer Chemotherapie mit Docetaxel und einer neuartigen Hormontherapie entweder eine Chemotherapie mit Cabazitaxel oder eine weitere neuartige Hormontherapie**

An der Studie nahmen insgesamt 255 Patienten mit einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs teil. Alle Patienten hatten bereits sowohl eine Chemotherapie mit Docetaxel als auch eine neuartige Hormontherapie mit Enzalutamid oder Abirateronacetat hinter sich. Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip

in zwei Gruppen eingeteilt. Während die eine Gruppe mit Cabazitaxel behandelt wurde (129 Patienten), bekam die andere Gruppe stattdessen entweder Abirateronacetat oder Enzalutamid (je nachdem, welchen Wirkstoff sie zuvor noch nicht erhalten hatten; 126 Patienten). Die Hälfte der Patienten wurde länger als 9,2 Monate lang begleitet. Die Wissenschaftler

#### **Kurzfassung**

255 Patienten mit einem kastrationsresistenten, metastasierten Prostatakrebs, die bereits mit Docetaxel und Abirateronacetat oder Enzalutamid behandelt wurden und deren Erkrankung dennoch weiter fortschritt, nahmen an der Studie teil

Die Patienten bekamen entweder Cabazitaxel (159 Patienten) oder den jeweils anderen Wirkstoff der neuartigen Hormontherapie (Abirateronacetat bzw. Enzalutamid, 156 Patienten)

Die Patienten mit Cabazitaxel hatten den Patienten mit neuartiger Hormontherapie gegenüber einen Überlebensvorteil.

untersuchten, wie häufig es zu einem Fortschreiten der Erkrankung kam, welches mit einem bildgebenden Verfahren beobachtet wurde.

### **Die Patienten profitierten stärker von Cabazitaxel**

Während der Beobachtungszeit kam es bei 95 der 129 Patienten mit Cabazitaxel (73,6 %) zu einem Fortschreiten der Erkrankung oder zu einem Todesfall. Bei den Patienten, die stattdessen eine neuartige Hormontherapie bekamen, war dies bei 101 der 126 Patienten (80,2 %) der Fall. Statistische Analysen bestätigten, dass die Patienten einen Vorteil hatten, wenn sie Cabazitaxel statt einer weiteren neuartigen Hormontherapie bekamen. Die Wissenschaftler verglichen die beiden Patientengruppen noch genauer und kamen dabei zu folgenden Ergebnissen:

- **Patienten mit Cabazitaxel lebten länger ohne Fortschreiten der Erkrankung im bildgeben-**

**den Verfahren (8,0 Monate vs. 3,7 Monate (Median))**

- **Patienten mit Cabazitaxel überlebten länger (13,6 Monate vs. 11,0 Monate (Median))**
- **Der PSA (prostataspezifisches Antigen)-Wert sank häufiger bei Patienten mit Cabazitaxel (bei 35,7 % vs. 13,5 %)**
- **Schwerwiegende unerwünschte Effekte traten bei beiden Patientengruppen ähnlich häufig auf (Cabazitaxel: 56,3 % vs. neuartige Hormontherapie: 52,4 %)**

Patienten mit einem metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakrebs, deren Erkrankung auch nach einer Chemotherapie mit Docetaxel und einer neuartigen Hormontherapie mit Abirateronacetat oder Enzalutamid weiter fortschritt, profitierten somit stärker von einer Chemotherapie mit Cabazitaxel als von einer neuartigen Hormontherapie mit dem jeweils anderen Wirkstoff.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal, März 2021

## **Nomenklatur beeinflusst Therapiewahl und Ängste**

Bezüglich der Ängste, der wahrgenommenen Schwere der Erkrankung und der Therapiewahl machte es einen Unterschied, ob der low-grade Prostatakrebs mit Gleason Score 6 oder Grade Group 1 bezeichnet wurde. Diese Unterschiede nahmen jedoch ab, wenn die Männer mehr über die Erkrankung aufgeklärt wurden.

Es gibt verschiedene Nomenklaturen, um die Aggressivität von Prostatakrebs zu klassifizieren: Gleason Score und Grade Group. Der Gleason Score setzt sich aus zwei Ziffern zusammen, dessen Summe Werte von 2 bis 10 erreichen kann. Während 2 für eine geringe Aggressivität spricht, gilt 10 als der ungünstigste Wert. Eine neuere Nomenklatur ist die Grade Group. Diese richtet sich nach dem Gleason Score. Es gibt Grade Group 1-5. Grade Group 1 entspricht einem Gleason

Score von 6. Entsprechend gehört ein Gleason Score von 10 in die Grade Group 5. Prostatakrebs mit Gleason Score 6 bzw. Grade Group 1 zählt zu dem low-grade Prostatakrebs und hat eine gute Prognose. Wissenschaftler aus den USA untersuchen, ob es für die Wahrnehmung der Patienten einen Unterschied macht, ob der Prostatakrebs mit dem Gleason Score oder mit der Grade Group klassifiziert wird.

### **718 Männer nahmen an eine Online-Umfrage teil**

Die Wissenschaftler baten Männer ohne Prostatakrebs, an einer Online-Befragung teilzunehmen. Bei dieser Befragung ging es um ein hypothetisches klinisches Szenario. Sie sollten sich vorstellen, die Diagnose eines low-grade Prostatakrebses

erhalten zu haben. Dabei nutzen sie verschiedene Nomenklaturen (Gleason-Score vs. Grade Group). 718 Männer folgten der Bitte und nahmen an der Umfrage teil. Die Wissenschaftler interessierte vor allem, ob die Nomenklatur des low-grade Prostatakrebses die Therapiewahl und die Diagnose-bezogenen Ängste (auf einer Skala von 1 bis 100) beeinflusste.

### Kurzfassung

718 Männer nahmen an einer Online-Umfrage teil, bei der sie sich vorstellen sollten, die Diagnose low-grade Prostatakrebs (Grade Group 1/ Gleason Score 6) erhalten zu haben. Männer, bei denen der low-grade Prostatakrebs mit Grade Group 1 bezeichnet wurde, hatten weniger Diagnose-bezogene Ängste, nahmen die Erkrankung als weniger schwer wahr und wollten seltener eine sofortige Behandlung als Männer, bei denen der Krebs stattdessen mit Gleason Score 6 angegeben wurde. Die Unterschiede nahmen ab, wenn die Männer mehr über die Erkrankung aufgeklärt wurden.

Ängste und die wahrgenommene Schwere der Erkrankung bei den Befragten geringer, wenn von Grade Group 1 statt von Gleason Score 6 die Rede war. Die Unterschiede nahmen ab, wenn die Befragten mehr über die Erkrankung aufgeklärt wurden.

Die Nomenklatur eines low-grade Prostatakrebses hatte somit in diesem hypothetischen Szenario Einfluss auf die Wahrnehmung der Er-

krankung und auf die Therapiewahl. Der Einfluss der Nomenklatur war geringer, wenn die Männer mehr über die Erkrankung aufgeklärt wurden. Dies zeigt, wie wichtig eine umfassende Beratung und eine klare Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal, August 2021

### Therapiewahl und Ängste: Nomenklatur macht einen Unterschied

Bei der Auswertung der Fragebögen stellten die Wissenschaftler fest, dass die Befragten seltener eine sofortige Behandlung der aktiven Beobachtung vorziehen würden, wenn der Krebs mit Grade Group 1 statt mit Gleason Score 6 betitelt wurde. Zudem waren die Diagnose-bezogenen

## Günstige Effekte von intensivem Training bei Prostatakrebspatienten unter aktiver Überwachung

Eine aktuelle randomisierte Studie zeigt, dass intensives aerobisches Training bei Männern mit lokalisiertem Prostatakrebs, die sich einer aktiven Überwachung unterziehen, die kardiorespiratorische Fitness fördert und die Krebsprogression unterdrückt.

Mediziner der University of Alberta in Edmonton, Kanada, stellten sich die Frage, ob ein hochintensives Intervalltrainingsprogramm bei Patienten unter aktiver Überwachung die kardiorespiratorische Fitness verbessert und den biochemischen Progress verzögert. Diese Patientengruppe hat generell ein erhöhtes Risiko für

kardiovaskulären Tod und Krankheitsprogression. Bisher wurde nach Angaben der Autoren nur eine Studie in diesem klinischen Umfeld durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass Bewegung die kardiorespiratorische Fitness, die körperliche Funktionsfähigkeit, die Körperzusammensetzung und die Lebensqualität während und nach der Behandlung verbessert sowie die Fatigue verringert.

Erstautor Dong-Woo Kang und Kollegen haben vor diesem Hintergrund die randomisierte klinische Studie ERASE aufgesetzt, an der 52 Prostatakrebspatienten teilnahmen, die wegen eines lokalisierten Prostatakarzinoms mit sehr niedrigem



oder günstigem intermediärem Risiko unter aktiver Überwachung standen. Sie wurden per Zufall entweder einer Gruppe mit High-Intensity-Intervall-Training (HIIT) oder einer Gruppe mit normaler Versorgung zugeteilt. Die HIIT-Gruppe wurde gebeten, zwölf Wochen lang dreimal wöchentlich überwachte aerobische Trainingseinheiten auf einem Laufband bei 85 bis 95 Prozent des maximalen Sauerstoffverbrauchs (VO<sub>2</sub>) abzuleisten. Die andere Gruppe behielt ihr normales Trainingsniveau bei.



### Parameter für Fitness und Krebsprogression

Der primäre Endpunkt war der maximale VO<sub>2</sub>, der als höchster Wert der Sauerstoffaufnahme während eines abgestuften Belastungstests unter Verwendung eines modifizierten Bruce-Protokolls bewertet wurde. Dieser Wert ist ein etablierter Surrogatmarker für kardiovaskuläre Erkrankungen und dadurch bedingte Todesfälle. Sekundäre und explorative Ergebnisse waren die Konzentration des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und der PSA-Kinetik als Indikatoren der biochemischen Progression von Prostatakrebs.

Zusätzlich zu den biochemischen Parametern untersuchten die Forscher die Wirkung der körperlichen Betätigung auf die Proliferation der Prostatakrebszell-Linie LNCaP. Die Zellen wurden in Kulturmedium angezchtet und dann entweder mit fötalem Kälberserum oder Humanplasma von Testteilnehmern inkubiert. Nach Fixierung und Färbung wurde die Zellzahl über die Extinktion mit einem Spektrophotometer bestimmt.

Alle statistischen Analysen basierten auf dem Intention-to-treat-Prinzip.

### Bessere Fitness, Progression gebremst

Insgesamt 52 Patienten mit einem mittleren Alter von  $63,4 \pm 7,1$  Jahren wurden randomisiert der HIIT- (n=26) oder der Regelversorgungsgruppe (n=26) zugeteilt. Bei 46 von 52 Teilnehmern (88 %) konnte der Spitzen-VO<sub>2</sub> nach der Intervention gemessen werden, und 49 von 52 Teilnehmern (94 %) gaben Blutproben ab. 96 Prozent der HIIT-Teilnehmer hielten sich an das Trainingsprogramm. Der primäre Endpunkt des Spitzen-VO<sub>2</sub> stieg um 0,9 ml/kg/min in der HIIT-Gruppe und sank um 0,5 ml/kg/min in der Normalversorgungsgruppe (bereinigte mittlere Differenz zwischen den Gruppen: 1,6 ml/kg/min; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,3-2,9; p=0,01). Im Vergleich zur Normalversorgungsgruppe sanken bei der HIIT-Gruppe der PSA-Spiegel (-1,1 µg/l; 95 %-KI, -2,1 bis 0,0; p=0,04) und die PSA-Geschwindigkeit (-1,3 µg/l/y; 95 %-KI -2,5 bis -0,1; p=0,04). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der PSA-Verdopplungszeit oder dem Testosteronspiegel gefunden. Das Wachstum der LNCaP-Zellen wurde durch das Serum der Teilnehmer der HIIT-Gruppe verringert (-0,13 optische Dichteeinheiten; 95 %-KI -0,25 bis -0,02; p=0,02).

Die ERASE-Studie hat also gezeigt, dass HIIT bei Männern mit lokalisiertem Prostatakrebs, die unter aktiver Überwachung standen, die kardiorespiratorische Fitness steigerte und den PSA-Wert, die PSA-Geschwindigkeit und das Wachstum von Prostatakrebszellen verringerte.



## Mögliche Mechanismen der Progressionshemmung

Die Autoren diskutieren auch die möglichen Mechanismen, wie die Krebsprogression gehemmt werden könnte. Ein plausibler Mechanismus könnte die verbesserte Immunüberwachung nach Training sein. Konkret könne körperliche Bewegung zytotoxische natürliche Killerzellen in zirkulierendes Blut hinein mobilisieren und diese Zellen zum Tumor hin umverteilen. Dabei könnte die belastungsinduzierte Zunahme von zirkulierendem Noradrenalin und IL-6/34 unterstützend wirken. Andere mögliche Erklärungen sind, dass Bewegung das Fortschreiten von Prostatakrebs durch Modulation systemischer Entzündungs-

mediatoren, metabolischer Biomarker sowie der Tumervaskularisierung und -perfusion unterdrücken könnte.

Abschließend fordern Kang et al. größere randomisierte klinische Studien, um festzustellen, ob Verbesserungen der kardiorespiratorischen Fitness und von Prostatakrebs-bezogenen Markern zu besseren langfristigen klinischen Ergebnissen bei Männern mit Prostatakrebs bei aktiver Überwachung führen.

Originalpublikation: Kang DW et al. Effects of Exercise on Prostate Cancer Under Active Surveillance. JAMA Oncol. August 19, 2021

Quelle: Kompakt Urologie (ms), August 2021

## Tumorkachexie fördert Knochenschwund bei Krebspatienten

Ein Team der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems hat eine deutliche Korrelation zwischen Kachexie und Biomarkern des Knochenabbaus beobachtet.

Der starke Verlust an Muskelmasse und Gewicht, den viele Krebspatienten im Laufe ihrer Krankheit erleiden, hat auch Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel. Das zeigen aktuelle Ergebnisse einer Studie an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems (KL Krems).

In dieser konnte eine deutliche Korrelation zwischen der Kachexie und dem starken Anstieg von Biomarkern des Knochenabbaus festgestellt werden. Die Ergebnisse könnten die Grundlage für neue Präventionsmaßnahmen darstellen, um Osteoporose und Knochenbrüche in dieser bereits stark geschwächten Patientengruppe zu verhindern. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse jetzt im internationalen Fachjournal "BMC Cancer".

Eine fortgeschrittene Krebserkrankung führt in etwa der Hälfte aller Patienten zu einer Auszehrung. Dieser als Kachexie bezeichnete Prozess ist von starkem Schwund des Fett- und Muskelgewebes sowie von systemischen Entzündungen

geprägt. Auch der Stoffwechsel vieler Organe inklusive der Knochen wird dabei verändert.

Knochenschäden sind bei Krebsbetroffenen zwar seit langem bekannt, doch wurden dafür bisher Skelettmetastasen oder hormonbasierte Therapien verantwortlich gemacht. Ob auch die Kachexie ursächlich dafür sein könnte oder einen Beitrag leistet, haben nun Mediziner der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems (KL Krems) untersucht und dabei schlüssige Ergebnisse finden können.

„Unsere Ergebnisse belegen, dass Kachexie zumindest bei männlichen Krebspatienten einen negativen Einfluss auf das Gleichgewicht von Knochenauf- und -abbau hat – und dadurch zu Knochenschäden führt“, erläutert Dr. Sonia Vallet, Oberärztin an der Inneren Medizin 2, Universitätsklinikum Krems und Leiterin der Studie.

Der Schlüssel zu dieser Erkenntnis war das Messen von Biomarkern im Blut männlicher Betroffener, die mit dem Knochenaufbau oder -abbau in Zusammenhang stehen. Zu diesen Markern zählten freigesetzte Fragmente des Kollagenmoleküls (CTX – C-terminale Crosslinks), Biomarker für Knochenabbau, sowie Osteocalcin (Ocn) und



Propeptid-Typ-1-Kollagen (PINP), Biomarker für Knochenaufbau.

Zu Beginn der Studie wurden der Gewichtsverlust, der Body-Mass-Index sowie die Muskelmasse der (ausschließlich männlichen) Patienten erfasst. Darauf basierend konnten jene Patienten ermittelt werden, die bereits bei Studienbeginn an Kachexie litten (60%) und jene, auf die dies nicht zutraf (40%). Letztere dienten der Studie als Kontrollgruppe. Alle zu Studienzwecken verwendeten Patientenproben wurden vor Beginn der Krebstherapie gesammelt, sodass der Einfluss der Behandlung auf die Ergebnisse ausgeschlossen werden konnte.

Tatsächlich gelang es dem Team um Vallet so, für kachektische Patienten zu zeigen, dass die Konzentration von CTX im Mittel um 40% höher lag als bei der Kontrollgruppe. Die Werte für Ocn und PINP waren hingegen in beiden Gruppen annähernd gleich.

„Das war natürlich ein starker Hinweis, dass Kachexie den Knochenabbau mit beeinflusst“, erläut-

tert Vallet das Ergebnis, „doch um sicherzugehen, berechneten wir für jeden Patienten auch die Verhältnisse von CTX zu Ocn bzw. PINP.“

Und wieder ergaben die Daten ein deutliches Bild: Bei weit mehr als der Hälfte aller kachektischen Patienten (68% für CTX/Ocn und 60% für CTX/PINP) deuteten die Verhältnisse auf einen Knochenabbau hin. In der Kontrollgruppe hingegen nur bei weniger als einem Drittel (20 % und 31 %).

### Hinweise im Blutplasma

Unter den zahlreichen Faktoren, die mit Knochenabbau einhergehen können, wurden zwei im Blutplasma von Krebsbetroffenen identifiziert: eine Erhöhung des Entzündungsmarkers C-reaktives Protein und eine verminderte Konzentration des Plasmaproteins Albumin, ein Indikator für Mangelernährung. Diese Prädiktoren des Knochenabbaus sind bei kachektischen Patienten häufig nachweisbar – ein weiterer starker Hinweis, dass Kachexie ursächlich zum Knochenabbau beiträgt.

„Unsere Ergebnisse beleuchten die Komplexität des Knochenstoffwechsels bei Krebspatientinnen und -patienten und bilden die Grundlage für Präventionsmaßnahmen gegen Osteoporose und Knochenbrüche bei Betroffenen mit Tumorkachexie, wie beispielweise Bisphosphonate“, kommentiert Vallet. Damit könnte das Risiko für Osteoporose und Knochenbrüche in dieser sowie schon extrem belasteten Patientengruppe reduziert werden.

Quelle: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften/Kompakt Urologie (ms), Juli 2021

## BPS-Beratungshotline

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e. V. 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 unter der gebührenfreien Service-Rufnummer

**0800-70 80 123**

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

[www.prostatakrebs-beratung.de](http://www.prostatakrebs-beratung.de)

## Jubiläen 2021

25 Jahre	SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis
25 Jahre	PROCAS Prostatakarzinom SHG Regensburg / Oberpfalz e.V.
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Borken und Umgegend
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Vulkaneifel-Daun
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Oberhausen/ Mülheim a.d.Ruhr
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.
20 Jahre	Prostatakrebs-Selbsthilfe Münster e.V.
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Kiel
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Karlsruhe
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfe Essen e.V.
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Düsseldorf
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Hannover (PSH)
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Marburg
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Itzehoe und Umland
20 Jahre	PSW Prostatakrebs SHG Wuppertal e.V. Gemeinnütziger Verein
20 Jahre	Prostatakrebs-Selbsthilfe-Gruppe Mainz und Umgebung
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Pforzheim
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Bocholt
20 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Hamm
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Jena & Umgebung
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Geldern-Kleve
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Simmern
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Alsdorf
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Viersen
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Wilhelmshaven/Friesland
15 Jahre	Prostata-Carcinom-Selbsthilfegruppe Ingolstadt
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Waldeck-Frankenberg
15 Jahre	SHG-Prostatakrebs Schwäbisch Gmünd
15 Jahre	1. SHG Prostatakrebs Gera
15 Jahre	Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Ammerland e.V.
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Rostock & Umgebung
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Lüneburg
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Vogelsbergkreis
15 Jahre	Prostatakrebs SHG Bergisch-Gladbach
15 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe im Raum Böblingen
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Neumünster und Umgebung
15 Jahre	SHG Prostatakrebs Heilbronn
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Trier
10 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Leipzig und Umgebung e. V.

10 Jahre	SHG Prostatakrebs Rendsburg-Eckernförde
10 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfe Aachen (PS-AC)
10 Jahre	Prostatakrebs SHG Delmenhorst
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Idar-Oberstein-Kirn e.V.
10 Jahre	Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Koblenz
10 Jahre	Männerselbsthilfegruppe -Leben mit Krebs - im Landkreis Freudenstadt
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Limburg-Weilburg
5 Jahre	SHG Prostatakrebs Neuss
5 Jahre	Prostatakrebs SHG Düren
5 Jahre	Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Nagold und Umgebung

## 20-jähriges Jubiläum der SHG Oberhausen/Mülheim a.d.Ruhr

Von Günter Claßen, Leiter der Prostata Selbsthilfegruppe Oberhausen

Am 25. August 2021 feierte die Selbsthilfegruppe Oberhausen/Mülheim a. d. Ruhr 20-jähriges Bestehen mit einem Ausflug. Bei strahlend schönem Sonnenschein ging es mit der Weißen Flotte auf dem Rhein-Herne-Kanal von der Anlegestelle Kaisergarten zum Nordsternpark in Gelsenkirchen.

Nach der Impfpasskontrolle begrüßte der 1. Vorsitzende Günter Claßen an Bord 38 Teilnehmer, darunter viele Ehefrauen und Partnerinnen. Ein Mittagessen an Bord sorgte für Wohlbefinden und viele gute Gespräche ließen die knapp einstündige Fahrt wie im Flug vergehen.

Nach einem kurzen Aufenthalt im Nordsternpark ging es dann wieder zurück zum Kaisergarten. Die sachkundigen und interessanten Erklärungen des Bootsführers zu den Sehenswürdigkeiten beiderseits des Rhein-Herne-Kanals waren selbst für Einheimische zum Teil neu und interessant.

Im Restaurant des Schlosses Oberhausen wurde der Jubiläumstag mit Kaffee und Kuchen gefeiert. Der Gründer der SHG, Kurt Klein (89), der die Gruppe bis vor wenigen Jahren noch geleitet hat, erinnerte mit Dias an die Anfänge und den Gründungstag der SHG am 1. Februar 2001. Der



Die Teilnehmenden am Jubiläumsausflug, © G. Claßen

1. Vorsitzende des Landesverbands NRW, Bernd Troche und seine Frau, übermittelten die Glückwünsche des Landesverbands und Dr. med. Lenggeling ließ uns an seiner Leidenschaft teilhaben und hielt einen Diavortrag mit dem vielsagenden Titel „Jägerlatein“.

Am Ende dieses gelungenen Jubiläumstags, so die Aussage vieler Teilnehmer, verabschiedete Günter Claßen alle Gäste mit dem Hinweis, dass

sich die Gruppe wie gewohnt an jedem letzten Dienstag im Monat um 17.00 Uhr im EKO im Haus G trifft mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass auch Ehefrauen und Partnerinnen eingeladen sind.

Mehr über die Gruppe und weitere interessante Informationen zu unseren Gruppentreffen finden Sie im Internet in unserer neu eingerichteten Internetseite unter: [prostata-selbsthilfegruppe-oberhausen.de](http://prostata-selbsthilfegruppe-oberhausen.de)

## Seit 20 Jahren Gruppe 31 NRW

Von Yvonne Simeonidis, Redakteurin Extra-Tipp Viersen

Im Oktober besteht die Prostata-selbsthilfegruppe Viersen seit 20 Jahren. Betroffene und ihre Angehörigen finden hier wichtige Unterstützung und eine Fülle von Informationen.

Jeder zweite Mann, jede zweite Frau bekommt in seinem/ihrer Leben Krebs. So ernüchternd diese Statistik ist, die Forschung steht nicht still und so niederschmetternd die Diagnose auch heute noch häufig ist, man muss mit seiner Krankheit nicht allein bleiben.

Allein in Nordrhein-Westfalen gibt es über 80 Selbsthilfegruppen speziell für Menschen, die von Prostatakrebs betroffen sind. Eine von ihnen, Gruppe 31 NRW im Kreis Viersen, feiert in diesem Jahr ihr 20-jähriges Bestehen. „Vier Gründungsmitglieder sind heute noch dabei“, erzählt Paul-Otto Bungardt, der aktuelle Leiter. Insgesamt gehören zur Gruppe, die den westlichen und nördlichen Kreis und die Stadt Viersen abdeckt, 25 Männer, bei den monatlichen Treffen sind meist 16 bis 20 dabei.

Die Gruppe, 2001 entstanden auf Initiative des Urologen Dr. Bruno Wirth am Heilig Geist Hospital Kempen, dem engagierten Rudolf Gix und der Unterstützung des BIS (die Selbsthilfekontaktstelle in Brüggen), war und ist sehr umtriebig. Neben den monatlichen Treffen (immer am letzten Montag des Monats um 19 Uhr im Pfarrheim Herz Jesu in Dülken), unternimmt die Gruppe Ausflüge – etwa zu Aktion Medeor oder ins Rehasentrum

in Korschenbroich, und veranstaltet einmal im Jahr ein großes Frühstück für alle Mitglieder.

Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen gehören ebenso zum Angebot der Selbsthilfegruppe. Wer nun glaubt, diese beschäftigen sich immer mit Themen rund um Prostatakrebs, irrt gewaltig. Selbstverständlich stehen zwar Vorträge von medizinischen Experten, seien es Urologen, Internisten, Radiologen oder Apotheker, im Fokus, aber genauso haben schon Fahrlehrer über die neuen Führerscheine referiert oder Anwälte zu diversen Rechtsfragen informiert. Einen ganzen Samstag hat die Gruppe schon mit sportlichen Rehaübungen verbracht.

Wegen Corona noch bis ins nächste Jahr auf Eis gelegt, sind die offenen Sprechstunden, die normalerweise immer eine Stunde vor Beginn der Gruppentreffen stattfinden. Hier können auch Nicht-Gruppenmitglieder vorbeischauen, ihre Unterlagen mitbringen und ihre Fragen stellen.

Doch wie findet man den Weg in die Gruppe? „Bei vielen – auch bei mir – war die Ehefrau oder Partnerin diejenige, die den ‚Schubs‘ gibt“, erzählt Paul-Otto Bungardt lächelnd. Er selbst bekam die Diagnose Prostatakrebs vor gut 20 Jahren und hat die Krankheit seit 2004 im Griff. „Meine Frau und ich haben immer alle wichtigen Entscheidungen miteinander besprochen, bei der Selbsthilfegruppe war das nicht anders“, erinnert sich Bungardt. Er weiß aus eigener Erfahrung und aus seinem



Die Prostata Selbsthilfegruppe Viersen feiert in diesem Jahr ihr 20-jähriges Bestehen. Ihr Treffpunkt ist in Dülken und so war klar, dass für das Foto nur die Narrenmühle in Frage kommen konnte, © Luzie Rosenblatt

Umfeld, was die Diagnose Krebs mit einem machen kann: „Viele Männer trauen sich nicht, über ihre Krankheit zu sprechen, flüchten sich in Alkohol, kommen mit der Situation nicht zurecht und verfallen in Depressionen.“

Hier leistet die Selbsthilfegruppe wichtige Arbeit. „Jeder kann ganz unverbindlich zu unseren Treffen kommen – übrigens auch Angehörige. Je nach Thema sind auch die Ehefrauen dabei. Und wer lieber erstmal anonym Hilfe suchen möchte, kann sich an die Beratungs-Hotline unter 0800/7080123 wenden“, erklärt Paul-Otto Bungardt.

Neben den „handfesten Infos“ der Experten,

bietet die Selbsthilfegruppe auch einen großen Fundus an Informationen in Form von Flyern, Infobriefen des Bundesverbandes und mehr, die man sich gern zur Lektüre mit nach Hause nehmen kann.

Vertrauensvoller Partner der Gruppe ist weiterhin das BIS. Hierhin kann man sich auch wenden, wenn man mehr Informationen zur Prostata Selbsthilfegruppe wünscht. Ansonsten steht Paul-Otto Bungardt für alle Fragen unter 0170/474 56 29 zur Verfügung.

(Artikel aus dem Extra-Tipp Viersen, Ausgabe vom 26. September 2021, [www.meine-woche.de](http://www.meine-woche.de))

## Gartenzwerge im Dienst der Selbsthilfe – ein ungewöhnlicher Aktionstag

Von Werner Seelig, Leiter der Selbsthilfegruppe Hochfranken-Fichtelgebirge

Von Rosenheim kommend, mit Stationen in Amberg, Hof und Rehau, fand ein Dutzend der kleinen Vorgartenbewohner am 24. Juli den Weg nach Marktredwitz. Einer Idee der Selbsthilfekontaktstelle Hof folgend informierten sie auf Fähnchen über die verschiedenen Selbsthilfeangebote in der Region. Ort des Geschehens war das Kaufhaus Frey im Einkaufszentrum am Ort, das dankenswerterweise eine Fläche zur Verfügung stellte. Es war diesmal kein klassischer Informationsstand. Dementsprechend waren die Gespräche auch

nicht auf einzelne Krankheiten, sondern auf die Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe ausgerichtet.

Ich habe das Angebot, an dieser in der Tat außergewöhnlichen Aktion mitzuwirken, gerne angenommen. Die Fragen an mich konzentrierten sich mehrheitlich auf die Früherkennung und ließen erkennen, wie groß noch die Vorbehalte bei Männern hiergegen sind.



## 15 Jahre Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf

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

Anlässlich des 15-jährigen Bestehens hatte die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf seine Mitglieder zu einer Feierstunde ins Schützenheim Burgdorf geladen. Etwa 40 Personen folgten der Einladung und wurden vom scheidenden Gruppenleiter Jürgen Mindermann, darunter auch einige geladene Ehrengäste, begrüßt. Unter normalen Umständen war die Feier schon im letzten Jahr geplant gewesen, aber, wie so vieles, fiel auch der Termin der Corona-Pandemie zum Opfer. Jürgen Mindermann moderierte die Veranstaltung und berichtete – zwischen den Grußworten der Ehrengäste – von der Gruppengründung vor 16 Jahren mit damals zwölf Personen.



(von links) Helmut A. Kurtz und Jürgen Mindermann, © privat

Als erster Ehrengast gratulierte PD Dr. Stefan Conrad, Chefarzt der Urologie im Friederikenstift Hannover, die Gelegenheit, der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf zum Jubiläum. Er unterstrich die Verbundenheit und die gute Zusammenarbeit mit der Überreichung einer Geburtstagsstorte mit 15 Kerzen.

Kristin Blanchard, Koordinatorin des Uroonkologischen Zentrums Großburgwedel, gratulierte ebenfalls und berichtete, dass ihr Chef Dr. Stein, den Kontakt und die Arbeit mit Jürgen Mindermann immer als wertschätzend und bereichernd empfunden habe. Den Weggang Mindermanns und die damit verbundene mögliche Auflösung der Selbsthilfegruppe bedauerte sie ebenso wie Wolfgang Jürgensen, stellvertretender Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Westerstede. Prof. Dr. H. Christiansen, Chefarzt der Onkologischen Strahlentherapie an der MHH bedankte sich für das langjährige Engagement und hoffte, dass es mit der SHG weitergehe.

Dass es bei einer solchen Veranstaltung nicht ohne Auszeichnungen geht, zeigte Helmut A. Kurtz, Leiter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Heidekreis und Vorsitzender des Regionalverbandes Niedersachsen/Bremen e. V.. Er überreichte Jürgen Mindermann eine Urkunde und das dazugehörige Große Verbandsabzeichen in Silber vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. und las die Danksagung der Niedersächsischen Krebsgesellschaft von Frau Dr. Burmester vor.

Der ehemalige Leiter der Schlaganfall-Selbsthilfegruppe Burgdorf und Organisator des Burgdorfer Selbsthilfetages sowie der jetzige Begründer und Leiter des Schlaganfall-Landesverbandes Niedersachsen Ulli Weber würdigten 16 Jahre Selbsthilfearbeit und erläuterten, was Selbsthilfe für die Betroffenen bedeute. Nach ein paar persönlichen Worten übergab Ulli Weber dem Gruppenleiter Jürgen Mindermann eine Flasche vom nordischen Aperitif „Andalö“ in der Hoffnung, gemeinsam mit Jürgen Mindermann auf dessen Lieblingsinsel Rügen anstoßen zu können. Zum Abschluss der kleinen Feierstunde überreichte Jürgen Mindermanns langjähriger Stellvertreter Eckehard Warmbold im Namen der Gruppe einen gut gefüllten Präsentkorb, bevor zum Buffet geladen wurde.



## Wanderung der SHG DELFIN Lkr. Emmendingen

Von Horst Köntopp, Leiter der Selbsthilfegruppe DELFIN Lkr. Emmendingen

Bei grauverhangenem Himmel und einer Fernsicht von nicht mal 20 km beging am 20. September 2021 die SHG DELFIN Lkr. Emmendingen ihr erstes Treffen seit mehr als anderthalb Jahren mit einer Wanderung auf dem Panoramaweg Augenweide in Malterdingen – mit Frauen und Partnerinnen rund 20 Personen. Der 6 km lange Wanderweg hatte keine allzu großen Anstiege, denn es waren doch einige Mitglieder dabei, die sich das vom Alter und von Ihrer körperlichen Konstitution nicht mehr zugetraut hätten. Petrus hatte mit den DELFINEN dann doch ein Einsehen und schob den Vorhang der grauen Wolken weg, sodass ab diesem Moment herrliches Wanderwetter und gute Sicht auf Schwarzwald, Kaiserstuhl und Vogesen war, auf das alle gehofft hatten. In den kleinen Pausen gab es lebhaftes Unterhaltung. Am späten Nachmittag waren wir dann an der Grillhütte angekommen und konnten unsere ausgetrockneten Kehlen endlich mit Getränken befeuchten, die unser Vorstandsmitglied Herbert Huber beschafft hatte. Wenig später kam dann der Caterer und servierte ein leckeres Menü.

Nach dem Essen war noch genügend Zeit den erfolgreichen Nachmittag bei unterhaltsamen Gesprächen und einem kühlen Getränk ausklingen zu lassen. Alle freuten sich, dass es nun mit dem SHG-Leben wieder weitergehen kann.



Ein gelungener Ausflug, © H. Köntopp

## Wir trauern um

Kurt Weisser  
Siegmond Seidel  
Wolfgang Schüppler  
Wolfgang Jacob  
Berthold Isele  
Gerd Studer

Roland Rieger  
Oskar Blum  
Louis Denis  
Gunnar Ravn  
Gerhard Beck

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

## Register 2021

### Heft 1-2021

#### Editorial

#### Aktuell

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

#### Diagnose und Therapie

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

#### Verbandsnachrichten

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

#### Für Sie notiert

Buch „Diagnose Krebs – zusammen stark bleiben“	33
DVPZ nun URO-Cert	33
+ Sonderseiten „Risikoadaptierte PSA-gestützte Früherkennung“	

### Heft 2-2021

#### Editorial

#### Aktuell

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

#### Diagnose und Therapie

mpMRT der Prostata (MR-Prostatographie) und MR-gestützte Biopsie – Wann? Wie? Warum?	9
--	---

Patientenbeteiligung ist das beste Schmerzmittel	12
Kontrastmittel Ferumoxtran-10 findet auch kleine Lymphknotenmetastasen bei Prostatakrebs	13
Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Übersicht)	16
Mikroultraschall bei Prostatakrebs	22
Selbsthilfe und Psychoonkologie	25

#### Verbandsnachrichten

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

#### Für Sie notiert

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

### Heft 3-2021

#### Editorial

#### Aktuell

Der Vorstand informiert: Berichte von der 92. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BPS	2
BPS-Mitgliederkonferenz 2021	2
Weitere Ehrungen des BPS	6
Mehr urologische Tumorpatienten potenziell ASV-fähig	7
Ehrenmitglied Prof. Louis Denis verstorben	8
Wie steht es um Ihre Lebensqualität nach Prostatakrebs?	8
73. DGU-Kongress im September 2021 in Stuttgart	9
Dem „e“ auf der Spur – eGK, eMP, eRezept, ePA	12

#### Diagnose und Therapie

Hormontherapie bei Prostatakrebs	15
Medikamentenliste fortgeschrittener Prostatakrebs	18
mCRP – Was kommt nach Chemo- und neuartiger Hormontherapie?	20
Nomenklatur beeinflusst Therapiewahl und Ängste	21
Günstige Effekte von intensivem Training bei Prostatakrebspatienten unter aktiver Überwachung	22
Tumorkachexie fördert Knochenschwund bei Krebspatienten	24

#### Verbandsnachrichten

Jubiläen 2021	26
20-jähriges Jubiläum der SHG Oberhausen/Mülheim a.d.Ruhr	27
Seit 20 Jahren Gruppe 31 NRW	28
Gartenzwerge im Dienst der Selbsthilfe – ein ungewöhnlicher Aktionstag	29
15 Jahre Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Burgdorf	30
Wanderung der SHG DELFIN Lkr. Emmendingen	31
Verstorbene 2021	31

#### Für Sie notiert

Register 2021	32
Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie kommt Februar/März 2022	33
Übersicht „Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom“	33

## Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie kommt Februar/März 2022

Die fünfte und sehr umfangreiche Aktualisierung der „S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom“ wurde im Mai 2021 veröffentlicht und kann als Lang- oder Kurzfassung im Leitlinienprogramm Onkologie heruntergeladen werden.

Die aktualisierte laienverständliche Fassung für Patienten, die sogenannte Patientenleitlinie, wird voraussichtlich im Februar oder März 2022 erscheinen. Wir werden auf den Informationskanälen des BPS entsprechend informieren.

## Übersicht „Medikamentöse und lokale Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom“

Angesichts des großen Interesses an der „Übersicht der medikamentösen und lokalen Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom“ auf den Seiten 16 bis 21 im BPS-Magazin 2/2021 weisen wir nochmals darauf hin, dass die Seiten unter <http://b-p-s.link/51r> (diesen Link in Ihrem Browsersuchfeld eingeben) und auf der BPS-In-

ternetseite (unter <https://prostatakrebs-bps.de/wp-content/uploads/medikamente-bei-fortgeschrittenem-prostatakrebs-juni-2021.pdf>) zum Herunterladen bereitstehen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die BPS-Geschäftsstelle, die gerne auch Ausdrücke versendet.

## Wir freuen uns über Anregungen, Themenvorschläge und Meinungen

Teilen Sie uns gerne mit, was Sie interessiert. Oder auch nicht! Meinungen, Ideen und Vorschläge bitte an [magazin@prostatakrebs-bps.de](mailto: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](mailto:widerruf@prostatakrebs-bps.de) tun. Ein Bestellformular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter <https://prostatakrebs-bps.de/infomaterial/>.

## Informationsmaterial Heft 3/2021

### Früherkennung

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

### Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

### Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

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

### Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

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

# Noch nicht bereit für den Sessel?

Wir engagieren uns in der Selbsthilfe, helfen Betroffenen, unterstützen Studien, stärken unsere Rechte und verdeutlichen unsere Bedürfnisse.

**Wir freuen uns  
über engagierte Mitstreiter.  
Trau´ dich!**

Was wir tun,  
hilft auch unseren Söhnen und Enkeln.

Noch Fragen? Oder mal schnuppern?  
Wir stehen bereit: [vorstand@prostatakrebs-bps.de](mailto:vorstand@prostatakrebs-bps.de)

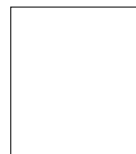


Absender (in Blockbuchstaben):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort



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

**Wichtig: Bitte Häkchen nicht vergessen:**

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