

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin

Ausgabe 3-2025



25
BPS

Informieren. Helfen. Einfluss nehmen.

Aktuell

- 2 Konstituierende Sitzung des neuen BPS-Vorstands am 23. und 24. Oktober 2025 in Hannover
- 2 Endlich! G-BA prüft risikoabhängige Früherkennung von Prostatakrebs
- 3 25 Jahre BPS – Gemeinsam in die Zukunft!
- 4 Der BPS auf DGU-Kongress 2025
- 5 DGN verstärkt die Zusammenarbeit mit dem BPS
- 5 Onkologische Sport- und Bewegungstherapie: Der Weg zur Regelversorgung
- 6 S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom aktualisiert
- 6 Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle

Diagnose und Therapie

- 7 Die Aktive Überwachung als Therapiekonzept des lokalisierten Prostatakarzinoms
- 10 Kleines 1x1 der Studientypen: Die randomisiert kontrollierte Studie
- 13 Radiochirurgie beim Prostatakarzinom – Bald nur noch drei Sitzungen mit dem CyberKnife?
- 16 Leserbrief zum Beitrag „Zweitmeinung bei lokal begrenztem Prostatakrebs“ aus BPS-Magazin 2-2025
- 17 Übersicht der medikamentösen und lokalen Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom
- 17 Sexualleben nach radikaler Prostatektomie möglich

Verbandsnachrichten

- 18 Jubiläen 2025 / Treffen des Regionalverbands Nord in Braunschweig
- 19 Patientenforum des Regionalverbands fand großen Zuspruch
- 20 Treffen RV Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland / 20-jähriges Jubiläum der SHG Dithmarschen-Heide
- 21 20 Jahre SHG DELFIN Landkreis Emmendingen / 15-jähriges Jubiläum der SHG Lingen-Ems
- 22 SHG Iserlohn bei wissenschaftlicher Diskussion zu „Sexologie“ / Aktivitäten der SHG Minden
- 23 SHG Viersen bei Informationstag/ Aktivitäten der SHG Landkreis Heidekreis
- 24 SHG Borken auf Radtour / SHG Deggendorf in der Welt des Überschalls / SHG Gladbeck bei DaVinci-Vorstellung
- 25 SHG Mönchengladbach bei „Meet the Expert“ / Jubiläumsfeier 10+3 der PSHG Uniklinik Frankfurt
- 26 SHG Magdeburg rudert gegen den Krebs
- 27 Jahresfahrt der SHG Kassel nach Bad Berka / SHG Kaiserslautern auf 1. Selbsthilfegruppentag in Homburg / Auftritt beim Qualitätszirkel – Anregung zum Nachmachen
- 28 Aktivitäten der SHG Nürtingen
- 29 SHG Bocholt-Rhede auf Patiententag / SHG Fürstenwalde besucht Klinikum Frankfurt/Oder
- 30 Aktivitäten der SHG Celle / SHG Mariendorf (Berlin) mit Vortrag zur Ernährung
- 31 ... der „BPS-Ideenkorb“ für SHGs wird fortgesetzt! / BPS-Seminarprogramm 2026

Für Sie notiert

- 32 Patiententag am 24. April 2026 – Save the Date
- 32 Literaturhinweis: Prostatakrebs – eine Frage der Sicht
- 32 BPS-Jahrestagung 2026

Impressum:

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

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

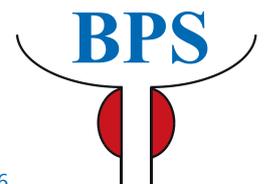
Redaktionsschluss: **Ausgabe 1/2026: 1. März 2026**; Ausgabe 2/2026: 1. Juli 2026; Ausgabe 3/2026: 1. Oktober 2026

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

Titelfoto: Vasilyy– stock.adobe.com

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

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



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

Die im Juli 2025 aktualisierte S3-Leitlinie zum Prostatakrebs zeigt, dass es in der Früherkennung, in der Behandlung des lokalisierten sowie in Diagnostik und Therapie des rezidivierten oder metastasierten Prostatakarzinoms „vorangeht“: Bei der Früherkennung von Prostatakrebs wird nun endlich der PSA-Wert ins Zentrum gestellt, zumal erste Studien zeigen, dass in Ländern, in denen der PSA-Wert zeitweise nicht empfohlen wurde, schwere Krankheitsverläufe zugenommen haben. Bei der Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms werden die verschiedenen möglichen Therapien aufgezeigt. Dabei kommt der Strategie der „Aktiven Überwachung“ eine besondere Bedeutung zu, um vermeidbare Therapien zu verhindern und Lebensqualität für die Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten. Lesen Sie hierzu den Beitrag ab Seite 7. Weiterhin wurden die Kapitel zur Diagnostik und Therapie des rezidivierten oder metastasierten Prostatakarzinoms grundlegend überarbeitet und aktualisiert.

Über allem steht, dass der Patient über die mittlerweile zahlreichen Diagnose- und Therapieoptionen informiert werden soll. Das bedeutet letztlich, dass wir als Patienten über Wahlmöglichkeiten verfügen. Wir können also selber entscheiden, wie wir behandelt werden wollen. Bei diesen Entscheidungen können lokale Selbsthilfegruppen und unsere BPS-Beratungshotline Orientierung geben.

Auch bezüglich der seit langem ausstehenden Aktualisierung der Patientenleitlinien (PLL) gibt es

erste Fortschritte. Die PLL zur Prostatakrebs-Früherkennung konnte bis Ende Oktober kommentiert werden. Gleichzeitig arbeiten wir zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen (BvDU) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) an einer leichtverständlichen Kurzfassung dieser PLL. Die PLL I zum lokalisierten Prostatakarzinom bzw. die PLL II zum metastasierten Prostatakarzinom werden hoffentlich Anfang 2026 zur Kommentierung bereitstehen.

Ansonsten erfahre ich jeden Tag, wie vielfältig die Arbeit in unseren SHGs sowie in den Regional- und Landesverbänden ist. Ich freue mich über all diese Aktivitäten: von spannenden Vorträgen, Spendenläufen, bis hin zu Beteiligungen als Patientenvertreter in Studien und medizinischen Einrichtungen und vor allem auch auf Patiententagen. Dankeschön an alle Aktiven, die sich im Namen des BPS für die Arbeit in unserem gemeinsamen Kampf gegen den Prostatakrebs einsetzen.

Ihr
Joachim Guderian
– Vorsitzender –



Auf ein Wort!

Der BPS finanziert seine Arbeit und damit auch dieses Magazin aus Mitteln, die ihm sein Förderer, die Stiftung Deutsche Krebshilfe, und die Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung stellen. Darüber hinaus erreichen uns zahlreiche Einzelspenden. Wir versichern, dass der BPS die ihm zur Verfügung gestellten Finanzmittel mit größter Sorgfalt und verantwortungsbewusst ausschließlich für Zwecke der Verbandsarbeit gemäß seiner Satzung einsetzt.

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

Konstituierende Sitzung des neuen BPS-Vorstands am 23. und 24. Oktober 2025 in Hannover

Von Joachim Guderian (BPS-Vorsitzender) und Thomas Steinbach (BPS-Geschäftsstelle)

Der im Juni in Magdeburg neu gewählte Vorstand – bestehend aus Udo Ehrmann, Joachim Guderian, Norbert Langwagen, Georg Meyermann, Olaf Schlichting, Horst Schubert und Heiko Wasserthal – hat sich für zwei Tage in Hannover zusammengefunden, um interne Ressorts zu verteilen, aktuelle Entwicklungen im Verband kennenzulernen und strategische Themen erstmals zu beraten.

In Bezug auf die interne Ressortverteilung wurde eine Grobstruktur beschlossen, die nun in den kommenden Wochen inhaltlich weiter ausgearbeitet werden muss. Über die Ergebnisse werden wir im kommenden BPS-Magazin berichten.

Im Rahmen der strategischen Themen wurde

die Zusammenarbeit zwischen Regional- und Landesverbänden und dem BPS-Vorstand analysiert.

Zukünftig soll die Kommunikation in beide Richtungen verbessert werden, weiterhin wurde ein klarer strukturiertes Aufgaben- und Zuständigkeitsprofil für die Regional- und Landesverbände erarbeitet. Das Ergebnis muss nun in der Sitzung des Erweiterten Vorstands Anfang Februar 2026 vertieft und endgültig beschlossen werden, ebenso wie die Aufgaben und Zuständigkeiten der Arbeitskreise und des Medizinischen Beirats, wobei es im letzteren Fall für eine Meinungsfindung weiterer Vorbereitung bedarf.

„Danke für ein Vierteljahrhundert“

Gemeinsam mit ihrem Vater, dem BPS-Gründer Wolfgang Petter, hat sie den Aufbau des Verbands von Beginn an mitgestaltet. Ob Haushaltsplanung, Fördermittelabrechnung, Mitgliederverwaltung, Tagungsorganisation oder die unzähligen täglichen Anfragen – Nicola Horndasch behält den Überblick, findet Lösungen und sorgt dafür, dass im Hintergrund alles zuverlässig funktioniert. Danke, Nicola, für 25 Jahre mit und für den BPS!



Endlich! G-BA prüft risikoabhängige Früherkennung von Prostatakrebs

Nachdem die Patientenvertretung gemeinsam mit dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Prof. Josef Hecken bereits im Juli 2025 einen Antrag zur Nutzenbewertung einer Prostatakrebsfrüherkennungsstrategie an das Plenum übermittelt

hatte, ist nun das offizielle Verfahren im G-BA gestartet. Somit sollten von nun an in 24 Monaten die langjährigen Bemühungen des BPS, zuletzt in den Gremien durch Jens-Peter Zacharias und Ernst-Günther Carl vertreten, endlich zum Erfolg führen.

25 Jahre BPS – Gemeinsam in die Zukunft!

Von Joachim Guderian, BPS-Vorsitzender
und Thomas Steinbach, BPS-Geschäftsstelle

25
BPS



ipopba – stock.adobe.com

Da sich die Welt in unserer Zeit insbesondere durch technologische Entwicklungen sehr stark verändert, verändern sich auch die Anforderungen an den BPS und seine Selbsthilfegruppen. Die zukünftigen Herausforderungen positiv anzunehmen und richtige Antworten zu finden, ist eine gemeinsame Aufgabe aller Angehörigen unseres Verbands. Das ehrenamtliche Engagement bildet hierfür die wichtigste Grundlage – im Fokus steht stets das Ziel einer bestmöglichen Hilfestellung für die Betroffenen.

Nach wie vor besteht eines unserer vorrangigsten Ziele darin, einen Mann, der mit einer Prostatakrebsdiagnose konfrontiert wird, nicht allein zu lassen. Ärzte und Urologen sollen sofort auf die Möglichkeit der Selbsthilfe hinweisen. Das „Aufgefangenwerden“ in der Gruppe hilft oft, anstehende Diagnose- und Therapieentscheidungen besser zu verstehen, damit auch besser durchzustehen und somit auch den Therapieerfolg zu verbessern. Zudem hat ein Arzt kaum die Zeit, diese Form der „psychologischen“ Unterstützung zu leisten.

Die besondere Herausforderung für den BPS wird in den kommenden Jahren vor allem darin bestehen, diese Stärken zu bewahren und gleichzeitig die richtigen Weichen in die Zukunft zu stellen. Im Mittelpunkt steht dabei die Entwicklung neuer Formen der Selbsthilfe. Bereits im Jahr 2024 wurde beispielsweise mit der Gründung des Online-Treffs Prostatakrebs eine neue Form der Selbsthilfe eingeführt. Das Angebot richtet

sich an Betroffene in Regionen ohne Selbsthilfegruppen und an Personen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Auf den Erfahrungen des Online-Treffs Prostatakrebs aufbauend, möchte der BPS weitere Online-Gruppen einrichten. Aktuell befindet sich die Gründung einer Online-Angehörigengruppe in Planung. Auch der Selbsthilfe-Podcast des BPS wird in Kürze „online“ gehen.

Zu den neuen Formen der Selbsthilfe zählt auch der aktive Umgang mit dem Thema „Künstliche Intelligenz“. Die Chancen der KI im Sinne der Patienten zu erkennen und zu nutzen, ohne gleichzeitig die Risiken aus dem Blick zu verlieren, betrachten wir ebenso als eine wichtige Zukunftsaufgabe für unseren Verband.

Nicht zuletzt möchte der BPS auch in der Zukunft in den Entscheidungsgremien des deutschen Gesundheitswesens mit einer starken Stimme vertreten sein. Er wird sich u. a. weiterhin und in engem Schulterschluss mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) dafür einsetzen, in Deutschland ein organisiertes Prostatakrebs-Screening zulasten der gesetzlichen Krankenkassen einzuführen.

Die in diesem Beitrag genannten Maßnahmen und Projekte sind als Beispiele zu verstehen. Je mehr unterschiedliche Ideen und Perspektiven in zukünftige Überlegungen einfließen, umso bessere Lösungen werden wir im Interesse der Prostatakrebsbetroffenen entwickeln. Insofern darf dieser Artikel gerne als Einladung verstanden werden. Sprechen Sie uns an und begleiten Sie unseren BPS in die Zukunft!



Jubiläumsjahr 2025

Anlässlich unseres 25-jährigen Jubiläums haben wir unter der Rubrik „[Gelebte Selbsthilfe](#)“ auf der BPS-Internetseite die „BPS-Jubiläumsreise“ mit Geschichten des BPS in Bild und Schrift angetreten. Reisen Sie mit – jeden Monat mit neuen „Erlebnissen“!

Der BPS auf DGU-Kongress 2025

Von Heiko Wasserthal, BPS-Schatzmeister

Der 77. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) fand unter dem Motto „Urologie verbindet“ in Hamburg statt. Mehr als 7.100 Teilnehmende aus Klinik, Praxis, Pflege und Wissenschaft nahmen teil. Über 130 Veranstaltungen mit mehr als 400 Referierenden boten Einblicke in neue Therapieansätze in der Onkologie, aktuelle Fragen der Früherkennung und digitale Anwendungen. Begleitend gab es eine Ausstellung mit über 100 Ständen, auch der BPS war mit einem Infostand vertreten.

Als Vertreter des BPS waren Joachim Guderian, Udo Ehrmann, Heiko Wasserthal, Werner Seelig,

Günther Carl und Ralf-Rainer Damm vor Ort. Neben der fachlichen Weiterbildung in verschiedenen Vorträgen stand die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen DGU und BPS auf dem Programm. Dazu fand eine Sitzung mit dem Präsidenten Prof. Dr. Wullich und der Geschäftsführung der DGU statt (siehe Bild).

Aktuell entsteht eine Kurzinformation für Betroffene, die die DGU über ihren Verteiler verschickt. Außerdem steht der Chatbot „UroBot“ kurz vor der Fertigstellung. Er soll in leicht verständlicher Sprache Auskunft geben und Unterstützung bieten – passend zu unseren Überlegungen zur



(von links) Prof. Maurice Stephan Michel (DGU-Vizepräsident), Werner Seelig (ehemaliger BPS-Vorstand), Heiko Wasserthal (BPS-Schatzmeister), Prof. Bernd Wullich (DGU-Präsident 2025), Ernst-Günther Carl (ehemaliger BPS-Vorstand), Udo Ehrmann (BPS-Vorstand), Joachim Guderian (BPS-Vorsitzender), Dr. Holger Borchers (medizinischer DGU-Geschäftsführer) und Frank Petersilie (DGU-Geschäftsführer), ©DGU

Künstlichen Intelligenz. Darüber hinaus stellt die DGU dem BPS künftig während ihrer Veranstaltungen kostenfrei Räumlichkeiten zur Verfügung.

Die produktiven Gespräche vor Ort waren eine große Bereicherung und wir freuen uns, auch an kommenden DGU-Veranstaltungen teilzunehmen.

DGN verstärkt die Zusammenarbeit mit dem BPS

Von Joachim Guderian, BPS-Vorsitzender

Nuklearmedizinische Themen werden für Prostatapatienten immer bedeutsamer. Im Bereich der Diagnostik haben wir es mit der Szintigraphie, dem SPECT/CT und vor allem mit dem PSMA-PET-CT zu tun. Im Bereich der Therapien kennen wir z. B. die Radium- und die Radioliganden-Therapie. Oftmals neue Begriffe und Abkürzungen für aufwändige Verfahren. Aber was bedeuten diese Verfahren im Einzelnen für uns Patienten? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, wie werden Kosten für diese Verfahren erstattet, wie gut sind sie bereits in Praxen und im klinischen Alltag eingerichtet, welche Nebenwirkung sind zu erwarten, wie können Nebenwirkungen gemindert werden? Viele Fragen, die für uns Männer – sobald es uns betrifft – von großem Interesse sind.

Aus diesem Grund freuen wir uns, dass die zu-

ständige Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN), einen stärkeren Kontakt auch zu Prostatakrebspatienten sucht.

Start dieser langfristig angelegten Initiative wird der Patiententag auf der kommenden Jahrestagung der DGN in Münster sein, die vom 22. bis zum 25. April 2026 in Münster stattfinden wird.

Der Patiententag unter dem Motto „Gemeinsam stark“ ist für den Freitag, 24. April 2026, vorgesehen mit dem Ziel, Nuklearmedizin gemeinsam mit Patienten zu gestalten, Patienten und Fachleute miteinander ins Gespräch zu bringen und pflegerische Berufe einzubinden. Neben einem interessanten Programm erhalten wir eine Einzelsession, auf der wir unsere konkreten Themen im Bereich des Prostatakrebses mit Fachleuten zur Sprache bringen können.

Onkologische Sport- und Bewegungstherapie: Der Weg zur Regelversorgung

Von Joachim Guderian, BPS-Vorsitzender

Bewegung und Sport ist – wissenschaftlich nachgewiesen – bei allen onkologischen Erkrankungen und für deren Therapieerfolg wichtig. Dies betrifft die Zeit vor, während und nach einer kräftezehrenden Krebstherapie. Daher hat die Deutsche Krebshilfe im Oktober ein Symposium zum Thema „Onkologische Sport- und Bewegungstherapie in Deutschland: Der Weg zur Regelver-

sorgung“ veranstaltet. Hier zeigte sich, dass für eine Regelversorgung onkologischer Sport- und Bewegungstherapien die Finanzier- und Umsetzbarkeit aktuell nicht gegeben ist, rechtliche Änderungen im Sozialgesetzbuch notwendig sind und die Berufsbilder für die notwendigen Spezialisten noch fehlen. Diese offenen Aufgaben werden nun von einer Task Force gesetzgeberisch und nicht

zuletzt auch G-BA-tauglich bearbeitet. Evidenz allein recht leider nicht ...

(von links) Lutz Otto (AdP), Ingetraud Bönthe-Hieronymus, (KHMK), Hedy Kerek-Bodden (HKSH-BV), Elke Naujokat (FSH), Joachim Guderian (BPS), Christine Stuhldreier-Hochstein (MID), Sabine Praß (DLH), © HKSH-BV



S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom aktualisiert

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom überarbeitet. Die nunmehr achte Version entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie und unter Mitwirkung von 21 weiteren Fachgesellschaften sowie Patientenvertretern des BPS. Die wichtigsten Neuerungen in der Leitlinie betreffen die Empfehlung zu einer risikoadaptierten PSA-basierten Früherkennung, den erweiterten Einsatz der MRT-Diagnostik und die Empfehlung zur Aktiven Überwachung bei Niedrigrisiko-Tumoren. Die Tastuntersuchung der Prostata wird zur Früherkennung ausdrücklich nicht mehr empfohlen, bleibt aber fester Bestandteil der individuellen Risikoabschätzung und urologischen Diagnostik. Die Neuerungen werden wir – aufgeteilt in die Themenbereiche Früherkennung, Lokales Prostatakarzinom und Fortgeschrittenes Prostatakarzinom – in den folgenden Ausgaben des BPS-Magazins vorstellen.

Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle

Am 15. Januar 2025 ist die ePA für alle gestartet. Die Krankenkassen haben bis Mitte Februar 2025 allen gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung gestellt, die nicht widersprochen haben. Seit dem 1. Oktober 2025 sind nun alle Leistungserbringer verpflichtet, die elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Sie müssen die ePA mit den gesetzlich festgeschriebenen Daten befüllen, die bei der Behandlung erhoben werden. Dazu zählen zum Beispiel Befunde und Arztbriefe. Auf Wunsch der Versicherten können sie weitere Daten in die ePA einstellen,

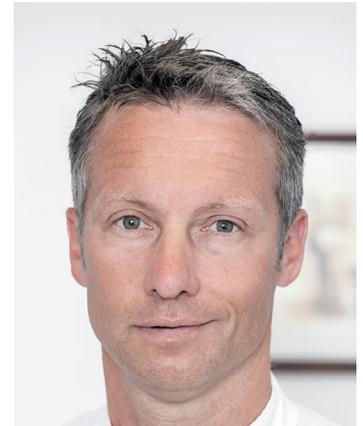
zum Beispiel elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU), Daten im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) oder Daten der Pflege und pflegerischen Versorgung sowie Hinweise zur Organspende und Patientenverfügung.

Sollte sich ein Leistungserbringer weigern, die ePA zu befüllen, können die Patientinnen und Patienten sich an ihre Krankenkasse bzw. die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Oktober 2025

Die Aktive Überwachung als Therapie-konzept des lokalisierten Prostatakarzinoms

Von Dr. Stefan Machtens, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, GFO Kliniken Rhein-Berg



© privat

Da es sich beim Prostatakarzinom (PCa) um eine im Allgemeinen langsam fortschreitende Erkrankung mit langen Gesamtüberlebenszeiten auch ohne therapeutische Intervention handelt, sind die durch eine Therapie gewonnenen Lebensjahre gegen einen Verlust an Lebensqualität durch Therapiefolgen abzuwägen. Die Aktive Überwachung (AS, englischsprachig „active surveillance“) beabsichtigt, eventuell auch nur vorübergehend, eine primär kurative Therapie eines Prostatakarzinoms mit allen möglichen Nebenwirkungen so lange aufzuschieben, bis der Tumor fortschreitet oder der Patient eine Behandlung wünscht.

Kurzfassung

Die Aktive Überwachung (AS) ist eine sichere Strategie für Patienten mit einem neu diagnostizierten PCa der niedrigen Risikogruppe. Auch für ausgewählte Patienten des niedrig-intermediären Risikos kann die AS mit hoher onkologischer Sicherheit eingesetzt werden. In einer Zeit, in der Früherkennung und Screening zu einer deutlich früheren Erkennung von Prostatakarzinomen führt, kann die AS bei etwa der Hälfte der Patienten eine Übertherapie vermeiden.

Mit dieser Strategie soll eine Übertherapie klinisch nicht signifikanter lokalisierter Prostatakarzinome (PCa) des niedrigen bis niedrig-intermediären Risikoprofils verhindert werden. Gleichzeitig soll aber auch eine krankheitsabhängige Morbidität verhindert werden.

Die Strategie des aktiven Überwachens (AS) muss bei einem PCa mit günstigem Risikoprofil unbedingt als erste Behandlungsoption erwogen werden, da durch die langjährige Beobachtung

grosser Bevölkerungskollektive mit früh entdeckten und wenig aggressiven

PCas bekannt ist, dass weniger als 10 % der Betroffenen tumorabhängig versterben.

Bei Vorliegen eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms (PCa) des niedrigen Risikoprofils werden Patienten über das Konzept der Aktiven Überwachung informiert, da das Risiko einer Überbehandlung in dieser Gruppe am höchsten ist.

In der Aktualisierung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom Version 8.0 hat sich die interdisziplinäre Leitliniengruppe entschlossen, in Anlehnung an die Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) die verschiedenen Therapieoptionen in Abhängigkeit von Risikoprofil und Tumorstadium zu gliedern.

Die Kapitelstruktur wurde in Anlehnung an die EAU-Leitlinie gegliedert. Dabei wird neben der D'Amico-Risikoklassifikation die klinische National Comprehensive Cancer Network-Klassifikation (NCCN) in der Version 01/2025 berücksichtigt.

Dieser Klassifizierung entsprechend spricht sich die aktuelle S3-Leitlinie Prostatakarzinom Version 8.0 mit starker Empfehlung („soll“) für die AS bei Patienten mit PCAs des niedrigen Risikoprofils aus.

Dieses Risikoprofil ist gekennzeichnet durch einen Tumor der Gleason Summe 6 (International Society of Urological Pathology, ISUP1), einem Serum PSA Wert von $\leq 10\text{ng/ml}$ und einem klinischen Tumorstadium cT1c oder cT2a.

6.6	Konsensbasierte Empfehlung	geprüft 2025
EK	Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des niedrigen Risikoprofils (ISUP Gruppe 1 und low risk nach D'Amico-Kriterien) sollen aktiv überwacht werden.	
	Starker Konsens	

Eine AS kann auch bei Patienten mit PCa des niedrig-intermediären Risikoprofils erwogen werden. Dazu zählen Patienten mit einem PCa mit einer maximalen Gleason Summe VIIa (3+4, ISUP2) ohne Nachweis von Tumorzellen mit cribriformem (= siebförmigem) oder intraduktalem (= innerhalb eines Ganges) Wachstum und einem Serum-PSA-Wert $\leq 15\text{ng/ml}$. Der maximale Anteil an Gleason Grad 4 Karzinomanteilen an der Gesamtheit aller Biopsien soll nicht über 10 % liegen.

6.13	Konsensbasierte Empfehlung	modifiziert 2025
EK	Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom der ISUP Gruppe 2 und günstigem Risikoprofil kann eine Aktive Überwachung angeboten werden. Das günstige Risikoprofil beinhaltet kein cribriformes und/oder intraduktales Wachstum und einen geringen Anteil Gleason-Muster 4.	
	Starker Konsens	

Nicht für eine AS geeignet sind Patienten mit einem Karzinom des Grades ISUP 3 (höherer Anteil an Gleason Muster 4), mit dem Nachweis cribriformer, intraduktales, sarkomatoider (= Mischung aus einem Karzinom und einem Sarkom) oder kleinzelliger Histologien. Ein PSA-Wert von 15 ng/ml sollte nicht überschritten sein oder werden. Eine lympho-vaskuläre (= Kombination von Lymph- und Blutgefäßen) oder Perineuralscheideninfiltration (= Krebszellen, die in das Gewebe um die Nerven herum wachsen und dorthin eindringen) sollte einen Patienten ebenfalls von der AS ausschließen. In dieser Risikoklasse ist der Befund eines qualitativ hochwertig durchgeführten und befundeten multiparametrischen MRTs ohne Hinweis auf ein lokal fortgeschrittenes Tumorwachstum hilfreich zur Absicherung der Indikation zur AS.

6.14	Konsensbasierte Empfehlung	geprüft 2025
EK	Patienten mit folgenden Parametern sollen keine Aktive Überwachung erhalten: <ul style="list-style-type: none"> PSA-Werte $\geq 15\text{ ng/ml}$ ISUP Gruppe 2 mit ungünstigem Risikoprofil* oder ISUP Gruppe 3 bis 5 (Gleason-Score $\geq 7b$) Lokal fortgeschrittenes Tumorstadium ($\geq cT3$ und/oder cN+) <small>*cribriformes oder intraduktales Wachstum, hoher Anteil Gleason-Muster 4.</small>	
	Starker Konsens	

Indikationsstellung zur AS

Die sicherste Indikationsstellung zur AS erfolgt durch die Durchführung eines multiparametri-

schen MRTs (mpMRT) mit konsekutiver (= zeitlich folgender) Fusionsbiopsie unter besonderer Berücksichtigung der tumorsuspekten Befunde in der Bildgebung. Dabei sollen je nach Grösse der Prostata zwischen zehn bis zwölf Biopsien entnommen werden.

Wenn bei Patienten ohne ein initiales mpMRT ein Prostatakarzinom diagnostiziert wird, das zur Einleitung einer AS geeignet ist, soll dieses MRT innerhalb von sechs Monaten nachgeholt werden. Im Fall einer Zielläsion PI-RADS ≥ 3 soll eine gezielte Biopsie erfolgen. Liegt keine Zielläsion vor, soll keine konfirmatorische (= bestätigende) Biopsie durchgeführt werden.

Verlaufsbeobachtung bei AS

Der Tumor soll nach Beginn der AS bei primärem Nachweis eines Befunds der ISUP Gruppe 1 (Gleason Summe 6) in den ersten zwei Jahren durch eine sechsmonatliche PSA-Kontrolle nachverfolgt werden. Ein Tumor der ISUP Gruppe 2 (Gleason Summe 7a, 3+4) sollte in den ersten zwei Jahren durch eine dreimonatliche PSA-Kontrolle nachverfolgt werden.

Die erste Re-Biopsie der Prostata sollte nach der Durchführung eines mpMRTs nach 12-18 Monaten nach initialer Diagnosestellung als gezielte und systematische Biopsie durchgeführt werden. Weitere Re-Biopsien der Prostata sollen dann in den ersten zehn Jahren alle 2-3 Jahre erfolgen. Falls allerdings neue oder größenprogrediente PIRADS 4-5 Läsionen im mpMRT auftreten, sollte die Biopsie in kürzerem Abstand erfolgen (s. Abb. 1).

Abbruchkriterien für eine AS

Abbruchkriterien für eine AS und Indikation zur Überführung des Patienten in eine definitive Therapie sind neben dem Patientenwunsch, der eine AS aus Gründen von Ängsten oder Zweifeln nicht mehr fortsetzen möchte, das Upgrading des Tumors im Rahmen der Re-Biopsie zu einem ungünstigen Risikoprofil (ISUP 3) oder der Nachweis eines klinischen fortgeschrittenen ($\geq cT3$) oder in die Lymphknoten metastasierten Stadiums (cN+) der Erkrankung.

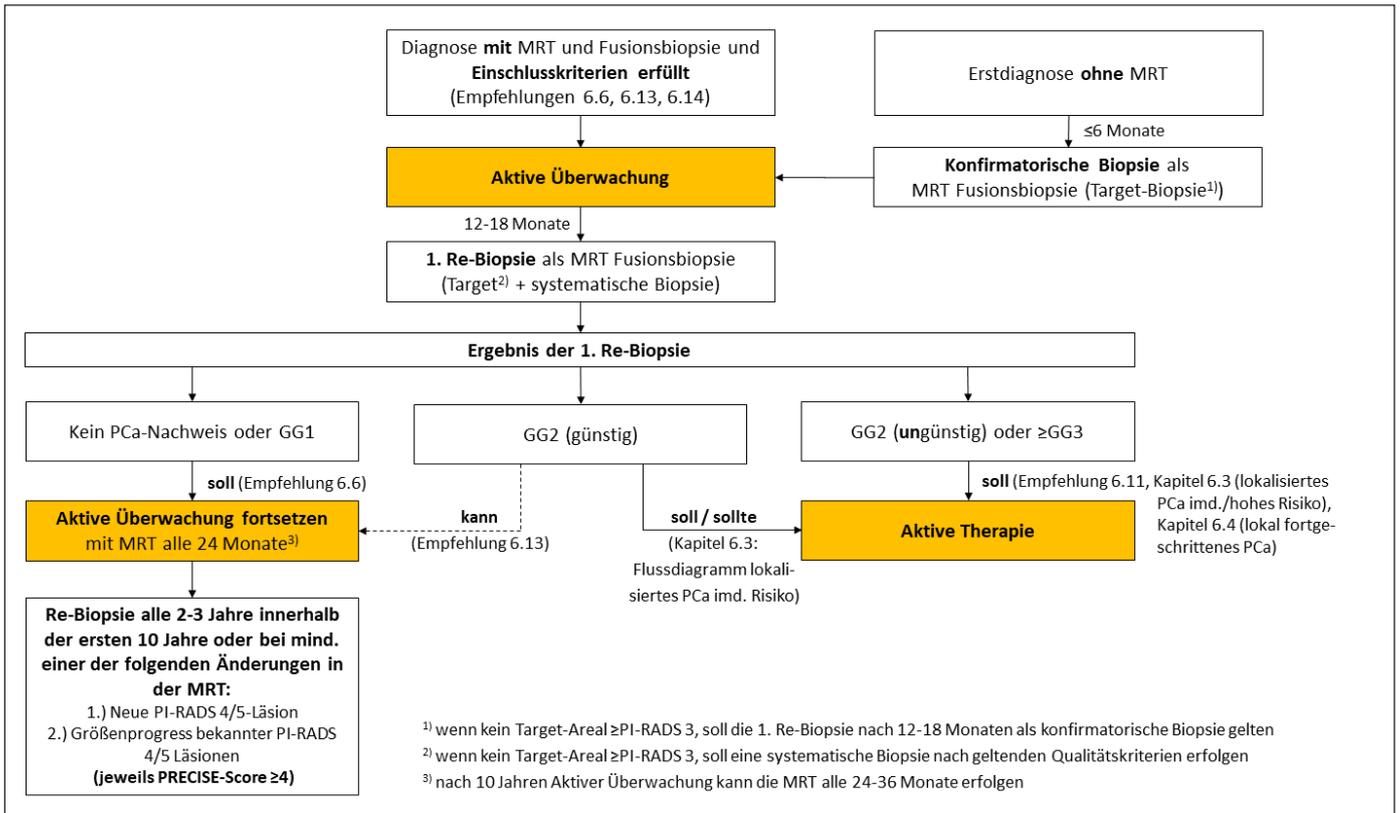


Abb. 1 (= Abb. 6 der Leitlinie). Flussdiagramm Aktive Überwachung, © Quelle Abbildung und alle Tabellen: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 8.0, 2025, AWMF-Registernummer: 043-022OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/>; Zugriff am [29.10.2025]

Dabei ist es von Bedeutung, dass ein PSA-Anstieg nicht als alleiniges Kriterium zum Abbruch des AS ausreicht. Auch der alleinige Nachweis einer lokalen Progression des Tumors im mpMRT soll nicht als Kriterium zum Abbruch der AS führen. Erst eine eventuell auch zeitlich vorgezogene Re-Biopsie mit dem Nachweis eines progredienten histopathologischen ungünstigen Befunds ist ein definitives Kriterium zum Abbruch der AS.

Sicherheit der AS

Exemplarisch zeigt eine große prospektive Studie an 1.818 Patienten mit Niedrigrisiko-PCa der Grade Group 1 sowohl nach zehn als auch nach 15 Jahren Aktiver Überwachung eine kumulative (steigende) PCa-spezifische Mortalität von 0,1 %. Diese Langzeitdaten implizieren, dass die Aktive Überwachung bei Patienten mit einem niedrigen

Risiko angemessen und onkologisch sicher ist, da das Risiko für ein Versterben aufgrund des PCAs oder die Entwicklung von Metastasen weniger als 1 % beträgt. Zu beachten ist, dass im Rahmen des in dieser Studie relativ intensiven, strukturierten Programms der Aktiven Überwachung 48 % der Männer innerhalb der ersten zehn Jahre eine aktive Therapie erhalten haben.

Zusammenfassung

Die AS ist eine sichere Strategie für Patienten mit einem neu diagnostizierten PCa der niedrigen Risikogruppe. Auch für ausgewählte Patienten des niedrig-intermediären Risikos kann die AS mit hoher onkologischer Sicherheit eingesetzt werden.

In einer Zeit, in der Früherkennung und Screening zu einer deutlich früheren Erkennung von Prostatakarzinomen führt, kann die AS bei etwa

der Hälfte der Patienten eine Übertherapie vermeiden.

Ein mpMRT ist bei Patienten, die initial vor Erstbiopsie kein mpMRT erhalten haben und für eine AS geeignet erscheinen, innerhalb von sechs Monaten nach Erstdiagnose mit Durchführung einer konfirmatorischen fusions-gestützten Rebiopsie indiziert.

Die erste Rebiopsie ist bei Patienten, bei denen eine Primärdiagnose unter Bedingungen einer fusions-gestützten Erstbiopsie gestellt wurde, nach

12-18 Monaten nach Einleitung einer AS und nach einem Kontroll-MRT indiziert.

Die weiteren Kontrollbiopsien sollten bei regelmäßig durchgeführten Kontroll-MRTs ohne auffälligen Befund im Abstand von 2-3 Jahren unter regelmäßigem Einsatz der Bildgebung erfolgen.

Die AS sollte nicht bei alleinigem PSA-Anstieg oder verschlechtertem Befund im mpMRT abgebrochen werden.

Die Literatur liegt beim Verfasser.

Kleines 1×1 der Studientypen: Die randomisiert kontrollierte Studie



Die randomisierte kontrollierte Studie (engl.: randomised controlled trial, RCT) gilt als Goldstandard für den Beweis einer Ursache-Wirkungs-Beziehung. Die RCT ist eine klinische Versuchsanordnung, in der Personen unter kontrollierten Bedingungen verschiedene Interventionen bekommen. Nur mit diesem Studiendesign können Forschende Aussagen über die Kausalität treffen. Zusammen mit systematischen Reviews und Meta-Ana-

lysen bieten sie den höchsten Grad an Evidenz, wenn es darum geht, die Wirkung zweier oder mehrerer Interventionen zu vergleichen.

Aller guten Dinge sind drei, im Namen stecken aber nur zwei...

Drei Kriterien sind für eine hochwertige RCT unbedingt notwendig: Randomisierung, Verblindung, Placebo (Kontrolle).



chinnarach – stock.adobe.com

Warum braucht es Kontrolle?

Als „kontrolliert“ gilt eine Studie, wenn die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird. Nur durch eine Kontrollgruppe kann man sicherstellen, dass die gemessenen Veränderungen auch wirklich auf die Behandlung zurückzuführen sind und nicht auf andere Faktoren.

Als Kontrollbehandlung kann ein Placebo oder eine andere Behandlung (z. B. die Standardbehandlung) dienen. Unter Placebo (lat.: „ich werde gefallen“) versteht man Scheinbehandlungen, die keine spezifische Wirkung haben, und sich in Aussehen, Farbe, Geruch und Geschmack nicht von der aktiven Therapie unterscheiden.

Interessanterweise wirken auch „Placebos“ bei den Behandelten. Dieser Placeboeffekt kann an sich schon sehr stark sein. Er resultiert aus der Erwartungshaltung und Konditionierung der Behandelten und ist sogar körperlich messbar. Gleichzeitig variierte seine Stärke auch durch die Art und Weise, wie der oder die Behandelnde das Mittel erklärt, in Rituale einbettet oder verabreicht. In Placebo-kontrollierten Studien wird der Therapieeffekt vom Placeboeffekt getrennt.

Die Zuteilung lieber dem Zufall überlassen

Bei der Randomisierung werden die Studienteilnehmenden mit einem allein vom Zufall abhängigen Verfahren durch Verwendung von Zufallszahlen oder Computeralgorithmen entweder der Behandlungs- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Doch warum reicht es nicht einfach, die Zuteilung beispielsweise alphabetisch vorzunehmen?

In einer Stichprobe gibt es sowohl bekannte als auch unbekannte Störgrößen, beispielsweise Gewicht, Alter, sozioökonomischer Status, Lebensstil (Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Fitness) oder den Schweregrad einer Erkrankung. Wenn man die Stichprobe nicht nach dem Zufallsprinzip aufteilt und eine Gruppe beispielsweise nur Ältere, die andere nur Jüngere enthalten würde, dann interpretiert man möglicherweise altersbedingte Unterschiede bei der Gedächtnisleistung fälschlicherweise als Interventionseffekt. Wird die Zuteilung jedoch komplett dem Zufall überlassen, geht man davon aus, dass sich alle

Störgrößen (auch die unbekanntesten!) gleichmäßig auf die Gruppen verteilen. Diese zufällige Zuteilung muss zudem allen Studienbeteiligten über den gesamten Studienzeitraum verborgen bleiben (verdeckte Zuteilung).

Zusätzliche Informationen für Wissbegierige

Auch bei einer randomisierten Zuteilung können allein durch Zufall Unterschiede zwischen den Gruppen entstehen, besonders wenn die Anzahl der randomisierten PatientInnen klein ist. Deshalb wird von den StudienautorInnen bei der Publikation nach CONSORT eine Tabelle gefordert („table one“), in der die Verteilung relevanter Merkmale (z. B. Geschlecht, Alter, Rauchstatus) jeweils für die Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt wird.

Warum „mit verbundenen Augen“ (verblindet)?

Die verdeckte Zuteilung basiert auf dem Verblindungsprinzip. In einer verblindeten Studie wissen im Idealfall alle Beteiligten – also Teilnehmende, Behandelnde und StatistikerInnen – über den gesamten Studienzeitraum hinweg nicht, wer welche Behandlung erhält. Man unterscheidet hierbei, ob nur die Teilnehmenden (einfachblind), zusätzlich auch die Behandelnden (doppelblind) oder auch die StatistikerInnen (dreifachblind) verblindet werden.

Für eine hohe Qualität benötigt eine Studie mindestens eine Doppelverblindung. Bei Studien mit Medikamenten gehört eine Verblindung zum „must-have“. Schwieriger wird es bei nicht-medikamentösen Interventionen. Manchmal ist dann eine Verblindung kaum oder gar nicht möglich. Beispielsweise ist es bei gesprächsbasierten Verfahren in der Psychotherapie nicht möglich, die PsychotherapeutInnen zu verblinden.

Wo lauern die Fehlerquellen?

Die Voraussetzung für die Bewertung der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse der RCT ist die voll-

ständig transparente Berichterstattung der methodischen Durchführung. Um Fehlerquellen zu erkennen, gibt es fünf Schlüsselfragen, die man sich an unterschiedlichen Stellen im Arbeitsprozess stellen sollte:

1. War die Zuteilung randomisiert und verdeckt?
2. Fand eine Verblindung statt und wenn ja, wer war verblindet?
3. Gab es Unterschiede in der Abbruchrate zwischen den Gruppen und lassen sich diese auf die Behandlung zurückführen?
4. Wurden die Endpunkte beider Gruppen auf die gleiche Weise erhoben und war der Datenerhebende verblindet?
5. Sind die Ergebnisse so dargestellt wie im Protokoll geplant und beschrieben?

Und warum gibt es dann nicht nur RCTs?

Die RCT hat viele Vorteile, aber nicht alle medizinischen oder die Gesundheit betreffenden Fragestellungen lassen sich damit erforschen. Beispielsweise kann die Prognose einer Erkrankung oder Risikofaktoren für eine Erkrankung nur durch Beobachtungsstudien erforscht werden. Eine qualitativ hochwertige RCT ist zudem teuer und aufwändig.

Auch den Effekt erwiesenermaßen schädlicher Substanzen (z. B. Schwermetall- oder Rauchgasbelastung) kann man nicht in einer RCT untersuchen. Es wäre ethisch unverantwortlich, Menschen gezielt einem Risiko auszusetzen. Um ethische Bedenken auszuräumen (beispielsweise „Darf man den Teilnehmenden ein Placebo geben/die Behandlung vorenthalten?“) wird jedes Studienprotokoll durch eine Ethikkommission geprüft.

Zudem wird bei schweren Erkrankungen immer die Standardbehandlung als Kontrollgruppe gewählt. Wenn es jedoch keine etablierte Standardtherapie gibt, ist es aus zwei Gründen vertretbar, ein Placebo zu bekommen: Zum einen profitieren die Behandelten vom Placeboeffekt und zum anderen ist ja noch gar nicht sicher, ob die aktive Intervention mehr nutzt als schadet.

Kurzfassung

Warum gilt die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) als „Königin der Studien“? Was genau sind die Vor- und Nachteile der prospektiven Beobachtungsstudie oder der retrospektiven Fall-Kontroll-Studie? Kurze Antworten gibt es in der Serie „Kleines 1x1 der Studientypen“ der Cochrane Deutschland Stiftung, beginnend mit der randomisiert kontrollierten Studie, die zuverlässigste Versuchsanordnung, um den Effekt von zwei Therapien miteinander zu vergleichen.

Obwohl die hohe Kontrolle dieses Designs kausale Aussagen ermöglicht, bleibt manchmal unklar, inwieweit sich die Ergebnisse auf Personen mit anderen Eigenschaften (wie beispielsweise Menschen, die mehrere Erkrankungen haben) oder andere Umgebungsbedingungen (z. B. Gesundheitssysteme) übertragen lassen.

Für bestimmte Fragestellungen braucht man also andere Studientypen. Weitere kurze Erklärungen dazu gibt es im „Kleinen 1x1 der Studientypen“ unter <https://wissenwaswirkt.org/?s=1x1+studien>.

Dieser Text wurde ursprünglich auf www.wissenwaswirkt.org veröffentlicht, dem gemeinsamen Blog der deutschsprachigen Cochrane-Zentren (Autorinnen: Franziska Halter und Dr. Birgit Schindler)

Patienten beraten Patienten



Prostatakrebs-Beratungshotline
0800 – 70 80 123

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

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

Radiochirurgie beim Prostatakarzinom – Bald nur noch drei Sitzungen mit dem CyberKnife?

Von Prof. David Krug, Prof. Alexander Muacevic und PD Dr. Oliver Blanck

Hintergrund und Leitlinienänderung 2025

Wenn eine Therapie bei einem Prostatakarzinom indiziert ist (keine Aktive Überwachung möglich, Progression unter Überwachung oder Patientenwunsch), kommen als lokale Therapieverfahren die radikale Prostatektomie oder eine Strahlentherapie in Form der externen Bestrahlung, einer Brachytherapie oder einer Kombination beider Verfahren in Betracht. Die Wahl des Therapieverfahrens hängt vor allem von den Präferenzen des Patienten und möglichen Kontraindikationen ab, wobei die externe Bestrahlung die geringsten Einschränkungen mit sich bringt. Der historische Standard in der Strahlentherapie ist die Behandlung der Prostata (und ggf. auch Teile der Samenblasen) mit Einzeldosen von täglich 1,8-2,0 Gy an fünf Wochentagen über 7-8 Wochen bis zu einer Gesamtdosis von 74-78 Gy (sog. konventionelle Fraktionierung, Abb. 1). Dieses Verfahren beruht auf der Annahme, dass durch die niedrige Dosis pro Sitzung umgebende Organe (insbesondere Blase und Darm) geschont werden, während der

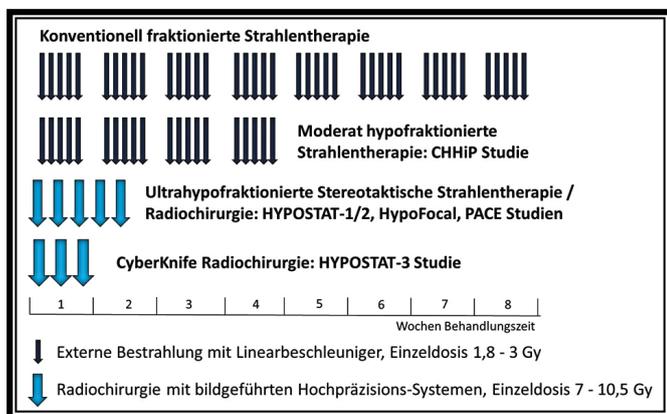
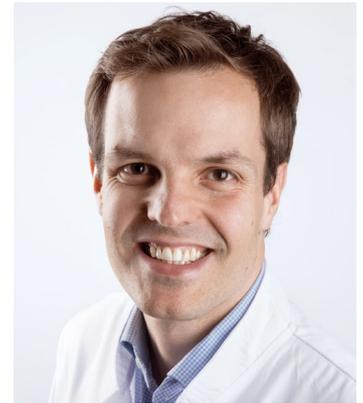


Abb. 1. Zeitachse des Behandlungsverlaufs verschiedener Strahlentherapie-Modalitäten

Tumor aufgrund seiner höheren Strahlenempfindlichkeit geschädigt wird. Es besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung mit besseren Tumorkontrollraten bei höheren Gesamtdosen, die allerdings auch mit Zunahme der Spätnebenwirkungen (vor allem am Enddarm) einhergehen kann.

Seit vielen Jahren wird in der Strahlentherapie eine Verkürzung der Gesamtbehandlungszeit durch eine Erhöhung der Einzeldosis der Bestrahlungssitzungen (sog. Hypofraktionierung) in vielen klinischen Studien untersucht. Aufgrund von strahlenbiologischen Untersuchungen eignet sich das Prostatakarzinom hier in besonderem Maße, da die Strahlenempfindlichkeit von Prostatakrebserkrankungen deutlich niedriger anzusetzen ist als die anderer Krebserkrankungen und durch eine höhere Einzeldosis pro Sitzung eine mindestens vergleichbare oder sogar bessere Er-



Prof. David Krug



Prof. Alexander Muacevic



PD Dr. Oliver Blanck,
© alle Fotos: privat

folgsquote der Strahlentherapie zu erwarten ist. Eine moderat hypofraktionierte Strahlentherapie (mit einer Einzeldosis von 2,5-3 Gy in 20-28 Tagen über 4-5 Wochen) ist schon länger als Alternative zur konventionell fraktionierten Strahlentherapie in den deutschen S3-Leitlinien zum Prostatakarzinom verankert. Seit 2025 ist nun auch die ultrahypofraktionierte Strahlentherapie (auch stereotaktische Strahlentherapie oder Radiochirurgie genannt) in 5 oder 7 Fraktionen eine anerkannte Therapieoption in den deutschen S3-Leitlinien. Diese Anerkennung der Radiochirurgie liegt vor allem an den guten Ergebnissen der großen, randomisierten PACE-A- (Vergleich gegen Operation) und PACE-B- (Vergleich gegen konventionell fraktionierte bzw. moderat hypofraktionierte Strahlentherapie) Studie aus Großbritannien, die sich sehr gut mit den Ergebnissen der deutschen HYPOSTAT-1 und HYPOSTAT-2 Studie decken. In den PACE-Studien wurden in Hinblick auf die Prostata-Krebs-erkrankung vergleichbare Ergebnisse bezüglich der erfolgreichen Behandlung der Prostatakrebs-erkrankung zur Standard-Strahlentherapie (PACE-B) und bessere Ergebnisse bezüglich der Verträglichkeit (weniger Inkontinenz, und Erektionsstörungen) der Radiochirurgie gegenüber der Operation (PACE-A) erbracht (siehe auch Vergleich der Roboter CyberKnife gegen DaVinci: <http://b-p-s.link/d6s>).

CyberKnife Radiochirurgie und HYPOSTAT-Studien

Nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe (AG) Prostata der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) wird die Radiochirurgie nach hohen technischen Standards durchgeführt werden. Hierzu gehören unter anderem die MRT-basierte Festlegung von Zielvolumen und Risikoorganen, sowie die intensitäts-modulierte und tägliche

bildgeführte Strahlentherapie mit Bildkontrolle vor und während der Bestrahlungssitzung. Die Patienten werden vom Behandlungszentrum für mindestens fünf Jahre nachgesorgt und idealerweise in eine Registerstudie eingeschlossen. Für die Radiochirurgie ist eine hochpräzise Verabreichung der Bestrahlungsdosis elementar. Eine Herausforderung stellt hier die Beweglichkeit der Prostata durch variierende Füllungszustände von Harnblase und Enddarm dar. Während selbst an spezialisierten Bestrahlungsgeräten trotz täglicher Bildgebung und ggf. KI-gestützter, adaptiver Bestrahlungsplanung vor der Behandlung eine Erweiterung des Zielvolumens um 5-10 mm in jede Richtung erforderlich ist, ermöglicht der

Bestrahlungsroboter CyberKnife (Abb. 2) aufgrund einer fortlaufenden Lagekontrolle und -korrektur während der laufenden Bestrahlungssitzung eine deutliche Verkleinerung dieser Sicherheitsabstände. Diese fortlaufende Bewegungskorrektur wird durch eine Platzierung von kleinen Goldmarkern in der Prostata er-

möglicht, deren Position während der laufenden Bestrahlungssitzung dynamisch verfolgt wird und stellt ein Alleinstellungsmerkmal des CyberKnife-Systems dar. So kann eine präzise Dosisapplikation in der Prostata bei gleichzeitiger Schonung des Enddarms und der Blase erreicht werden (Abb. 3).

Die HYPOSTAT-1- (85 Patienten) und HYPOSTAT-2- (464 Patienten) Studien sind die ersten und bislang einzigen abgeschlossenen Studien in Deutschland, in denen eine Radiochirurgie mit dem CyberKnife in fünf Sitzungen bei Patienten mit Prostatakarzinom untersucht wurde. Weitere Studien zur Radiochirurgie bei Prostatakrebs in fünf Sitzungen mit anderen, herkömmlichen Bestrahlungssystemen mit fortlaufender Lagekontrolle aber ohne Bewegungskorrektur laufen aktuell (z. B. HypoFocal-Studie). Die deutschen

Kurzfassung

Die HYPOSTAT-Studien sind die ersten abgeschlossenen Studien in Deutschland, in der eine Radiochirurgie mit dem CyberKnife bei Patienten mit Prostatakarzinom mit bis zu zehn Jahren Nachbeobachtung untersucht wurden. Die Studien zeigen bislang eine exzellente längerfristige Verträglichkeit und Effektivität der robotergestützten Radiochirurgie. Die HYPOSTAT-3 Studie mit nun noch drei Sitzungen in einer Woche startet im November 2025.



Abb. 2. CyberKnife System: Das Bestrahlungsgerät hängt an einem Roboterarm und wird dadurch extrem genau gesteuert. Durch Röntgenröhren an der Decke und Infrarotsensoren werden die Lagerung des Patienten und Bewegungen während der Behandlung kontinuierlich überwacht. Wenn nötig, kann der Roboter die Bestrahlung sofort korrigieren

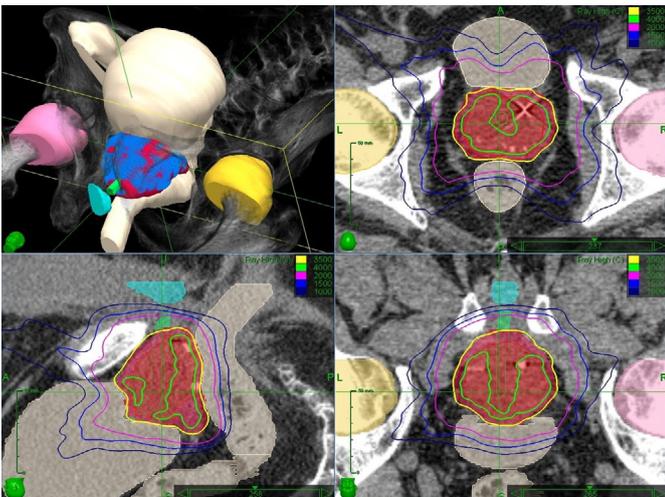


Abb. 3. Beispiel eines hochpräzisen CyberKnife-Behandlungsplans eines Prostatakarzinoms mit scharfem Dosisabfall außerhalb der Prostata in Richtung Enddarm und Blase

HYPOSTAT-Studien sind einarmige, prospektive, multizentrische Kohortenstudie mit 85 bzw. 464 Patienten, die an drei bzw. sechs Behandlungszentren in Deutschland durchgeführt wurden. Überwiegend wurden in den HYPOSTAT-Studien Patienten mit Prostatakarzinom mit mittlerem Risiko behandelt. Die Patienten erhielten eine Be-

strahlung mit 5×7 Gy im Laufe von 1-2 Wochen mittels CyberKnife nach Platzierung von Goldmarkern und CT/MRT-basierter Bestrahlungsplanung.

In der HYPOSTAT-1-Studie bestand ein Jahr nach Behandlung erfreulicherweise bei keinem Patienten im Bereich von Harnröhre und Blase bzw. Enddarm behandlungsbedürftige Spätnebenwirkungen, sodass die Studie als vollständig positiv zu bewerten ist. In der HYPOSTAT-2-Studie mit längeren Nachbeobachtungszeiten und einer deutlich höheren Patientenzahl waren die behandlungsbedürftigen Spätnebenwirkungen vergleichbar mit den PACE-Studienergebnissen, die nach den aktuellen S3-Leitlinien den neuen Standard für die radiochirurgische Behandlung von Prostata Tumoren darstellen. Eine finale Auswertung der HYPOSTAT-2-Studienergebnisse steht jedoch noch für Ende des Jahres 2025 aus. Angemerkt sei jedoch, dass es während oder kurzzeitig nach der Radiochirurgie zu vorübergehenden, ggf. medikamentös zu behandelnden Reizerscheinungen an Blase und Harnröhre kommen kann (z. B. vermehrter Harndrang, häufigeres Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen), die in der Regel in einigen Tagen bis Wochen nach der Therapie vollständig abklingen. Diese Begleiterscheinungen sind aus der konventionell oder moderat hypofraktionierten Bestrahlung bekannt, treten aber mit der Radiochirurgie deutlich schneller auf, wobei dann auch die Erholung aufgrund der stark verkürzten Behandlungsdauer wesentlich schneller eintritt. Der Rückgang des PSA-Wertes sowie die Lebensqualität der Patienten, die in den HYPOSTAT-Studien behandelt wurden, waren mit den PACE-Studienergebnissen vergleichbar. Schlussfolgernd bestätigen die HYPOSTAT-Studien eine exzellente, längerfristige Verträglichkeit und Effektivität der roboterassistierten Radiochirurgie für Prostatakrebs.

HYPOSTAT-3-Studie: Nur noch 3 Sitzungen und 1 Woche Behandlungszeit

Die HYPOSTAT-3-Studie ist ebenfalls eine einarmige, prospektive multizentrische Kohortenstudie, mit einer geplanten Größe von 175 Patienten, die ab November 2025 an vier Expertenzentren

Einschlusskriterien der HYPOSTAT-3-Studie:

- Nicht metastasiertes, histologisch gesichertes Prostatakarzinom
- Gleason-Grad ≤ 7
- PSA < 20 ng/ml
- Alter ≥ 18 Jahre
- Prostatavolumen < 80 cm³
- IPSS ≤ 12

in Deutschland (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Strahlentherapie (Prof. Dr. David Krug und PD Dr. Oliver Blanck), Saphir Radiochirurgie Zentrum Norddeutschland (Dr. Stefan Huttenlocher), Europäisches Radiochirurgie Centrum München (Prof. Dr. Alexander Muacevic), Saphir Radiochirurgie Zentrum Frankfurt am Main (Dr. Christian Arnold), CyberKnife Centrum Mitteldeutschland (Dr. Hans-Ulrich Herold) durchgeführt wird. Wesentliche Einschlusskriterien sind ein nicht-metastasiertes, histologisch gesichertes Prostatakarzinom mit Gleason Score ≤ 7 , ein

PSA < 20 ng/ml und ein IPSS ≤ 12 . Eine Altersbeschränkung erwachsener männlicher Patienten (Alter ≥ 18 Jahre) ist nicht vorgesehen, jedoch können Patienten mit vorheriger Strahlentherapie im Becken oder einer transurethralen Resektion, einer Laserenukulation oder einer Ablation der Prostata nicht eingeschlossen werden (diese Patienten werden weiterhin in fünf oder mehr Sitzungen behandelt). Die Patienten in HYPOSTAT-3 erhalten nach Platzierung von Goldmarkern und CT/MRT-basierter Bestrahlungsplanung analog HYPOSTAT-1 und HYPOSTAT-2 eine Bestrahlung mit $3 \times 9,5$ - $10,5$ Gy (je nach Risikoeinteilung) im Laufe von nur einer Woche. Die Studienhypothese ist, dass die CyberKnife Radiochirurgie mit drei Sitzungen mit ähnlich geringen Nebenwirkungen nach einem Jahr Nachbeobachtungszeit einhergeht, wie die CyberKnife Radiochirurgie mit fünf Sitzungen, dies aber dann bei deutlich verkürzter Gesamtbehandlungsdauer (1 statt 2 Wochen). Literatur und Kontaktdaten der Ansprechpartner liegen bei den Verfassern.

Leserbrief zum Beitrag „Zweitmeinung bei lokal begrenztem Prostatakrebs – Wenn die Entscheidung zum Vorgehen schwerfällt“ von Dr. Frank Brunsmann, Co-Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA im BPS-Magazin 2-2025, Seiten 14 bis 16

Als Leiter der SHG „Männer mit Krebs im Ortenaukreis“ mit Schwerpunkt Prostatakrebs kommt mir dieser Beitrag eher als Wunschdenken vor. Seit 2002 leite ich die SHG und in den letzten zwei Jahren fällt verstärkt auf, dass die Urologen im südbadischen Raum keine neuen Patienten mehr aufnehmen. Die Frage nach einem Urologen für eine Zweitmeinung wird daher sehr oft gestellt – am Telefon, auf Patiententagen und in der SHG. Es ist fast schon peinlich immer zu sagen: „Ja, wir kennen das Problem“, aber selbst bei persönlichen Anrufen bei bekannten Urologen heißt es nur: „Herr Zehnle, es tut uns leid, wir sind voll auf Monate hinaus, wir können keine Neuen aufnehmen.“

Das Wort „Zweitmeinung“ habe ich aus meinem Wortschatz fast verdrängt. Den Hinweis eines Urologen auf eine Zweitmeinung, kann ich nur so verstehen, dass er vor diesem Patienten einige Zeit Ruhe haben will.

Wie soll oder kann es nur weitergehen – trotz Zertifizierungen und S3-Leitlinien? Kann uns künstliche Intelligenz KI vielleicht weiterhelfen, so dass eine Zweitmeinung gar nicht mehr angefordert werden muss? Findet man eher einen Urologen, wenn man die Zweitmeinung, etwa mit 150 Euro, selbst bezahlt?

Ludwig Zehnle, Leiter der SHG Männer mit Krebs im Ortenaukreis (Schwerpunkt Prostatakrebs)

Übersicht der medikamentösen und lokalen Therapien beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom

Udo Ehrmann, Mitglied des BPS-Vorstands und des Arbeitskreises „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ sowie themenbezogener Patientenvertreter im G-BA (Unterausschuss Arzneimittel), stellt jährlich eine aktualisierte Übersicht von Wirkstoffen bei der Therapie im fortgeschrittenem Stadium zusammen. Diese Übersicht ist unter <http://b-p-s.link/47w> einsehbar und steht zum Herunterladen zur Verfügung – darunter auch eine neue kompakte Wirkstoffliste (mit Beispielen anders lautender Handelsnamen).

Wenn Sie keine Möglichkeit zum Herunterladen haben, wenden Sie sich gerne an die BPS-Geschäftsstelle. Rückfragen zu Übersicht und Liste beantwortet der Arbeitskreis unter seiner Mailadresse: patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de.

Sexualleben nach radikaler Prostatektomie möglich

Bei einer radikalen Prostatektomie lässt sich auch bei nervenschonender Operation häufig nicht vermeiden, dass Fasern beschädigt werden. Die Folge ist eine erektile Dysfunktion. Neben der Harninkontinenz ist dies für viele Männer die schwerste Langzeitfolge der Operation. Dies bedeutet für Männer aber nicht zwangsläufig das Ende des Sexuallebens. Aufgrund der erektilen Dysfunktion waren die wenigsten Männer zum penetrativen Geschlechtsverkehr in der Lage. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sie die Lust am

Sex verloren hatten. Die Aktivitäten bestanden jetzt aus Masturbation, gefolgt von Kuscheln und Streicheln, Oralsex und der Nutzung von Hilfsmitteln wie Penisringen und Vakuumpumpen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Nachsorge nach einer radikalen Prostatektomie nicht nur auf die erektile Funktion konzentrieren sollte, sondern auch andere Aspekte der sexuellen Aktivität und Intimität in das Gespräch zwischen Patient und Arzt oder Ärztin einbezogen werden sollten. Lesen Sie [hier](#) den gesamten Beitrag.

Quelle: arzteblatt.de, Oktober 2025

Online-Treff Prostatakrebs des BPS

Sie suchen den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, aber es gibt keine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe? Oder sind Sie aktuell in Ihrer Mobilität eingeschränkt und können nicht an den Treffen Ihrer SHG teilnehmen? Hierfür stellt der BPS jeden ersten Montag im Monat (18.00 bis 19.30 Uhr) den geschützten virtuellen Raum eines Online-Treffs zur Verfügung. Teilnahmeinformationen finden Sie unter <http://b-p-s.link/e8l>.



Jubiläen 2025

30 Jahre	SHG Prostatakrebs München
20 Jahre	Prostatakrebs SHG Erfurt
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Dithmarschen-Heide
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Neubrandenburg
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Kassel
20 Jahre	SHG Würzburg VI Prostatakrebs Betroffene
20 Jahre	SHG Prostatakrebs Bayerisches Oberland-Bad Tölz
20 Jahre	SHG Prostatakrebs „DELFIN“, Kreis Emmendingen
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Eichsfeld
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Zwickau
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Hof
10 Jahre	SHG Prostatakrebs Nürtingen-Kirchheim

Treffen des Regionalverbands Nord in Braunschweig

Von Hans-Joachim Fricke, 1. Sprecher des Regionalverbands Nord

Die dem BPS angehörenden und im RV-Nord zusammengeschlossenen Selbsthilfegruppen aus Niedersachsen, Hansestadt Bremen & Hansestadt Hamburg sowie Schleswig-Holstein trafen sich im August 2025 zu einer Tagung mit einem anspruchsvollen Bildungsprogramm im städtischen Klinikum Braunschweig (SKBS), das nicht nur einen Konferenzraum für die Dauer von zwei Tagen zur Verfügung stellte, sondern auch für Mittagessen, Getränke und Snacks sorgte.



Dank der sehr guten organisatorischen Vorbereitungen von Georg Meyermann, SHG-Leiter Braunschweig, in Zusammenarbeit mit der Abteilung „Kommunikation und Medien“ des SKBS lief alles reibungslos.

Prof. Peter Hammerer (Chefarzt der Kliniken für Urologie, Uroonkologie und des Prostatakrebszentrums) sowie Prof. Wolfgang Hoffmann (Chefarzt der Kliniken für Strahlentherapie, Radioonkologie und Sprecher des Cancer Center Braunschweig) begrüßten uns herzlich und boten sehr verständliche, mitnehmende und lebhaft Vorträge an, so dass anregende Diskussionen folgten: Prof. Hammerer: „Neue Entwicklungen in der Uroonkologie, auch mit Erläuterungen zum Blasenkrebs“ und Prof. Hoffmann: „Strahlen für das Leben – Entwicklung und aktuelle Aspekte der Bestrahlung beim Prostatakarzinom“.

Teilnehmer des RV-Treffens in Braunschweig,
© H.-J. Fricke

Für das Thema „Bewegung tut gut: Onkologische Trainingstherapie bei einer Tumorerkrankung“ durch Dipl.-Sportlehrer Peter Wöhler vom Reha-Sportzentrum des SKBS blieb anschließend leider wenig Zeit, da die vorhergehenden Vorträge zu viel Gesprächsbedarf nach sich führten.

Nach einer Führung durch die Klinik und einen Rundblick von der Hubschrauberlandeplattform aus, folgte bei gutem Wetter eine „Floßfahrt mit Grillen auf der Oker“, die alle als sehr gelungen und ausgleichend empfunden haben.

Am Samstag trafen sich die Teilnehmer wieder im SKBS, um sich über Angelegenheiten des Regionalverbands, bisherige Ergebnisse und Abläufe sowie über die Zukunft auszutauschen. Hierbei wurde festgelegt, dass im November 2025 erstmals eine Hauptversammlung des RV-Nord stattfinden soll.

Abschließend bot Georg Meyermann noch eine tolle Stadtführung an, die rege angenommen wurde. Allen Verantwortlichen sagen wir aufrichtig Danke. Es war eine sehr schöne Zeit!

Patientenforum des Regionalverbands fand großen Zuspruch

Von Hans-Dieter Schaaf, Vorstandsmitglied im Regionalverband Berlin-Brandenburg

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“ Dieser zum geflügelten Wort gewordene Ausspruch von Erich Kästner war für den Vorstand des neu gegründeten Regionalverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Berlin-Brandenburg Anleitung zum Handeln. Unter dem Motto „Gemeinsam stark: Austausch, Information und neue Perspektiven“ organisierte er zusammen mit dem Charité Comprehensive Cancer Center ein Patientenforum,

zu dem das SURVIVORS HOME – ein innovativer Begegnungsort für Krebsbetroffene und deren Angehörige in Berlin – seine Räumlichkeiten zur Verfügung stellte.

Da die Veranstaltung schnell ausgebucht war, wurde Interessierten auch online die Möglichkeit geboten, das Forum zu verfolgen. Zu Beginn stellten die Vorstandsmitglieder Klaus Kronewitz, Helmut Bauhaus und Hans-Dieter Schaaf den Regionalverband vor, dessen Ziel es ist, die regionale Zusammenarbeit zu fördern, den Austausch zu intensivieren und die gemeinsamen Interessen im Rahmen des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe effektiv zu vertreten. Sie machten deutlich, wie wertvoll Selbsthilfe als Ort des Zuhörens, des Verstehens und der gegenseitigen Unterstützung und Ermutigung sein kann.

Im Anschluss gaben zwei ausgewiesene Experten der Berliner Charité interessante medizinische Einblicke. Prof. Dr. Maria De Santis, Sektionsleiterin der interdisziplinären Onkologie, sprach über neue Therapieformen beim metastasierten Pro-



(von links) Klaus Kronewitz, Dieter Schaaf, Prof. Dr. Maria De Santis, Prof. Dr. Daniel Zips, Helmut Bauhaus, © C. Große

statakarzinom und informierte, welche Chancen moderne Behandlungsmöglichkeiten heute bieten. Prof. Dr. Daniel Zips, Direktor der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, widmete sich dem Thema späte Nebenwirkungen nach Therapie und erklärte, welche Unterschiede zwischen Bestrahlung und Prostatektomie bestehen. Nach einer kurzen Pause kamen beide Wissenschaftler auf einer Podiumsdiskussion mit den Teilnehmenden ins Gespräch und beantworteten viele Fragen.

Das Patientenforum war mehr als nur eine Informationsveranstaltung. Es war ein Ort der Begeg-

nung, an dem Medizin auf Lebensrealität traf und an dem spürbar wurde, wie wichtig die Gemeinschaft Gleichgesinnter sein kann. Das Fachwissen, der Austausch und das Miteinander machten diesen Abend zu einem bleibenden Erlebnis. Und so konnte der Vorsitzende des Regionalverbands, Klaus Kronewitz, als Resümee feststellen: „Dieser erste Auftritt unseres neuen Regionalverbands in der Öffentlichkeit wird uns inspirieren, die Interessen von Männern mit Prostatakrebs noch effektiver zu vertreten und uns für die Verbesserung von Vorsorge, Früherkennung, Therapie, Rehabilitation und sozialer Sicherung einzusetzen.“

Treffen RV Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland

Von Harald Jürgens, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Kaiserslautern und Umgebung

Vom 26. bis 28. Juni trafen sich Vorstand und Beisitzer des Regionalverbands Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland zur Klausurtagung in Pforzheim.



Gute Stimmung beim RV-Treffen, © H. Jürgens

20-jähriges Jubiläum der SHG Dithmarschen-Heide

Von Hans-Jürgen Thater, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Dithmarschen-Heide

Am 19. April 2025 feierte die SHG Dithmarschen-Heide ihr 20-jähriges Bestehen. Aus diesem Anlass kamen Mitglieder und ihre Partnerinnen zu einem geselligen Beisammensein im Restaurant „Zum Wasserturm“ in Heide zusammen.

Hans-Jürgen Thater begrüßte die Gäste herzlich und ließ in einem kurzen Rückblick die vergangenen zwei Jahrzehnte Revue passieren. Dabei sprach er seinen besonderen Dank an die früheren Gruppenleiter Detlef Burmeister und Karl-Heinz Meves aus, die die Gruppe in der Vergan-

genheit mit großem Engagement begleitet und geprägt haben.

Die ursprünglich geplante Stadtführung musste wegen schlechter Witterung leider entfallen. Dies tat der Stimmung aber keinen Abbruch, im Gegenteil: In gemütlicher Atmosphäre entwickelten sich interessante Gespräche und gemeinsame Erinnerungen wurden ausgetauscht. Das Jubiläum bot allen Anwesenden eine schöne Gelegenheit, innezuhalten, zurückzublicken und zugleich den Zusammenhalt in der Gruppe zu stärken.

20 Jahre SHG DELFIN Landkreis Emmendingen

Von Herbert Huber, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs „DELFIN“, Kreis Emmendingen

Beginnend mit einer Jubiläumsfahrt nach Tübingen im Mai 2025 feierten die Mitglieder der SHG DELFIN dann am 10. Oktober 2025, ihrem Gründungstag, ihr 20-jähriges Bestehen in gemütlicher Runde mit Partnerinnen.



Festliche Runde am Gründungstag, © H. Huber

15-jähriges Jubiläum der SHG Lingen-Ems

Von Klaus Schindler, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Lingen/Ems

Am 20. August 2025 feierte die SHG Lingen-Ems im Bonifatius-Hospital ihr 15-jähriges Bestehen – musikalisch begleitet vom Harmonika-Chor Lingen-Ems.

Das Bonifatius-Hospital unterstützt als Kooperationspartner die Gruppe seit langem, ebenso wie Prof. Dr. Olaf Anselm Brinkmann, Chefarzt der Urologischen Abteilung, aktiv in vielfältigen medizinischen Prozessen – eine enge, vertrauensvolle und von beiden Seiten sehr geschätzte Zusammenarbeit.



Alle Ehrengäste betonten die zentrale Bedeutung der Selbsthilfearbeit, die der langjährige SHG-Leiter Klaus Schindler maßgeblich prägte und gesundheitspolitische Schwerpunkte in der Region setzte. Helmut A. Kurtz von der SHG Heidekreis referierte als Patientenbotschafter zum Thema „Interaktion zwischen Arzt und Patient“ und beleuchtete die Möglichkeiten der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten.

Da er aus Altersgründen den Vorsitz am Ende des Jahres aufgeben wird, hat Klaus Schindler für die Zukunft der Selbsthilfegruppe bereits Vorkehrungen getroffen und seinen Nachfolger Johannes Schlesinger-Hesse bei der Veranstaltung schon einmal vorgestellt. Die gesamte Veranstaltung war sehr gelungen und präsentierte die Selbsthilfe in einer vorbildlichen Art und Weise.

(von links) Landrat Klaus Prekel, Prof. Dr. Olaf Anselm Brinkmann, Klaus Schindler, Werner Hartke (2. Bürgermeister Lingen), Dr. Florian Klukkert (Urologe), © K. Schindler

SHG Iserlohn bei wissenschaftlicher Diskussion zu „Sexologie“

Von Jan R. Kostorz, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Iserlohn

Eine Studentin des Studiengangs „Sexologie“ bat die SHG Iserlohn zur Mithilfe an ihrer Masterarbeit zum Thema „Welche Unterstützung wünschen sich Männer mit Prostatakrebs für eine gelingende eigene Sexualität“. Unter Moderation der Studentin erörterten sechs Mitglieder der Gruppe, welche Hilfen sich Betroffene in den gesamten Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsphasen wünschen und von wem sie diese erwarten, um ihre Sexualität befriedigend zu gestalten.

Die Ergebnisse wurden durch eine streng wissenschaftliche Diskussion mit definierten Regeln ermittelt. Dabei wurden die Aussagen der Teilnehmer sowohl akustisch aufgezeichnet als auch die dazugehörigen Gesten der Diskutierenden

registriert. Hierbei war ausdrücklich das aktuelle Sexualerleben der Diskussionsteilnehmer von Bedeutung – ergebnisoffen, ohne Bewertung und streng anonymisiert. Die Ergebnisse werden am Lehrstuhl bewertet und ggf. veröffentlicht.

Die Gruppe erhofft sich eine bessere Hilfestellung bei Problemen mit der Sexualität – insbesondere mit der häufig auftretenden erektilen Dysfunktion und der damit verbundenen psychischen Belastung.

Die Gruppe ist prinzipiell offen für Hilfestellungen zu Projekten dieser Art und nimmt diese Diskussion als wichtige Erfahrung mit. Vielleicht können sich ja auch andere Gruppe so ein Projekt vorstellen ...

Aktivitäten der SHG Minden

Von Uwe Koschel, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Minden

Alle drei Wochen stellen mein Stellvertreter Reinhard Franke und ich im Wechsel mittwochs unsere SHG in der Reha-Klinik Bad Oexen vor. Hierzu werden alle Patienten mit Prostatakrebs, die an diesem Termin in der Klinik sind, von der Klinik eingeladen – Raum und Erfrischungsgetränke stellt die Klinik. In der Regel kommen zwischen 30 und 40 % der Patienten zu dieser einstündigen Vorstellung.



Uwe Koschel stellt die Selbsthilfegruppe Minden vor

Diese Aktion läuft nun seit September 2024 zur Zufriedenheit der Klinik, die positive Rückmeldungen erhält, und unserer, die einen Zuwachs in der Gruppe feststellen kann. Angesichts der guten Zusammenarbeit stellt uns die Klinik auch Fachpersonal für Fachvorträge, beispielsweise zum Thema „Alltagsbezogenes Kontinenztraining“.



Die SHG Minden bei einem Fachvortrag, beide Fotos: © U. Koschel

SHG Viersen bei Informationstag

Von Paul-Otto Bungardt, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Viersen

In Kooperation mit dem Paritätischen Kreis Viersen, der BIS Brüggen und der GKV (Neuss) fand am 26. Juli 2025 ein Informationstag der Selbsthilfegruppen zum Thema „Bürgerliches Engagement“ statt. Neben vielen Selbsthilfegruppen aus

dem Kreis Viersen waren auch wir als SHG Viersen beteiligt. Wir führten viele intensive Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen und stellten in einer öffentlichen Talkrunde unsere Arbeit und die des Landes- und Bundesverbands vor.

Aktivitäten der SHG Landkreis Heidekreis

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

SHG bei Selbsthilfetag in Soltau

Am 9. August 2025 hat die SHG Landkreis Heidekreis einen Informationsstand in der Soltauer Marktstraße platziert.



(von links) Wolfgang Tödter, Marion Tödter-Kurtz, Helmut A. Kurtz, © H. A. Kurtz

„Selbsthilfe braucht Sichtbarkeit“

Niedersächsische Krebs-Selbsthilfegruppen-Leitungen kamen am 27. September 2025 zusammen, um sich im Rahmen der Tagung „Krebs-Selbsthilfe im digitalen Wandel: „Social Media

und KI als Chancen“ mit den Möglichkeiten und Herausforderungen digitaler Kommunikation in der Selbsthilfe auseinanderzusetzen – organisiert u. a. von der Niedersächsischen Krebsgesellschaft in Kooperation mit der SHG Heidekreis.



(von links) Alice Petrik (Gleichstellungsbeauftragte Stadt Soltau), Klaus Grimkowski-Seiler (Vertreter des Bürgermeisters Soltau), Svenja Schophaus (Geschäftsstellenleiterin der Niedersächsischen Krebsgesellschaft) und Helmut A. Kurtz (SHG Heidekreis), © Niedersächsische Krebsgesellschaft

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe?

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

SHG Borken auf Radtour

Von Franz-Josef Ebbing, Leiter der Prostatakrebs SHG Borken und Umgebung

Wie schon in den vergangenen Jahren unternahm die Selbsthilfegruppe auch in diesem Jahr eine ge-

meinsame Radtour. Bevor es in diesem Jahr zum Benediktushof in Maria Veen – eine Einrichtung, in der sich körper- und mehrfachbehinderte Menschen schulisch, beruflich und sozial rehabilitieren können – ging, gab es zur Stärkung Kaffee, Kuchen und belegte Brote.



... ein rundum schöner und informativer Nachmittag, © F.-J. Ebbing

SHG Deggendorf in der Welt des Überschalls

Von Marianne Bauer und Kurt Imhof, Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Deggendorf

Die SHG Deggendorf unternimmt alljährlich im August eine Exkursion in die nähere Umgebung – in diesem Jahr besuchte sie das Gerhard-Neumann-Museum in Niederalteich, dankenswerterweise organisiert von der Familie Bauer. Für die 15 Teilnehmer wurde es spannend, interessant und kurzweilig. Mit einem Quäntchen Humor erzählte der Leiter und Besitzer des Museums, Josef Voggenreiter, die Entstehungsgeschichte des Museums, bevor die Gruppe im Gotthard-Café Hengersberg den ereignisreichen Tag gemütlich ausklingen ließ.



Die SHG Deggendorf war begeistert von Josef Voggenreiters (Bildmitte) spannenden Erklärungen, © M. Bauer

SHG Gladbeck bei DaVinci-Vorstellung

Von Hans-Peter Kock, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Gladbeck

Am 3. September 2025 war die SHG Gladbeck im St. Barbara-Hospital Gladbeck zu Gast. Dr. Mir-

ko Maek, Oberarzt der Urologie, erklärte dabei im Operationssaal den DaVinci-Roboter und ließ

auch uns an der Konsole Platz nehmen und mit dem Roboter üben. Dabei stellten wir fest, dass es gar nicht so einfach ist, präzise Arbeitsabläufe durchzuführen. Nach zwei Stunden waren wir uns einig: Ärzte müssen nicht nur medizinisch gut ausgebildet sein, sondern auch im gerätetechnischen Bereich sehr geschickt sein.

Besuch im OP, © H.-P. Kock



SHG Mönchengladbach bei „Meet the Expert“

Von Paul Prus, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfe Mönchengladbach

Unter dem Motto „Meet the Expert“ fand am 22. August 2025 eine Veranstaltung der Maria-Hilf-Kliniken Mönchengladbach statt, bei der Erkrankte und Interessierte im direkten Kontakt mit den entsprechenden Experten treten konnten – frei nach dem Motto „Was Patienten von Onkologen wissen wollen“. Diese Veranstaltung soll künftig jährlich stattfinden, beim Auftakt waren die kleinen Stehtische gut besuchte „Gesprächs-Inseln“, um im vertraulichen Vier-Augen-Gespräch Fragen zu klären oder Bedenken auszuräumen. Zum Gespräch standen die Chefarzte aus den Fachrichtungen Onkologie/Strahlen- und Nuklearmedizin und der Urologie bereit. Die SHG Mönchengladbach war mit einem Infostand vertreten und stand für Fragen zur Selbsthilfe zur Verfügung.



(von links) Helmut Hönig, Engelbert Flöckl, Prof. Herbert Sperling (Chefarzt der Urologie), Paul Prus, Prof. Ursula Nestle (Strahlenabteilung) und Wolfgang Küppers, © P. Prus

Jubiläumsfeier 10+3 der PSHG Uniklinik Frankfurt

Von Wolfgang RÜth, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Unsere PSH-Gruppe hat sich 2012 gegründet. Weil unser Jubiläumsjahr noch unter Pandemieauflagen litt und eine unbesorgte Feier kaum möglich war, haben wir diese im September 2025

in Zusammenarbeit mit dem UCT Frankfurt nachgeholt.

Hierfür konnten wir Dr. Clara Humke, Oberärztin, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Frankfurt

mit dem Vortrag „Die Diagnose Prostatakrebs – ein gemeinsamer Weg für Patienten und Familie“ und PD Dr. Christina Sauer, Leitung Psychoonkologie, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsmedizin Frankfurt mit dem Vortrag „Krebs als „Wir-Erkrankung“: Was Angehörige (für sich) tun können“ als Vortragende gewinnen. Die Moderation übernahm SHG-Leiter Wolfgang Rüth, der den Vortragenden als Dank eine Orchidee als Sinnbild für das blühende Leben überreichte. Abschließend gab es einen sehr intensiven Austausch zu den Vorträgen. Unser Dank geht auch an Felicitas Cremer, Teamleitung Öffentlichkeitsarbeit im UCT, Universitätsmedizin Frankfurt für die Unterstützung bei der Organisation der Veranstaltung.



(von links) Wolfgang Rüth, Gerhard Steinert, Dr. Clara Humke, Zahir Khan, Dr. Christina Sauer, © UCT Frankfurt, F. Cremer

SHG Magdeburg rudert gegen den Krebs

Von Olaf Schlichting, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Magdeburg

Wieder einmal hieß es am 31. August 2025 in Magdeburg: „Rudern gegen Krebs“. Die Stiftung Leben mit Krebs hat gemeinsam mit Magdeburger Rudervereinen und dem Tumorzentrum an der Universitätsmedizin Magdeburg Ruderbegeisterte, Unterstützerinnen und Unterstützer sowie Zuschauerinnen und Zuschauer an die Elbe rund um den Mückenwirt eingeladen. Auch die SHG Magdeburg war unter dem offiziellen Mannschaftsname „Machdeburjer Elbkrebse“ wieder mit einem Ruderboot am Start und hat den 2. Platz belegt. Bereits sechs Mal waren die „Machdeburjer Elbkrebse“ schon dabei. Der Älteste im Boot hat in diesem Jahr sein letztes Rennen bestritten – mit 80 Jahren!



Das Ruderboot der „Machdeburjer Elbkrebse“, © O. Schlichting

Interesse an der Arbeit der Patientenbeteiligung? Mach mit!

Der Arbeitskreis „Patientenbeteiligung“ möchte auf sich und seine Arbeit aufmerksam machen. Damit interessierte Kollegen wissen, was auf sie zukommt und welche grundsätzlichen Funktionen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erfüllt, hat der BPS ein Video erstellt, bei dem aktive BPS-Mitglieder, die seit einigen Jahren im G-BA mitwirken, ihre persönlich Motivation und die grundsätzlichen Funktionen des G-BA darlegen. Das Video finden Sie unter <https://prostatakrebs-bps.de/videos/>.

Jahresfahrt der SHG Kassel nach Bad Berka

Von Werner Dunkel, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Kassel

Die diesjährige Fahrt der SHG Kassel ging am 24. September 2025 in die Radiologie der Zentralklinik Bad Berka. Nach einer mehr als zweistündigen Fahrt begrüßte Sabine Seiffert, die Sekretärin der Radiologie, die neun SHG-Mitglieder, bevor in einem Rundgang die Radiologische Klinik vorgestellt und anschließend in der Mitarbeiterkantine ein Mittagessen erfolgte. Anschließend gab es von Chefarzt Dr. Franz Christoph Robiller und Oberärztin Dr. Josephin Meister Vorträge über Voraussetzungen und Wirkung der Radioligan-

tentherapie. Nach einer kleinen Kaffeepause ging es um 16.30 Uhr wieder zurück nach Kassel.



Die SHG Kassel auf Jahresfahrt, © W. Dunkel

SHG Kaiserslautern auf 1. Selbsthilfegruppentag in Homburg

Von Harald Jürgens, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Kaiserslautern und Umgebung

Am 24. September 2025 fand der erste Selbsthilfegruppentag 2025 des Universitätsmedizinischen Zentrums für Tumorerkrankungen des Saarlands (UTS) in Homburg statt. Zu einem Fachvortrag von PD Dr. Linxweiler, Klinik für Urologie, zum Thema „Therapieoptionen beim organbegrenzten Prostatakarzinom“ und an Infoständen kamen Betroffene, Angehörige, Fachleute und Unterstützende zusammen.



(von links) Horst Wentzel und Harald Jürgens, © H. Jürgens

Auftritt beim Qualitätszirkel – Anregung zum Nachmachen

Von Werner Seelig, SHG Hochfranken-Fichtelgebirge

Mir war klar, länger zu warten, ging nicht mehr. Im Jahr 2009 gründeten mehr als zwanzig Männer die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs. Heute,

sechzehn Jahre später, ist der Zahl derer, die an den Gruppentreffen teilnehmen, deutlich geringer. Das Durchschnittsalter liegt inzwischen bei

über 80 Jahren, Immobilität schränkt viele Männer zusätzlich ein.

Mögen die Ursachen auch vielfältig sein, sie zwangen mich zum Handeln. Also nahm ich Kontakt zum Chefarzt der Urologie und Kinderurologie des Klinikums Hochfranken-Fichtelgebirge in Marktredwitz auf und schilderte ihm die Situation. Dr. Kugler lud mich zum Qualitätszirkel des Klinikums für Ende September ein. Sein Argument, dort würde ich einen großen Kreis ansprechen können, überzeugte mich.

Also erschien ich dort am 23. September 2025, „bewaffnet“ mit Flyern meiner SHG und denen des Selbsthilfebunds Blasenkrebs. Nachdem die aku-

ten Fälle im Tumorboard besprochen waren, bekam ich Gelegenheit, mein Anliegen vorzutragen.

Ich sprach über das Zustandekommen unseres „Gemeinsamen Positionspapiers von BvDU, ShB und BPS“ und bat die anwesenden Ärzte, keine Patientin und keinen Patienten mit der Diagnose Krebs nach Hause zu schicken, ohne einen Hinweis auf die Selbsthilfe gegeben zu haben. Ich betonte, dass dies aktiv erfolgen soll und bat, sich an den von mir mitgebrachten Flyern zu bedienen. Außerdem bot ich an, für Einzelgespräche mit Prostatakrebspatienten zur Verfügung zu stehen. Ein Versuch war es wert. Ob mein Appell nachhallt, wird die Zukunft zeigen.

Aktivitäten der SHG Nürtingen

Von Jörg Mangold, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Nürtingen-Kirchheim

Bereits im Juli hat die SHG Nürtingen-Kirchheim den Turm in Rottweil und das Uhrenmuseum der Firma Junghans besucht. Für den November ist ein Treffen mit MdB Nils Schmid in Berlin geplant.

Bisheriger Höhepunkt ist aber die sehr erfolgreiche Infoveranstaltung am 24. September: Über 100 Männer kamen zur Infoveranstaltung zum Thema „Männergesundheit – Prostata“ in den Festsaal der medius Klinik. Neben Fachvorträgen von Prof. Dr. Serdar Deger, Chefarzt der Klinik für Urologie der medius Klinik sowie Dr. Fabian Adams, Facharzt für Urologie, und einer intensiven Diskussionsrunde stellten sich die organisierenden Vereine, die SHG Nürtingen-Kirchheim, die Kirchheimer Vereine buefet und Bürgertreff sowie die medius Klinik, an Infoständen vor.

Jörg Mangold vor dem Infostand der SHG Nürtingen-Kirchheim, © J. Mangold



Zweitmeinung für Krebspatienten

Wenn Patienten eine schwerwiegende Diagnose erfahren (z. B. Krebs) und wenn sie komplexe medizinische Eingriffe erwarten (z. B. Operationen, Chemotherapie), dann haben sie das Recht, sich eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einzuholen. Viele Krankenkassen tragen diese Kosten. Informationen hierzu finden sich im BPS-Magazin 2/2025 auf den Seiten 14 bis 16 sowie im Artikel des Netzwerks evidenzbasierte Medizin unter <http://b-p-s.link/34t>.

SHG Bocholt-Rhede auf Patiententag

Von Günter May, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bocholt

Am Samstag, den 30. August 2025 fand im Zentrum von Bocholt die 9. Seniorenmesse statt. Unser Präsentationsstand fand diesmal sehr guten Anklang: Viele Besucher kamen und hatten Fragen zur Früherkennung. Aber auch einige Männer, die nach der Operation Probleme verschiedenster Art hatten, baten offen um Rat. Möglicherweise zeigen sich hier erste Erfolge unserer steigenden Präsenz in der Öffentlichkeit, schließlich war das schon unser vierter Auftritt in der Öffentlichkeit.

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



SHG Fürstenwalde besucht Klinikum Frankfurt/Oder

Von Hans-Jörg Schatz, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Fürstenwalde

Auf Einladung von Chefarzt Dr. Sören Promnitz, Leiter der Urologischen Klinik, besuchte unsere SHG im Oktober 2025 das Klinikum Frankfurt/Oder.

Im Vorfeld konnten wir Themen mitteilen, die uns besonders interessierten. So gab Dr. Promnitz wunschgemäß einen Überblick des aktuellen bzw. künftigen Einsatzes von Künstlicher Intelligenz in



Gemeinschaftsfoto mit Dr. Promnitz (links) und Dr. Schlenger (4. von links), © V. Bock, Klinikum Frankfurt/O.

Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms. Dabei stellte er die flächendeckende Einführung der robotergestützten Operation beim Prostatakrebs der Nutzung von KI-Modellen gegenüber und erwartet dank Zunahme der Rechenleistungen eine wesentlich schnellere Entwicklung und Anwendung entsprechender Werkzeuge.

Im zweiten Vortrag ging Strahlentherapeut Dr. Lorenz Schlenger wunschgemäß auf mögliche Nebenwirkungen der Primär- und Sekundärbestrahlung bei Prostatakrebs ein, besprach ausführlich die technischen und medizinischen Anstrengungen der letzten Jahre, diese Nebenwirkungen zu minimieren, und gab Behandlungsempfehlungen.

Insgesamt eine äußerst gelungene Veranstaltung, die anfallenden Fahrtkosten konnten im Rahmen der Krankenkassenförderung beglichen werden.

Aktivitäten der SHG Celle

Von Reiner Luck, Mitglied der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Celle

22. Selbsthilfetag Celle

Mit unserem „Einsatz“ am Pavillon beim 22. Celler Selbsthilfetag konnten wir viele Besucher ansprechen. Das Interesse an Informationen zu diesem Thema ist schon da; man konnte teilweise aber auch spüren, wieviel Unbehagen dieses Thema immer noch hervorbringt. Deshalb gilt weiterhin unser Motto: ... darüber reden, Rat und Hilfe.



Das „Einsatzteam“ beim Selbsthilfetag Celle (von links) Horst Arendt, Jörg Krug, Jürgen Sadogierski und Reiner Luck

Grillnachmittag für Mitglieder

Die SHG hat im August Gruppenmitglieder und Partnerinnen zu Steak und Wurst vom Grill, Getränk und Unterhaltung ins Gemeindehaus der Petruskirche in Oldenau-Ovelgönne eingeladen. Viele sind der Einladung gefolgt und SHG-Leiter Jürgen Sadogierski hatte reichlich eingekauft. Dabei wurde auch der neue Pavillon aufgebaut, der bei den nächsten Außenveranstaltungen sicher öfter zu sehen sein. Für das nächste Treffen ist bereits ein gemeinsames Frühstück geplant.



Ein gelungener Grillnachmittag, beide Fotos: © R. Luck

SHG Mariendorf (Berlin) mit Vortrag zur Ernährung

Von Wolfgang Slania, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Mariendorf (Berlin)

Kerstin Flöttmann, Ökotrophologin und Heilpraktikerin, referierte im Oktober 2025 zum Thema „Ernährung bei Krebserkrankungen“. Im Fokus stand die Frage, inwiefern eine gesunde Ernährung einen therapeutischen Effekt erzielen kann und welche Kriterien hierbei zu beachten sind. Dabei zeigte sich, dass neben den Lebensmittelinhaltsstoffen, die Herkunft, die Qualität und die Zubereitung eine entscheidende Rolle spielen können. Frau Flöttmann betonte, dass auf die individuelle Bekömmlichkeit zu achten ist und dass Genuss, Geschmack und die Freude am Essen von entscheidender Bedeutung sind. Die Teilnehmer stellten zahlreiche Fragen, so dass es zu einem angeregten Austausch kam.



© W. Slania

... der „BPS-Ideenkorb“ für SHGs wird fortgesetzt!

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

... fast schon traditionell wird der BPS-Ideenkorb auch in dieser Ausgabe geöffnet. Für jene, die den Ideenkorb noch nicht kennen: BPS-Selbsthilfegruppen können in der Anlage zum Förderantrag freiwillig über besondere Gruppenaktivitäten des Vorjahres berichten. Ausgewählte Aktivitäten einzelner Gruppen werden dann an dieser Stelle



veröffentlicht und können anderen Selbsthilfegruppen als Anregung dienen. Bitte wenden Sie sich an die jeweils genannte SHG, wenn ein Thema auch für Ihre Gruppe interessant ist und Sie zusätzliche Informationen benötigen. Die Kontaktdaten finden Sie auf der „Gruppensuche“ der BPS-Homepage. Herzlichen Dank an die Ideengeber!

BPS-Ideenkorb:

- Vortrag: „Sicherheit mit dem E-Bike im Straßenverkehr“ (SHG Borken)
- Vortrag: „Geistige Leistungsfähigkeit im Alter“ (SHG Lippe)
- Vortrag: „Ein Tag aus der Praxis einer Urologin“ (SHG Braunschweig)

Wir trauern um

Jens Bretz
Günter Pelkmann
Günther Müller

Manfred Seigis
Friedhelm Wirges
Peter Robertz

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

winyu – stock.adobe.com

BPS-Seminarprogramm 2026

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

Patiententag am 24. April 2026 – Save the Date

Am 24. April 2026 findet im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) im Messe- und Congress-Centrum Münster der Patiententag statt.

Der Eintritt ist für SHG-Mitglieder frei, das Anmeldeportal zur Tagung wird Anfang Januar 2026 geöffnet. Weitere Informationen folgen in den kommenden Infobriefen. Vielleicht kann man ja ein SHG-Treffen ausfallen lassen und dafür gemeinsam nach Münster reisen?

Literaturhinweis: Prostatakrebs – eine Frage der Sicht

Die Autoren Thomas Hürlimann und Katja Oskamp sind ein Paar und beschreiben das Thema „Prostatakrebs“ aus verschiedenen Perspektiven:



Thomas Hürlimann : Abendspaziergang mit dem Kater, erschienen 2020, Verlag: S. FISCHER, ISBN: 978-3-10-397040-1, 304 Seiten

Katja Oskamp: Die vorletzte Frau, erschienen 2024, Verlag park x ullstein, ISBN: 9783988160201, 208 Seiten



Das BPS-Magazin als ePaper

Sie lesen das BPS-Magazin lieber auf Tablet, Laptop, Handy oder PC?

Sie wollen keine Ausgabe verpassen?

Dann nutzen Sie diesen [Link](#) und erhalten das Magazin immer „druckfrisch“ als ePaper – automatisch und kostenfrei



Алексей Юза – stock.adobe.com



Wir sagen „Danke“ für Ihr Interesse an unserem BPS-Magazin und freuen uns, wenn Sie auch 2026 Wissenswertes rund um die Prostatakrebs-Selbsthilfe auf unseren Seiten finden.



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

Ein Bestellformular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter <https://prostatakrebs-bps.de/infomaterial/>.

Informationsmaterial Heft 3-2025

Früherkennung

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

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I (wird derzeit aktualisiert)

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II (wird derzeit aktualisiert)
- Patienteninformation: Rezidive bei Prostatakrebs – Möglichkeiten und Grenzen einer Zweitbehandlung

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“
- Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- Patientenleitlinie „Supportive Therapie“
- Rehabilitation bei Prostatakrebs – Information für Patienten
- Blauer Ratgeber: Sozialleistungen bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Hilfen für Angehörige
- Blauer Ratgeber: Ernährung bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Bewegung und Sport bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Schmerzen bei Krebs
- Blauer Ratgeber: Fatigue
- Blauer Ratgeber: Strahlentherapie
- Blauer Ratgeber: Palliativmedizin
- Prostatakrebs – Beratungshotline:
 - Postkarten
 - Visitenkarten



25
BPS

**Wir informieren und
helfen Betroffenen
und ihren Nächsten
– seit nun 25 Jahren**

**Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.
Tel. 0228-33889-500,
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.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.