

KONSULTATIONSFASSUNG

Patientenleitlinie Prostatakrebs 2

Gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs

Stand September 2026

Wichtiger Hinweis:

Bei der Konsultationsfassung handelt es sich **nicht** um die endgültige von den beteiligten Personen und Organisationen autorisierte Fassung der Leitlinie. Die Konsultation dient allein der Kommentierung durch die (Fach-)Öffentlichkeit. **Eine Verbreitung der Inhalte der Konsultationsfassung durch Dritte z.B. im Rahmen von Fortbildungs- oder Marketingmaßnahmen ist ausdrücklich nicht gestattet.**

B

Bitte senden Sie Kommentare, Hinweise und Verbesserungsvorschläge zu dieser Patientenleitlinie unter Verwendung des **Kommentierungsbogens** bis zum 16.10.2026 an: prostatakarzinom@leitlinienprogramm-onkologie.de

Inhaltsverzeichnis

Impressum	6
1 Was diese Patientenleitlinie bietet	8
1.1 Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können	9
1.2 Soll-, Sollte-, Kann-Empfehlungen – was heißt das?.....	10
1.3 Unterstützungs- und Informationsbedarf	11
2 Auf einen Blick – gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs	14
2.1 Was ist Prostatakrebs?	14
2.2 Wie häufig ist Prostatakrebs?	14
2.3 Wie wird gestreuter bzw. wiedergekehrter Prostatakrebs festgestellt?.....	14
2.4 Wie wird wiedergekehrter Prostatakrebs behandelt?	14
2.5 Wie wird gestreuter Prostatakrebs behandelt?	15
2.6 Mit welchen Nebenwirkungen müssen Sie rechnen?.....	15
3 Die Prostata.....	17
4 Prostatakrebs – was ist das?.....	18
4.1 Was ist Krebs überhaupt?	18
4.2 Was ist Prostatakrebs und warum entsteht er?	18
4.3 Wie häufig ist Prostatakrebs?	18
4.4 Was begünstigt das Entstehen von Prostatakrebs?.....	19
5 Wie wird geprüft, ob sich der Prostatakrebs ausgebreitet hat oder zurückgekehrt ist?	20
5.1 Nachfragen und verstehen.....	20
5.2 Die ärztliche Befragung (Anamnese) und Aufklärung.....	21
5.3 Welche Untersuchungsmethoden stehen zur Verfügung?.....	22
5.4 Wie wird gestreuter Prostatakrebs festgestellt?	25
5.5 Wie wird wiedergekehrter Prostatakrebs festgestellt?	26
5.6 Was sagen Tumormarker aus?	27
6 Wie wird Prostatakrebs genau beurteilt und eingestuft?.....	28

6.1	Untersuchung im Labor	28
6.2	Die TNM-Klassifikation – Wie weit hat sich der Tumor ausgebreitet?	29
6.3	Stadieneinteilung – von lokal bis fortgeschritten	31
6.4	Eigenschaften der Tumorzellen – Gleason-Score und ISUP-Einstufung	31
6.5	Abschätzen des Krankheitsverlaufs.....	32
6.6	Wie wird Prostatakrebs nach Hormonabhängigkeit und Ausbreitung eingeteilt?	33
7	Die Behandlung planen.....	37
7.1	Aufklärung und Information	37
7.2	Die Behandlung wählen – eine gemeinsame Entscheidung	39
7.3	Ein Wort zu klinischen Studien.....	43
8	Wie wird ein PSA-Rezidiv behandelt?.....	46
8.1	Wegweiser durch die Behandlung – das PSA-Rezidiv (wiedergekehrter Prostatakrebs)	47
8.2	Abwartendes Verhalten bei günstigen Krankheitsmerkmalen.....	49
8.3	Wann spricht man von einem biochemischen Rezidiv mit hohem Risiko?	50
8.4	Salvage-Strahlentherapie bei einem Rezidiv nach einer vorausgegangenen Prostatektomie....	50
8.5	Operation eines Rezidivs (Salvage-Prostatektomie)	55
8.6	Hochintensiver Fokussierter Ultraschall (HIFU) bei einem PSA-Rezidiv	59
8.7	Behandlung bei anhaltend erhöhtem PSA-Wert	60
8.8	Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter?	60
9	Wie wird gestreuter Prostatakrebs behandelt?	63
9.1	Welche Medikamente stehen generell zur Behandlung des gestreuten Prostatakrebses zur Verfügung?	63
9.2	Gestreuter, hormonabhängig wachsender Prostatakrebs	73
9.3	Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs.....	80
9.4	Prostatakrebs und Metastasen lokal behandeln.....	95
10	Knochenmetastasen	96
11	Unterstützende Behandlung (Supportive Therapie)	97
11.1	Nebenwirkungsmanagement nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie).....	98

11.2	Nebenwirkungsmanagement bei Strahlentherapie	99
11.3	Nebenwirkungsmanagement bei der begleitenden Hormonentzugstherapie	101
11.4	Nebenwirkungsmanagement unter Abirateron und Androgenrezeptorblockern	103
11.5	Nebenwirkungsmanagement bei Chemotherapie.....	104
11.6	Nebenwirkungsmanagement bei PARP-Inhibitoren.....	104
11.7	Unerwünschte Wirkungen der Radioligandentherapie	105
12	Komplementärmedizinische Behandlung.....	107
13	Rehabilitation – der Weg zurück in den Alltag	108
13.1	Was ist Rehabilitation?.....	108
13.2	Wie beantrage ich eine Rehabilitation?	109
13.3	Was passiert bei der Rehabilitation?	110
13.4	Soziale Rehabilitation: Zurück in den Beruf?	112
13.5	Bewegungstraining und Physiotherapie.....	112
13.6	Unterstützung bei seelischen Belastungen	112
14	Behandlung und Unterstützung, wenn eine Heilung nicht möglich ist ..	114
15	Beratung suchen – Hilfe annehmen	115
15.1	Psychoonkologie – psychosoziale Unterstützung.....	115
15.2	Sozialrechtliche Unterstützung	116
15.3	Selbsthilfe	120
16	Leben mit Prostatakrebs – den Alltag bewältigen.....	121
16.1	Warum ich?	121
16.2	Geduld mit sich selbst haben.....	121
16.3	Mit Stimmungsschwankungen umgehen	121
16.4	Bewusst leben	122
16.5	In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen	122
16.6	Lebensstil anpassen	125
17	Hinweise für Angehörige und Freunde	127
18	Ihr gutes Recht.....	128

18.1	Recht auf Widerspruch.....	129
18.2	Ärztliche Zweitmeinung.....	130
18.3	Datenschutz für Patienten	130
18.4	Vorsorge treffen.....	131
19	Adressen und Anlaufstellen	134
19.1	Selbsthilfe	134
19.2	Psychosoziale Krebsberatungsstellen.....	135
19.3	Für Familien mit Kindern	139
19.4	Weitere Adressen	139
20	Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten	143
21	Wörterbuch	145
22	Verwendete Literatur	157
23	Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie.....	159

Impressum

Herausgeber

„Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und der Stiftung Deutsche Krebshilfe

Office des Leitlinienprogramms Onkologie

Kuno-Fischer-Straße 8,

14057 Berlin

Telefon: 030 322932929

E-Mail: leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

Internet: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Autorenngremium der 5. Auflage

- Prof. Dr. Dirk Böhmer, Berlin
- Ernst-Günther Carl, Bonn
- Udo Ehrmann, Bonn
- Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm, Jena
- Joachim Guderian, Bonn
- Prof. Dr. Stefan Höcht, Potsdam
- Dr. Katharina Leucht, Jena
- Prof. Dr. Heinz-Peter Schlemmer, Heidelberg
- Prof. Dr. Martin Schostak, Berlin
- Werner Seelig, Bonn
- Prof. Dr. Gunhild von Amsberg, Hamburg



Die an der Erstellung der Patientenleitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen sind ab Seite 157 aufgeführt.

Redaktion und Koordination

- Steffi Weiss, UroEvidence, Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V., Berlin
- Dr. Stefanie Schmidt, UroEvidence, Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V., Berlin

Layout und Grafik

Federmann und Kampczyk design gmbh, Wuppertal

Dr. Patrick Rebacz (Visionom)

Finanzierung der Patientenleitlinie

Die Patientenleitlinie wurde von der Stiftung Deutsche Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) finanziert.

Aktualität, Gültigkeitsdauer und Fortschreibung



Sofern nicht anders angegeben, basieren sämtliche Inhalte dieser Patientenleitlinie, einschließlich der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen (siehe ab Seite 157), auf der ärztlichen S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ (043-022OL) mit Stand August 2025 (Version 8.1).

Die Patientenleitlinie ist bis zu ihrer nächsten Aktualisierung gültig, maximal jedoch bis fünf Jahre nach ihrer Veröffentlichung. Das Autorenngremium evaluiert den Überarbeitungsbedarf der Patientenleitlinie nach der Aktualisierung der zugrundeliegenden ärztlichen S3-Leitlinie.

Stand September 2026

((Schmutztitel))



KONSULTATIONSFASSUNG

1 Was diese Patientenleitlinie bietet

Diese Patientenleitlinie richtet sich an Männer, bei denen der Prostatakrebs gestreut hat (metastasiert) oder erneut aufgetreten ist – sowie an diejenigen, bei denen ein entsprechender Verdacht besteht. Sie soll Ihnen helfen, die Erkrankung besser zu verstehen und gemeinsam mit Ihrem Behandlungsteam die passenden Behandlungsmöglichkeiten zu finden.

 Diese Broschüre kann das Gespräch mit Ihrem Arzt nicht ersetzen. Sie finden hier jedoch zusätzliche Informationen, Hinweise und Hilfsangebote, die Sie im Arztgespräch und im Alltag unterstützen können.

Lieber Leser,

bei Ihnen wurde möglicherweise ein gestreuter (metastasierter) oder zurückgekehrter (rezidivierter) Prostatakrebs festgestellt – oder es besteht ein entsprechender Verdacht. Eine solche Nachricht kann verständlicherweise verunsichern und bei vielen Betroffenen zunächst einen Schock auslösen. Mit dieser Patientenleitlinie möchten wir Ihnen verlässliche und gut verständliche Informationen bereitstellen. Sie sollen Ihnen helfen, Ihre Situation besser einzuordnen, einen Überblick über die Erkrankung und mögliche Behandlungsschritte zu erhalten. So können Sie gemeinsam mit Ihrem Behandlungsteam informierte Entscheidungen treffen, die zu Ihrer persönlichen Situation passen. Diese Broschüre befasst sich mit dem gestreuten oder wiedergekehrten Prostatakrebs. Das bedeutet, dass der Krebs über die Prostata hinausgewachsen ist und sich weitere Tumorherde (Metastasen) in Lymphknoten außerhalb des Beckens, Knochen oder anderen Organen gebildet haben oder dass der Krebs nach einer vorherigen Behandlung zurückgekehrt ist.

Lokal begrenzt	Lokal fortgeschritten		Wiedergekehrt (rezidiert)	Gestreut (metastasiert)
Auf die Prostata beschränkt (innerhalb der Kapsel).	Über die Prostata hinausgewachsen (außerhalb der Kapsel)		Der Krebs ist nach einer vorherigen Behandlung zurückgekehrt.	Der Krebs hat sich in die Lymphknoten außerhalb des Beckens, in andere Organe oder in die Knochen ausgebreitet.
	ohne Lymphknotenbefall	Krebszellen haben sich in die Beckenlymphknoten ausgebreitet (Lymphknotenpositiv)		

Lokal be- grenzt	Lokal fortgeschritten	Wiedergekehrt (rezidiert)	Gestreut (metastasiert)
Patientenleitlinie Prostatakrebs 1: lokal begrenzter und lokal fortgeschrittener Prostatakrebs sowie Prostatakrebs mit Befall der Beckenlymphknoten		Patientenleitlinie Prostatakrebs 2: zurückgekehrter und gestreuter Prostatakrebs	

Für Männer, deren Krebs auf die Prostata begrenzt ist und nicht gestreut hat, gibt es eine eigene Patientenleitlinie unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs.



Wenn Sie als Angehöriger eines erkrankten Menschen diese Patientenleitlinie lesen, finden Sie spezielle Hinweise ab Seite 127.

(i) Wir möchten Sie mit dieser Patientenleitlinie...

- über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Prostatakrebs informieren;
- über die empfohlenen Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten aufklären;
- darin unterstützen, im Gespräch mit allen an der Behandlung Beteiligten für Sie hilfreiche Fragen zu stellen. In einigen Kapiteln finden Sie Vorschläge für verschiedene Fragen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihrem Behandlungsteam sowie Ihren Angehörigen zu treffen;
- auf Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag aufmerksam machen;
- auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen.

1.1 Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ mit Stand August 2025 (Version 8.1). Diese Leitlinie enthält Handlungsempfehlungen für verschiedene Berufsgruppen, die an der Versorgung von Menschen mit Prostatakrebs beteiligt sind. Initiiert und koordiniert durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und gefördert durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie, haben mehrere medizinische Fachgesellschaften und Organisationen diese Leitlinie erstellt. Alle beteiligten Organisationen finden Sie ab Seite 157. Die Empfehlungen der S3-Leitlinie sind für Fachleute formuliert und daher nicht für jeden verständlich. In dieser Patientenleitlinie übersetzen wir die Handlungsempfehlungen in eine allgemeinverständliche Sprache. Die



wissenschaftlichen Quellen, auf denen die Aussagen dieser Patientenleitlinie beruhen, sind in der S3-Leitlinie aufgeführt und dort nachzulesen.

Die S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ finden Sie kostenlos im Internet unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

(i) Aktualität

In der Patientenleitlinie finden Sie alle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die in der aktuellen S3-Leitlinie (Stand August 2025, Version 8.1) genannt werden. Aber die Forschung geht weiter. Immer wieder werden neue Verfahren, beispielsweise auch Wirkstoffe, getestet. Wenn sie sich nach kritischer Bewertung aller vorhandenen Daten als wirksam erwiesen haben, nimmt das Expertenteam beispielsweise neue Untersuchungen oder Medikamente in die S3-Leitlinie auf. Dann wird auch diese Patientenleitlinie aktualisiert.

1.2 Soll-, Sollte-, Kann-Empfehlungen – was heißt das?

Die Empfehlungen einer S3-Leitlinie beruhen so weit wie möglich auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Manche dieser Erkenntnisse sind eindeutig und durch aussagekräftige Studien abgesichert. Andere wurden in Studien beobachtet, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern. Manchmal gibt es in unterschiedlichen Studien auch widersprüchliche Ergebnisse. Alle Daten werden einer kritischen Wertung durch die Expertengruppe unterzogen. Dabei geht es auch um die Frage: Wie bedeutsam ist ein Ergebnis aus Sicht der Betroffenen? Das Resultat dieser gemeinsamen Abwägung spiegelt sich in den Empfehlungen der Leitlinie wider. Je nach Datenlage und Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen. Das wird auch in der Sprache ausgedrückt:

- „**soll**“ (starke Empfehlung): Nutzen beziehungsweise Risiken sind eindeutig belegt und/oder sehr bedeutsam;
- „**sollte**“ (Empfehlung): Nutzen beziehungsweise Risiken sind belegt und/oder bedeutsam;
- „**kann**“ (offene Empfehlung): Nutzen beziehungsweise Risiken sind nicht eindeutig belegt oder der belegte Nutzen ist nicht sehr bedeutsam.

Manche Fragen sind für die Versorgung wichtig, wurden aber nicht in Studien untersucht. In solchen Fällen kann die Expertengruppe aufgrund ihrer eigenen Erfahrung gemeinsam ein bestimmtes Vorgehen empfehlen, das sich in der Praxis als hilfreich erwiesen hat. Das nennt man einen Expertenkonsens.

Bei der Umsetzung der ärztlichen Leitlinie in diese Patientenleitlinie haben wir diese Wortwahl beibehalten. Wenn Sie hier also lesen, Ihr Arzt *soll*, *sollte* oder *kann* so oder so vorgehen, dann geben wir damit genau den Empfehlungsgrad der Leitlinie wieder. Beruht die Empfehlung nicht auf Studiendaten, sondern auf Expertenmeinung, schreiben wir: „nach Meinung der Experten ...“.

(!) Was wir Ihnen empfehlen möchten

Bevor Sie sich in die Patientenleitlinie vertiefen, möchten wir Ihnen vorab einige Punkte ans Herz legen, die uns besonders wichtig sind:

- Diese Patientenleitlinie ist kein Buch, das Sie von vorn bis hinten durchlesen müssen. Sie können einzelne Kapitel auch überspringen und später lesen. Jedes Kapitel steht, so gut es geht, für sich.
- Fragen Sie nach: Auch wenn wir uns vorgenommen haben, verständlich zu schreiben, sind die Informationen umfangreich und oft kompliziert. Wenn etwas unklar bleibt, nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen gezielt dem Arzt zu stellen.
- Sie haben das Recht mitzuentcheiden: Nichts sollte über Ihren Kopf hinweg entschieden werden. Eine Untersuchung oder Behandlung darf nur erfolgen, wenn Sie damit einverstanden sind.
- Sie haben die Freiheit, etwas nicht zu wollen: Mitzuentcheiden heißt nicht, zu allem ja zu sagen. Das gilt für Untersuchungen und Behandlungen ebenso wie für Informationen. Obwohl wir davon ausgehen, dass Informationen die Eigenständigkeit von Betroffenen stärken, kann Ihnen niemand verwehren, etwas nicht an sich heranlassen oder nicht wissen zu wollen.

(i) Noch einige allgemeine Hinweise

Fremdwörter und Fachbegriffe sind im Kapitel „Wörterbuch“ erklärt.

Die (Büroklammer) neben dem Text weist auf weiterführende Informationen in dieser Broschüre hin.

Diese Patientenleitlinie richtet sich an Patienten mit Prostatakrebs. Andere in dieser Patientenleitlinie verwendete Personenbezeichnungen schließen selbstverständlich alle Geschlechter ein.

1.3 Unterstützungs- und Informationsbedarf

Viele Menschen erleben eine Krebserkrankung als eine schwierige und belastende Situation. In dieser Zeit wünschen sich Betroffene nicht nur medizinische Behandlung,

sondern auch seelische Unterstützung und Hilfe im Umgang mit der Krankheit im Alltag (psychosoziale Unterstützung). Dabei kann es entlastend sein, sich an fachlich kompetente Vertrauenspersonen zu wenden etwa an Ärzte, Pflegende, Psychologen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger oder auch an andere Betroffene, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Wer eine Krebsdiagnose bekommen hat, hat außerdem viele Fragen wie:

- Wo finde ich Hilfe?
- Wie gehe ich mit Belastungen und Stress um?
- Mit wem kann ich über meine Probleme sprechen?
- Ist es normal, was ich empfinde?

Der Informationsbedarf von Betroffenen kann sich je nach Verlauf der Erkrankung oder Behandlung verändern. Es gibt viele Möglichkeiten, sich über eine Krebserkrankung zu informieren. Eine wichtige Rolle spielen dabei Selbsthilfeorganisationen sowie Beratungsstellen. Aber auch medizinische Fachgesellschaften oder wissenschaftliche Organisationen können für Betroffene wichtige Anlaufstellen sein. Adressen, an die Sie sich wenden können, finden Sie im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 134.



(i) Gesundheitsinformationen im Internet – Worauf Sie achten sollten

Im Internet finden Sie Material zum Thema Krebs in Hülle und Fülle. Nicht alle Webseiten bieten ausgewogene Informationen. Und nie kann ein einzelnes Angebot allein alle Fragen beantworten. Wer sich umfassend informieren möchte, sollte daher immer mehrere Quellen nutzen. Damit Sie wissen, wie Sie verlässliche Seiten besser erkennen können, haben wir ein paar Tipps für Sie zusammengestellt.

Qualitätssiegel können nur eine grobe Orientierung geben. Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) beispielsweise zertifiziert Internetseiten zu Gesundheitsthemen. Dieses Siegel überprüft allerdings lediglich formale Voraussetzungen, zum Beispiel ob die Finanzierung transparent ist oder ob Autoren und Betreiber angegeben werden. Eine inhaltliche Bewertung der medizinischen Informationen findet durch dieses Qualitätssiegel nicht statt. Genauere Informationen zur Siegelvergabe finden Sie auf der Webseite <https://www.afgis.de/>.

Wenn Sie auf einer Internetseite sind, sehen Sie sich die Information genau an! Überprüfen Sie, ob Sie folgende Angaben finden:

- Wer hat die Information geschrieben?
- Wann wurde sie geschrieben?

- Sind die Quellen (wissenschaftliche Literatur) angegeben?
- Wie wird das Informationsangebot finanziert?

Vorsicht ist geboten, wenn:

- Markennamen genannt werden, zum Beispiel von Medikamenten;
- die Information reißerisch geschrieben ist, etwa indem sie Angst macht oder verharmlost;
- nur eine Behandlungsmöglichkeit genannt wird;
- Heilung ohne Nebenwirkungen versprochen wird;
- keine Angaben zu Risiken oder Nebenwirkungen einer Behandlung gemacht werden;
- von wissenschaftlich gesicherten oder empfohlenen Maßnahmen abgeraten wird.

Bevor Sie sich für eine Untersuchung oder Behandlung entscheiden, besprechen Sie alle Schritte mit Ihrem Behandlungsteam. Weitere Hinweise finden Sie im Informationsblatt „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Internet?“.

<https://www.gesundheitsinformation.de/service/infomaterial/>

(I) Psychoonkologische Unterstützung

Die Psychoonkologie ist ein wichtiger Bestandteil der Krebsmedizin (Onkologie). Sie hilft den Betroffenen vor allem dabei, mit den seelischen und sozialen (psychosozialen) Belastungen einer Krebserkrankung besser umzugehen. Diese Probleme können in jeder Krankheitsphase auftreten, also bereits bei Bekanntwerden der Diagnose. Aus diesem Grund *soll* Ihr Behandlungsteam Sie – *nach Meinung der Experten* – auch nach psychosozialen Belastungen befragen. Hierzu gibt es besondere wissenschaftlich geprüfte Fragebögen. Falls sich daraus Hinweise auf eine Belastung ergeben, werden Sie in einem Gespräch ausführlicher dazu befragt. So kann Ihnen das Behandlungsteam frühzeitig Unterstützung anbieten.

Nach Meinung der Experten sollen Sie auch bereits bei Diagnosestellung Kontakt und Informationen zu Selbsthilfegruppen erhalten. Vielen Patienten macht es Hoffnung und Mut, schon früh mit einem Gleichbetroffenen zu sprechen.

Im Kapitel „Psychoonkologie – Psychosoziale Unterstützung“ ab Seite 115 finden Sie zu diesem Thema weitere Informationen.



2 Auf einen Blick – gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs

Dieses Kapitel ist ein kurzer Steckbrief zu wichtigen Inhalten der Patientenleitlinie „Prostatakrebs 2 - gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs“. Wenn Sie sich zu den in diesem Kapitel aufgegriffenen Fragen umfassend informieren möchten, dann können Sie in den jeweiligen Abschnitten weiterlesen, auf die im Text verwiesen wird.

2.1 Was ist Prostatakrebs?

Prostatakrebs entsteht, wenn sich Zellen in der Vorsteherdrüse (Prostata) verändern und unkontrolliert vermehren. In den meisten Fällen – etwa 95 % – handelt es sich um ein sogenanntes Adenokarzinom, das aus Drüsenzellen entsteht. Auf Seite 18 finden Sie weitere Informationen.

2.2 Wie häufig ist Prostatakrebs?

Prostatakrebs ist mit 28,8 % die häufigste Krebserkrankung von Männern in Deutschland. Im Jahr 2023 erkrankten laut Robert Koch-Institut 79.610 Männer daran. Das durchschnittliche Erkrankungsalter lag im Jahr 2023 bei 71 Jahren. Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter deutlich an. Mehr dazu finden Sie auf Seite 18.

2.3 Wie wird gestreuter bzw. wiedergekehrter Prostatakrebs festgestellt?

Um festzustellen, ob sich der Prostatakrebs in andere Körperregionen ausgebreitet hat (gestreuter bzw. metastasierter Prostatakrebs) oder nach einer zunächst erfolgreichen Behandlung zurückgekehrt ist (wiedergekehrter bzw. rezidivierter Prostatakrebs), werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Dazu gehören Bluttests zur Bestimmung des PSA-Werts, ärztliche Befragungen sowie bildgebende Verfahren. Moderne Verfahren wie die PSMA-PET/CT zeigen zuverlässig, ob und wo sich Tumorzellen im Körper befinden. In bestimmten Fällen kann zusätzlich eine Gewebeprobe erforderlich sein, um die Diagnose zu sichern. Mehr erfahren Sie ab Seite 22.

Die Unterscheidung zwischen gestreutem und wiedergekehrtem Prostatakrebs ist entscheidend für die weitere Behandlungsplanung. In den folgenden beiden Unterkapiteln werden beide Situationen daher getrennt erläutert.

2.4 Wie wird wiedergekehrter Prostatakrebs behandelt?

Bei einem biochemischen Rezidiv (erneuter Anstieg des PSA-Werts nach einer erfolgreichen lokalen Behandlung) erfolgt zunächst eine PSMA-PET/CT-Untersuchung. Das weitere Vorgehen hängt davon ab, ob die Erstbehandlung durch eine operative Entfernung der Prostata oder durch eine Strahlentherapie erfolgt ist.

Nach einer operativen Entfernung der Prostata kommt in Abhängigkeit vom Ergebnis der PSMA-PET/CT-Untersuchung eine Salvage-Strahlentherapie (eine nachträgliche Bestrahlung), gegebenenfalls in Kombination mit einer antihormonellen Therapie, infrage. Manchmal kann auch ein abwartendes Vorgehen eine Option sein.

Nach vorausgegangener Strahlentherapie und Verdacht auf ein Rezidiv in der Prostata selbst kann unter Umständen zunächst eine Gewebeprobe (Prostatabiopsie) entnommen werden. In ausgewählten Fällen ist anschließend eine nachträgliche operative Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) möglich. Darüber hinaus kann HIFU (hochintensiver fokussierter Ultraschall) zum Einsatz kommen. Dieses Verfahren ist jedoch experimentell.

Unabhängig davon, ob zuvor eine Operation oder eine Strahlentherapie durchgeführt wurde, sollte Patienten mit hohem Risiko für ein Fortschreiten der Erkrankung (definiert über PSA-Wert und PSA-Verlauf) eine Behandlung mit Enzalutamid – allein oder in Kombination mit einer Hormonentzugstherapie – angeboten werden.

Nähere Information erhalten Sie auf Seite 46.

2.5 Wie wird gestreuter Prostatakrebs behandelt?

Wenn sich Prostatakrebs im Körper ausgebreitet hat, ist das Ziel der Behandlung das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität möglichst lange zu erhalten.

Hormonabhängiger Prostatakrebs: Spricht der Tumor noch auf männliche Geschlechtshormone an, bildet der Hormonentzug die Grundlage der Therapie. Je nach Situation wird diese mit einer antihormonellen Therapie der zweiten Generation und gegebenenfalls mit einer Chemotherapie kombiniert.

Hormonunabhängiger Prostatakrebs: Wächst der Tumor trotz Hormonentzug weiter, wird die Hormonentzugstherapie fortgesetzt und durch andere Behandlungen ergänzt. Welche Behandlung infrage kommt, hängt unter anderem von der bisherigen Vortherapie ab, davon, ob genetische Veränderungen vorliegen, und davon, wie belastbar der Patient ist. Möglich sind antihormonelle Therapien der zweiten Generation und/oder zielgerichtete Medikamente, eine Chemotherapie oder eine Radioligandentherapie. Die Therapie wird individuell geplant und regelmäßig angepasst. Dabei werden Nutzen, mögliche Nebenwirkungen und persönliche Wünsche gemeinsam abgewogen. Mehr zu diesem Thema lesen Sie auf Seite 63.

2.6 Mit welchen Nebenwirkungen müssen Sie rechnen?

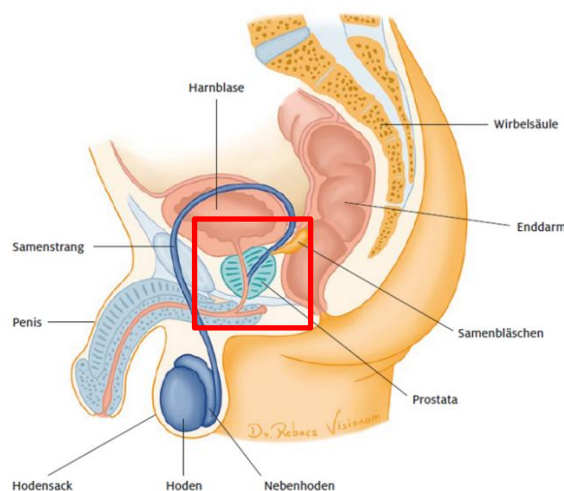
Bei fortgeschrittenem Prostatakrebs stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit unterschiedlichen Nebenwirkungen einhergehen können. Viele

Beschwerden lassen sich vorbeugen, lindern oder behandeln. Einige Nebenwirkungen sind schwieriger in den Griff zu bekommen, in jedem Fall werden Sie eng vom Behandlungsteam begleitet. Zu den möglichen Nebenwirkungen gehören unter anderem verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Hitzewallungen, Verlust des sexuellen Verlangens, Erektionsstörungen, Gewichtszunahme, Muskelschwund und Knochenschwäche sowie Probleme beim Wasser halten und Wasserlassen. Je nach Therapie können außerdem Blutbildveränderungen, Übelkeit, Bluthochdruck, Konzentrationsstörungen oder ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten. Die unterstützende Behandlung (supportive Therapie) begleitet Sie dabei und ist ein wichtiger Teil der gesamten Krebsbehandlung. Ziel ist es, Sie während der gesamten Behandlung bestmöglich zu unterstützen und Ihre Lebensqualität zu erhalten. Wenn Sie mehr darüber wissen möchten, lesen Sie bitte auf Seite 97 weiter.

3 Die Prostata

Im Folgenden erfahren Sie, welche Aufgaben die Prostata hat, wie sie aufgebaut ist und wo sie im Körper sitzt. Dieses Wissen hilft Ihnen, die späteren Kapitel über Untersuchungen und Behandlung besser zu verstehen.

Die Prostata, auch Vorsteherdrüse genannt, ist ein kleines Organ im Körper des Mannes und spielt eine wichtige Rolle bei der männlichen Zeugungsfähigkeit. Umgeben ist die Drüse von einer festen Bindegewebskapsel, an deren Oberfläche ein feines Nervengeflecht verläuft, das für die Gliedsteifigkeit wichtig ist. Eine Schädigung dieses Nervengeflechts kann zu Erektionsproblemen führen. Die Prostata ist etwa so groß wie eine Kastanie. Mit dem Alter kann die Prostata größer werden. Die Prostata liegt im Becken unterhalb der Harnblase und umschließt den obersten Teil der Harnröhre, die den Urin von der Blase durch die Prostata und die Harnröhre bis nach außen leitet. An der Rückseite grenzt sie an den Enddarm (Rektum), wie in der Abbildung dargestellt.



Lage der Prostata im Körper

Zusammen mit den Hoden gehört die Prostata zu den Fortpflanzungsorganen des Mannes. Die Prostata bildet ein Sekret, das beim Samenerguss abgegeben wird und sich mit den aus den Hoden stammenden Samenzellen (Spermien) vermischt. Wird die Prostata entfernt, kann man auf natürlichem Weg keine Kinder mehr zeugen.

Außerdem produziert die Prostata auch das prostataspezifische Antigen (PSA), das hauptsächlich in der Samenflüssigkeit vorkommt, aber auch in kleinen Mengen im Blut nachweisbar ist. Nähere Information zur Bestimmung des PSA-Werts erhalten Sie auf Seite 22.



4 Prostatakrebs – was ist das?

Krebs entsteht, wenn sich Zellen im Körper krankhaft verändern und sich unkontrolliert vermehren. Dieses Kapitel erklärt, was Prostatakrebs ist, wie er entsteht und wie häufig er vorkommt. Außerdem erhalten Sie Informationen darüber, welche Risikofaktoren die Entstehung beeinflussen.

4.1 Was ist Krebs überhaupt?

Zellen erneuern sich laufend: Alte sterben ab, neue entstehen. Gerät dieser Kreislauf außer Kontrolle, vermehren sich veränderte Zellen ungebremst und verdrängen gesundes Gewebe – es entsteht Krebs. Krebszellen können zudem in Nachbargewebe eindringen oder über Blut- und Lymphbahnen in andere Organe gelangen und dort Metastasen (Absiedlungen von Tumorzellen) bilden.

4.2 Was ist Prostatakrebs und warum entsteht er?

Prostatakrebs entsteht, wenn sich die Zellen in der Vorsteherdrüse (Prostata) verändern und sich unkontrolliert vermehren. In fortgeschrittenen Stadien können diese Zellen in das umliegende gesunde Gewebe eindringen und sich über den Blut- oder Lymphkreislauf im Körper ausbreiten und Metastasen entwickeln.

Am häufigsten entsteht Prostatakrebs in der äußeren Zone. Diese sogenannte periphere Zone ist der größte Bereich der Prostata und liegt direkt am Enddarm. In etwa 95 % der Fälle entwickelt sich Prostatakrebs aus Drüsenzellen; diese Form heißt in der Fachsprache Adenokarzinom.

4.3 Wie häufig ist Prostatakrebs?

Prostatakrebs ist mit 28,8 % die häufigste Krebserkrankung von Männern in Deutschland. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts erkrankten in Deutschland im Jahr 2023 insgesamt 79.610 Männer an Prostatakrebs. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 71 Jahren (Stand 2023).

(!) Gut zu wissen

Auch bei gestreutem oder wiedergekehrtem Prostatakrebs gibt es heute viele Behandlungsmöglichkeiten, die helfen können, die Erkrankung zu kontrollieren und die Lebenszeit zu verlängern. Obwohl Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist, stellt er nicht die häufigste Todesursache dar – weitaus mehr Männer sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

All diese statistischen Zahlen geben eine grobe Orientierung. Wie sich der Krankheitsverlauf entwickelt, hängt von individuellen Faktoren ab – zum Beispiel davon, wie weit fortgeschritten die Erkrankung ist, wie groß der Tumor ist und wie schnell er wächst.

4.4 Was begünstigt das Entstehen von Prostatakrebs?

Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung von Prostatakrebs: Bei jungen Männern tritt die Erkrankung so gut wie gar nicht auf, ältere Männer erkranken häufig daran. Ein weiterer bedeutender Faktor ist die familiäre Vorbelastung. Wenn bei engen Verwandten wie Vater oder Bruder Prostatakrebs auftritt, ist das Erkrankungsrisiko deutlich erhöht. Je jünger das Familienmitglied bei der Diagnose war, je enger die Verwandtschaft und je mehr Angehörige betroffen sind, desto höher ist das Risiko.

Männern mit einer familiären Häufung von Tumoren (z. B. Brust- oder Eierstockkrebs, Lynch-Syndrom) *soll – nach Meinung der Experten* – eine humangenetische Beratung angeboten werden. Dort wird geprüft, ob eine genetische Veranlagung vorliegt; gegebenenfalls wird anschließend eine Untersuchung auf bestimmte Gene (Keimbahn-Testung) durchgeführt.

Darüber hinaus werden weitere mögliche Risikofaktoren wie zum Beispiel chronische Entzündungen der Prostata oder Geschlechtskrankheiten diskutiert. Ein eindeutiger, wissenschaftlich gesicherter Zusammenhang konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden.

5 Wie wird geprüft, ob sich der Prostatakrebs ausgebreitet hat oder zurückgekehrt ist?

Gründliche Untersuchungen sind wichtig, damit Sie eine genaue Diagnose erhalten und gemeinsam mit Ihrem Behandlungsteam die passende Therapie planen können. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Untersuchungen bei Verdacht auf einen gestreuten oder wiedergekehrten Prostatakrebs empfohlen werden und wie sie ablaufen.

5.1 Nachfragen und verstehen

Es wird Ihnen helfen, wenn Sie die Untersuchungen und deren Ergebnisse verstehen. Sie können Ihre Fragen offen stellen, also so, dass der Arzt nicht nur mit ja oder nein antworten kann. Haben Sie auch keine Scheu nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar ist. Und lassen Sie sich die Ergebnisse bei Bedarf gründlich erklären. Im Kasten „Das gute Gespräch“ finden Sie Tipps, wie Sie das Gespräch in Ihrem Sinne gestalten können.

(i) Das gute Gespräch

- Überlegen Sie sich vor dem Arztgespräch in Ruhe, was Sie wissen möchten. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich Ihre Fragen vorher auf einem Zettel notieren.
- Ebenso hilfreich kann es sein, wenn Sie Angehörige oder eine andere Person Ihres Vertrauens zu dem Gespräch mitnehmen.
- Sie können während des Gesprächs mitschreiben. Sie können aber auch um schriftliche Informationen bitten.
- Teilen Sie Ihrem Gegenüber mit, wenn Sie nervös, angespannt oder völlig kraftlos sind. Jeder versteht das.
- Trauen Sie sich, Ihre Ängste, Vorstellungen und Hoffnungen offen anzusprechen.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder Sie weitere Informationen benötigen.
- Bitten Sie darum, dass man Ihnen Fachausdrücke oder andere medizinische Begriffe erklärt, zum Beispiel mithilfe von Bildern.
- Überlegen Sie in Ruhe nach dem Gespräch, ob alle Ihre Fragen beantwortet wurden und ob Sie das Gefühl haben, das Wesentliche verstanden zu haben. Trauen Sie sich, noch einmal nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar geblieben ist.
- Checklisten für Ihren Arztbesuch finden Sie auch auf der Webseite der Patienten-Universität: <https://www.patienten-universitaet.de/checklisten-fuer-ihren-arztbesuch/>.

Manchmal wird es Ihnen womöglich nicht leichtfallen, im Arztgespräch alles anzusprechen, was Sie wissen möchten. Im folgenden Kasten und auch in den nächsten Kapiteln finden Sie einige Anregungen für Fragen, die Sie stellen können.

(?) Fragen vor einer Untersuchung

- Warum ist die Untersuchung notwendig?
- Welches Ziel hat die Untersuchung?
- Wie zuverlässig ist das Untersuchungsergebnis?
- Kann ich auf die Untersuchung verzichten?
- Wie läuft die Untersuchung ab und was erwartet mich?
- Welche Risiken und Nebenwirkungen bringt sie mit sich?
- Gibt es andere Untersuchungen, die genauso gut sind?
- Sind Komplikationen zu erwarten und wenn ja, welche?
- Muss ich vor der Untersuchung etwas beachten?
- Wann erhalte ich das Ergebnis?

5.2 Die ärztliche Befragung (Anamnese) und Aufklärung

Bei einem Verdacht auf ein Wiederauftreten (Rezidiv) oder eine Ausbreitung (Metastasierung) des Prostatakrebses wird Ihr Arzt Sie ausführlich befragen. In dem Gespräch wird zunächst besprochen, welche Beschwerden Sie haben, wie lange sie bestehen und wie stark sie ausgeprägt sind. Außerdem werden mögliche Begleit- oder Vorerkrankungen sowie die bisher bei Ihnen durchgeführten Behandlungen berücksichtigt. Wenn Sie Medikamente einnehmen, sollten Sie dies unbedingt angeben. Erwähnen Sie dabei auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Drogerie oder Apotheke sowie Nahrungsergänzungsmittel, die Sie selbst einnehmen.

Diese sogenannte Anamnese liefert wichtige Hinweise auf den Krankheitsverlauf und Ihre aktuelle gesundheitliche Situation. Ihre aktive Mitarbeit ist dabei besonders wichtig: Schildern Sie, was Ihnen auffällt und was sich im Vergleich zu früher verändert hat – zum Beispiel, ob Sie sich schneller erschöpft fühlen oder weniger belastbar sind als zuvor.

5.3 Welche Untersuchungsmethoden stehen zur Verfügung?

5.3.1 Was ist PSA und wie wird es gemessen?

Das prostataspezifische Antigen (PSA) ist ein Eiweiß, das nur in der Prostata produziert wird. PSA ist im Blut nachweisbar und kann mittels eines Bluttests bestimmt werden. Die Höhe der PSA-Konzentration im Blut wird in Nanogramm pro Milliliter Blut angegeben (ng/ml) und wird meistens als PSA-Wert bezeichnet. PSA ist in Prostatakrebsgewebe deutlich höher konzentriert als in der gesunden Prostata. Aber auch eine gutartige Vergrößerung oder eine Entzündung der Prostata kann den PSA-Wert deutlich erhöhen. Auch Samenerguss, Fahrradfahren oder andere Belastungen in der Beckenregion können den PSA-Wert vorübergehend erhöhen. Deshalb sollten Sie solche Aktivitäten einige Tage (3–5 Tage) vor einer geplanten PSA-Kontrolle möglichst vermeiden, um ein verlässliches Ergebnis zu erhalten. Bestimmte Medikamente oder Substanzen können den PSA-Wert hingegen senken. Bitte informieren Sie Ihren Arzt über alle Mittel, die Sie einnehmen.

Mehrere PSA-Messungen im zeitlichen Verlauf erlauben es außerdem, die Geschwindigkeit des PSA-Anstiegs zu berechnen. Diese sogenannte PSA-Verdopplungszeit ist ein wichtiger Hinweis darauf, wie aktiv die Erkrankung ist.

(!) Der PSA-Test

In dieser Patientenleitlinie wird der PSA-Test nicht als Maßnahme zur Früherkennung beschrieben, sondern bei einem konkreten Krebsverdacht oder im Rahmen der Nachsorge eingesetzt. Ein Anstieg des PSA-Werts kann auf ein Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung hinweisen. Zur genaueren Beurteilung werden weitere Untersuchungen herangezogen.

5.3.2 Bildgebende Verfahren

Bildgebende Verfahren erzeugen Bilder vom Inneren Ihres Körpers. Dazu werden verschiedene Geräte und Techniken eingesetzt.

5.3.2.1. Magnetresonanztomografie (MRT)

Die Magnetresonanztomografie (MRT), auch Kernspintomografie genannt, ermöglicht einen genauen Blick ins Innere des Körpers – ganz ohne Röntgenstrahlung.

Bei einer Prostata-MRT werden Schnittbilder des Beckens erstellt, aus denen die Ärzte eine dreidimensionale Ansicht der Prostata und der umliegenden Organe erhalten. Ein

Kontrastmittel, das über die Vene verabreicht wird, macht bestimmte Gewebestrukturen und auffällige Bereiche der Prostata besser sichtbar. Bei der Untersuchung wird heute meist eine multiparametrische MRT (mpMRT) eingesetzt. Dabei werden verschiedene Bildtechniken kombiniert, um besonders aussagekräftige Aufnahmen zu erhalten.

Wichtig zu wissen: Auch die MRT ist nicht unfehlbar. Sehr kleine oder ungewöhnlich aussehende Tumoren können der Bildgebung entgehen – das nennt man ein falsch-negatives Ergebnis. Umgekehrt kann es auch zu einem falsch-positiven Ergebnis kommen – also zu einem auffälligen Befund in der MRT, der sich später als harmlos herausstellt.

5.3.2.2. **PSMA-Positronenemissionstomografie/ Computertomografie (PSMA-PET/CT)**

Die PSMA-PET (Prostata-spezifisches Membranantigen-Positronenemissionstomografie) ist eine spezielle bildgebende Untersuchung. PSMA ist ein Eiweiß, das auf der Oberfläche von Prostatazellen besonders häufig vorkommt. Für die Untersuchung werden winzige Mengen eines radioaktiv markierten Stoffes verabreicht, der gezielt an PSMA bindet. Dadurch können Tumorherde und mögliche Metastasen sehr genau im ganzen Körper sichtbar gemacht werden. Meist wird die PET mit einer Computertomografie (CT) kombiniert – man spricht dann von einem PSMA-PET/CT.

5.3.2.3. **Computertomografie (CT)**

Bei der Computertomografie wird der zu untersuchende Bereich aus verschiedenen Richtungen geröntgt. Ein Computer verarbeitet die Daten und erstellt daraus ein räumliches Bild des Organs. Die Untersuchung ist schmerzlos, geht schnell und liefert detaillierte Aufnahmen aus dem Körperinneren.

5.3.2.4. **Knochenszintigrafie**

Bei der Knochenszintigrafie wird Ihnen eine sehr geringe Menge einer schwach radioaktiven Substanz in eine Armvene gespritzt. Sofern Metastasen vorhanden sind und diese den Knochen schädigen, versucht der Körper, diese Stellen zu reparieren, und baut dabei vermehrt die radioaktive Substanz ein.

Nach der Injektion müssen Sie ungefähr zwei bis drei Stunden warten, bis sich die Substanz im Körper verteilt hat. Danach wird mit einer speziellen Kamera eine Aufnahme des ganzen Körpers gemacht. Auf den Bildern erscheinen Bereiche mit erhöhter Aktivität dunkler. Solche Veränderungen können auf Metastasen hinweisen. Allerdings können auch andere Ursachen wie Entzündungen oder Gelenkerkrankungen zu solchen Auffälligkeiten führen.

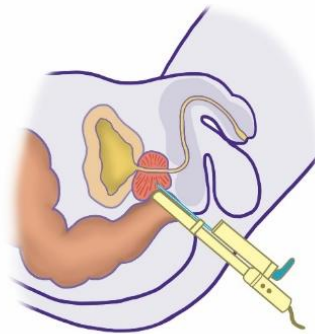
5.3.3 Die Gewebeprobe (Biopsie)

Bei der Gewebeprobe (Biopsie) werden kleine Proben aus der Prostata entnommen und im Labor untersucht, um festzustellen, ob Krebszellen vorhanden sind und wie stark sie sich vom normalen Gewebe unterscheiden (englisch: Grading; deutsch: Einstufung). Diese Untersuchung liefert wichtige Informationen für die weitere Behandlungsplanung.

Eine Biopsie kann systematisch oder gezielt durchgeführt werden; beide Methoden werden in den nächsten Abschnitten erklärt.

5.3.3.1. Systematische Biopsie

Bei der systematischen Biopsie entnimmt der Arzt mit dünnen Hohlnadeln Gewebeproben aus verschiedenen, festgelegten Bereichen der Prostata. Die Nadeln werden über den Enddarm eingeführt, während der Arzt die Prostata per Ultraschall auf dem Bildschirm überwacht.



Systematische Biopsie

5.3.3.2. Gezielte Biopsie

Bei der gezielten Biopsie wird – wie der Name schon sagt – gezielt Gewebe entweder transperineal (durch den Damm) oder transrektal (durch den Enddarm) aus auffälligen Bereichen der Prostata entnommen. Die Bildgebung (z. B. die MRT) zeigt, wo genau sich die verdächtigen Stellen befinden.

5.3.3.3. Welche Risiken und Nebenwirkungen sind mit einer Biopsie verbunden?

Um das Risiko einer Infektion durch Darmbakterien zu verringern, *sollen* Sie vor der Gewebeentnahme ein Antibiotikum erhalten, sofern diese vom Darm her erfolgt (transrektal). Trotz dieser Vorsichtsmaßnahme kann es in seltenen Fällen nach dem Eingriff zu Fieber oder Schüttelfrost kommen. Diese Symptome können auf eine Entzündung

hinweisen. Bitte melden Sie solche Beschwerden umgehend Ihrem Arzt. Nach dem Eingriff kann es vorkommen, dass Sie Blut im Urin oder – häufiger – im Ejakulat bemerken. Wenn Sie ausreichend Flüssigkeit trinken, verschwindet das Blut im Urin meist innerhalb weniger Tage. Blut im Ejakulat kann mehrere Wochen sichtbar bleiben. In der Regel ist dies unbedenklich und erfordert keine Behandlung. Sollten die Beschwerden länger anhalten oder Sie sich unsicher fühlen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

5.3.4 Genetische Testung – warum wird auf erbliche Veränderungen in den Genen getestet?

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei einem Teil der Männer mit fortgeschrittenem oder gestreutem Prostatakrebs erbliche Veränderungen in bestimmten Genen vorliegen, die für die Reparatur der Erbsubstanz (DNA) wichtig sind. Solche Veränderungen wurden bei etwa 10 von 100 Männern gefunden. Diese Erkenntnisse sind wichtig, weil sie Einfluss auf die Behandlung haben können und auch für nahe Angehörige von Bedeutung sein können.

Deshalb sind die Experten der Meinung: Männer mit einem Prostatakrebs, der bereits Tochtergeschwülste (Metastasen) gebildet hat, *sollen* die Möglichkeit bekommen, eine genetische Beratung in einer spezialisierten Sprechstunde wahrzunehmen. Dort kann mit einer Blutuntersuchung geprüft werden, ob bestimmte erbliche Veränderungen (Gene) vorliegen.

5.4 Wie wird gestreuter Prostatakrebs festgestellt?

Besteht der Verdacht, dass sich der Prostatakrebs bereits ausgebreitet hat, wird eine gezielte Ausbreitungsdiagnostik durchgeführt. Ziel ist es, Metastasen in Lymphknoten, Knochen oder anderen Organen nachzuweisen. Dazu können je nach Fragestellung verschiedene Untersuchungsverfahren eingesetzt werden:

- **Knochenszintigrafie** – zur Beurteilung von Knochenmetastasen
- **PSMA-PET oder CT** – zur Beurteilung eines möglichen Lymphknotenbefalls
- **MRT** – zur Beurteilung der lokalen Tumorausbreitung
- **PSMA-PET** – zum Nachweis möglicher Fernmetastasen
- **Genetische Testung** – zur Untersuchung möglicher genetischer Veränderungen

Bei Prostatakrebs mit bestimmten Risikofaktoren – zum Beispiel einem höheren Tumorgrad (ISUP-Gruppe 3 oder höher), einem Tumor, der über die Prostata hinausgewachsen ist (T3/T4), oder einem PSA-Wert von 20 ng/ml oder mehr – *soll* eine PSMA-PET/CT durchgeführt werden.

5.5 Wie wird wiedergekehrter Prostatakrebs festgestellt?

Wenn der PSA-Wert im Verlaufe der Nachkontrollen wieder ansteigt, kann das bedeuten, dass der Krebs zurückgekehrt ist. Man spricht von einem biochemischen Rezidiv (auch PSA-Rezidiv genannt).

Die Leitlinie beschreibt ein Rezidiv wie folgt:

- **Nach einer zurückliegenden operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie):** Wenn der PSA-Wert über 0,2 ng/ml steigt und dieser Wert bei einer zweiten Messung bestätigt wird.
- **Nach einer zurückliegenden Bestrahlung:** Wenn der PSA-Wert um mehr als 2 ng/ml über dem niedrigsten Wert liegt, der nach der Bestrahlung gemessen wurde – ebenfalls bestätigt durch eine zweite Messung.

Die ärztliche Leitlinie empfiehlt:

Wenn nach einer zurückliegenden operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) oder Bestrahlung der PSA-Wert wieder ansteigt (biochemisches Rezidiv), *soll* zunächst eine PSMA-PET/CT-Untersuchung durchgeführt werden – vorausgesetzt, dass das Ergebnis Einfluss auf die weitere Behandlung hat.

Die PSMA-PET/CT-Untersuchung zeigt, ob und wo der Krebs zurückgekehrt ist: nur in der Nähe der Prostata beziehungsweise am Ort der ehemaligen Prostata (Lokalrezidiv) oder ob er sich bereits im Körper ausgebreitet hat (systemisches Rezidiv).

Für das weitere Vorgehen ist wichtig, ob die Prostata entfernt wurde oder ob eine Strahlentherapie erfolgt ist.

- **Nach einer zurückliegenden Bestrahlung:** Eine Gewebeprobe (Biopsie) zur Bestätigung des Rezidivs *sollte* nur entnommen werden, wenn Sie eine lokale Behandlung des Rezidivs, d. h. eine Salvage-Prostatektomie (siehe Seite 55) in Betracht ziehen.
- **Nach einer zurückliegenden operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie):** Eine Bestätigung des biochemischen Rezidivs durch eine Gewebeprobe (Biopsie) ist nicht notwendig.

Was passiert, wenn im PSMA-PET/CT kein Rezidiv sichtbar ist?

Dann empfiehlt die ärztliche Leitlinie, dass bei Patienten mit einem biochemischen Rezidiv nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) unterschieden werden *soll*, ob der Krebs im Bereich der Prostataloge (dem Bereich, in dem

die Prostata gelegen hat) zurückgekehrt ist (lokales Rezidiv) oder ob er sich bereits im Körper ausgebreitet hat (systemisches Rezidiv). Allerdings nur, wenn Sie eine Behandlung des Rezidivs wünschen.

Dabei berücksichtigen Ärzte unter anderem:

- PSA-Verdopplungszeit: Wie schnell steigt der PSA-Wert?
- Zeit bis zum Wiederanstieg des PSA-Werts: Wann steigt der PSA nach der Operation wieder an?
- Tumormerkmale: Gleason-Score des ursprünglichen Tumors

5.6 Was sagen Tumormarker aus?

Als Tumormarker bezeichnet man körpereigene Stoffe, die besonders von Krebszellen gebildet werden oder für deren Entstehung verantwortlich sind. Erhöhte Werte im Blut oder Urin können auf Krebs hinweisen, sind aber nicht eindeutig, da auch andere Gründe, wie Entzündungen, den Wert beeinflussen können.

Der Einsatz von Blut- und Urin-basierten Biomarkern zur Erkennung von Prostatakrebs wird derzeit wissenschaftlich untersucht. Eine offizielle Empfehlung für ihren routinemäßigen Einsatz liegt bislang jedoch nicht vor.

6 Wie wird Prostatakrebs genau beurteilt und eingestuft?

In diesem Kapitel erfahren Sie, wie Ärzte Prostatakrebs einordnen. Mithilfe der TNM-Klassifikation (Ausbreitung), des Gleason-Scores sowie der ISUP-Einstufung (Aggressivität) und weiterer Befunde wird das Krankheitsstadium bestimmt. Diese Einordnung hilft, den individuellen Krankheitsverlauf besser einzuschätzen und bildet eine wichtige Grundlage für die Behandlungsentscheidung.

Werden bei der Gewebeuntersuchung Krebszellen gefunden oder zeigt die Bildgebung ein Wiederauftreten oder eine Ausbreitung des Krebses, sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Erkrankung genau zu beurteilen. Zunächst wird mithilfe der sogenannten TNM-Klassifikation beschrieben, wie groß der Tumor ist, ob nahegelegene Lymphknoten betroffen sind und ob sich Krebszellen auf andere Organe ausgebreitet haben. Auf dieser Grundlage wird dann das Krebsstadium bestimmt – es zeigt, wie weit die Erkrankung bereits fortgeschritten ist. Der Gleason-Score oder die ISUP-Klassifikation helfen dabei einzuschätzen, wie verändert die Krebszellen sind und wie sich der Tumor wahrscheinlich entwickeln wird.

6.1 Untersuchung im Labor

Ein Facharzt – der Pathologe – untersucht die Gewebeprobe im Labor unter dem Mikroskop. Dabei werden unter anderem folgende Fragen beantwortet:

- Befinden sich Krebszellen in den einzelnen Gewebeproben?
- In wie vielen Proben wurden Krebszellen gefunden? (Beispiel: 4/12 bedeutet, dass in 4 von 12 entnommenen Proben Krebszellen enthalten sind)
- Wie stark ist die Probe befallen? Also wie viel Prozent jeder betroffenen Probe vom Tumor befallen sind (z. B. maximal 60 %).
- Wie schnell vermehren sich die Krebszellen?

Dazu bestimmt der Pathologe den sogenannten Gleason-Score und die ISUP-Gruppe (siehe Seite 31). Diese Werte zeigen, wie stark sich die Krebszellen verändert haben und wie sich der Tumor wahrscheinlich weiterentwickeln wird.



6.2 Die TNM-Klassifikation – Wie weit hat sich der Tumor ausgebreitet?

Die TNM-Klassifikation beschreibt, wie weit sich der Krebs im Körper bereits ausgebreitet hat, d. h., ob der Tumor nur innerhalb der Prostata wächst oder ob auch Lymphknoten oder andere Organe betroffen sind.

Was bedeuten die Buchstaben T, N und M?

- T beschreibt, wie groß der Tumor ist und ob er über die Prostata hinausgewachsen ist. (Primärtumor).
- N steht für das englische Wort „Nodes“ und zeigt, ob umliegende Lymphknoten befallen sind.
- M gibt an, ob Metastasen in anderen Organen gefunden wurden (Fernmetastasen).

Um Prostatakrebs genauer beschreiben zu können, unterteilen Fachleute die einzelnen Stadien. Mit den Zusätzen a, b oder c nimmt die Tumorgöße jeweils von a nach c zu.

Stadium	Beschreibung
T1	Tumor ist weder tastbar noch in der Bildgebung sichtbar.
T1a	Tumorzellen sind nur in einem sehr geringen Anteil der Gewebeproben nachweisbar – ein zufälliger Befund im Rahmen einer Prostataentfernung über die Harnröhre.
T1b	Ebenfalls ein zufälliger Befund im Rahmen einer Prostataentfernung über die Harnröhre, bei dem Krebszellen in etwas mehr Gewebeproben nachweisbar sind als bei T1a.
T1c	Tumor nur durch eine Biopsie nachweisbar, nicht tastbar oder sichtbar.
T2	Tumor ist auf die Prostata begrenzt.
T2a	Tumorzellen nur in einem kleinen Teil eines Prostatalappens.
T2b	Tumor nimmt mehr als die Hälfte eines Prostatalappens ein.
T2c	Beide Lappen der Prostata sind betroffen.
T3	Tumor ist über die Prostatakapsel hinausgewachsen.
T3a	Tumor breitet sich außerhalb der Prostata in Gewebe und/oder den Harnblasenhals aus.
T3b	Tumor ist in die Samenblasen eingewachsen.
T4	Tumor wächst in benachbarte Organe (z. B. Blasen Hals, Enddarm oder Beckenwand).

N0	Lymphknoten sind frei
N1	Beckenlymphknoten sind befallen
M0	Keine Metastasen vorhanden
M1	Metastasen vorhanden
M1a	Metastasen in anderen Lymphknoten als den Beckenlymphknoten
M1b	Knochenmetastasen
M1c	Metastasen in anderen Organen und/oder Strukturen

(i) Was bedeutet „gestreuter (metastasierter) Prostatakrebs“?

Tumoren mit der Bezeichnung **M1** werden unter dem Begriff „gestreuter (metastasierter) Prostatakrebs“ zusammengefasst. Das heißt: Tumorzellen haben sich von der Prostata gelöst und in andere Bereiche des Körpers ausgebreitet. Die Fernmetastasen (M1) können zum Beispiel in Lymphknoten außerhalb des Beckens (M1a), in Knochen (M1b) oder in anderen Organen (M1c) liegen.

(i) Was bedeutet „wiedergekehrter (rezidivierter) Prostatakrebs“?

Von einem wiedergekehrten bzw. rezidierten Prostatakarzinom spricht man, wenn der Krebs nach einer zunächst erfolgreichen Behandlung erneut nachweisbar ist. In der TNM-Klassifikation wird ein Rezidiv nicht als eigenes Stadium bezeichnet; stattdessen wird der Tumor nach erneuter Diagnostik wieder entsprechend seiner aktuellen Ausbreitung eingeordnet – zum Beispiel als lokales Rezidiv ohne Fernmetastasen (N0/1 M0) oder als systemisches Rezidiv mit Fernmetastasen (M1).

(i) Was bedeuten „c“ oder „p“?

In den Briefen Ihres Arztes kann den Großbuchstaben "TNM" ein kleiner Buchstabe vorangestellt sein, der darauf hinweist, wie die Diagnose gestellt wurde: Ein „c“ steht für „clinical“ (klinisch). Damit ist gemeint, dass der Tumor anhand von körperlicher Untersuchung, Laborwerten und Bildgebung eingeschätzt wurde. Ein „p“ steht für „pathologisch“. Das bedeutet, der Befund wurde im Labor durch eine feingewebliche Untersuchung festgestellt.

6.3 Stadieneinteilung – von lokal bis fortgeschritten

Auf Basis der TNM-Werte wird die Erkrankung in die Stadien I bis IV eingeteilt. Diese Einteilung stammt von der UICC – der „Union internationale contre le cancer“ (Internationale Vereinigung gegen den Krebs):

Stadium	Beschreibung
Stadium I	Der Tumor ist klein und auf die Prostata begrenzt (T1 oder T2a). Es sind keine Lymphknoten oder Fernmetastasen betroffen. = Frühes Stadium
Stadium II	Der Tumor ist größer, aber noch vollständig auf die Prostata begrenzt. Es sind keine Lymphknoten oder Fernmetastasen betroffen.
Stadium III	Der Tumor hat die äußere Hülle der Prostata (Kapsel) durchbrochen oder ist in die Samenblasen eingewachsen (T3). Es sind keine Lymphknoten oder Fernmetastasen betroffen.
Stadium IV	Der Tumor ist in umliegende Organe eingewachsen (z. B. Blase oder Enddarm – T4) oder Lymphknoten in der Nähe sind befallen (N1) oder Es wurden Metastasen in anderen Organen, in Lymphknoten außerhalb des Beckens oder in den Knochen gefunden (M1)

6.4 Eigenschaften der Tumorzellen - Gleason-Score und ISUP-Einstufung

6.4.1 Gleason-Score: Wie aggressiv ist der Tumor?

Der Gleason-Score ist ein Bewertungssystem, das vom amerikanischen Pathologen Donald F. Gleason entwickelt wurde. Er zeigt, wie stark sich Prostatakrebszellen von normalen Zellen unterscheiden und wie geordnet oder ungeordnet die Zellen wachsen.

Wie wird der Gleason-Score ermittelt?

Der Arzt vergibt zwei Zahlen (jeweils zwischen 1 und 5) für den Grad der Abweichung vom normalen Zelltyp, ähnlich wie Schulnoten:

1. Für den am häufigsten vorkommenden abweichenden Zelltyp
2. Für den zweithäufigsten abweichenden Zelltyp aus der entfernten Prostata oder das aggressivste Muster aus der Gewebeprobe der Biopsie

Die beiden Zahlen werden addiert – das ergibt den Gleason-Score.

Beispiel: Grad 3 + Grad 4 = Gleason-Score 7

Der Gleason-Score hilft einzuschätzen, wie aggressiv der Tumor ist und welche Therapie passend sein könnte.

6.4.2 Die ISUP-Klassifikation

Die Internationale Gesellschaft für urologische Pathologie (englisch: International Society of Urologic Pathology, abgekürzt: ISUP) teilt Prostatakrebs in fünf Gruppen ein – die sogenannten ISUP-Gruppen. Diese Einteilung basiert auf dem Gleason-Score und hilft Ärzten dabei, die Aggressivität des Tumors und den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf (Prognose) besser einzuschätzen.

- ISUP-Gruppe 1 bedeutet: Der Tumor wächst sehr langsam → günstige Prognose
- ISUP-Gruppe 5 bedeutet: Der Tumor wächst sehr schnell → ungünstige Prognose

Je höher die ISUP-Gruppe, desto aggressiver ist der Krebs – und desto höher ist das Risiko, dass er erneut auftritt (Rezidiv) oder sich im Körper ausbreitet.

Lassen Sie sich von Ihrem Arzt genau erklären, in welchem Stadium sich Ihre Erkrankung befindet.

6.5 Abschätzen des Krankheitsverlaufs

Wenn alle Untersuchungsergebnisse vorliegen, lässt sich Ihr Tumor genau beschreiben: Größe, Lage, Gewebeart und Wachstumsgeschwindigkeit. Auch Ihr allgemeiner körperlicher Zustand und Ihre Vorerkrankungen werden ermittelt, da beides eine wichtige Rolle spielt.

Diese Informationen helfen Ihrem Behandlungsteam einzuschätzen, wie sich die Krankheit wahrscheinlich entwickeln wird. Das ist wichtig, um gemeinsam mit Ihnen eine passende Behandlung zu planen und unnötige Maßnahmen zu vermeiden.

6.6 Wie wird Prostatakrebs nach Hormonabhängigkeit und Ausbreitung eingeteilt?

6.6.1 Gestreuter, hormonabhängiger (hormonsensitiver) Prostatakrebs

Fachleute sprechen von metastasiertem hormonsensitivem Prostatakrebs (englisch: metastatic hormone-sensitive prostate cancer, Abkürzung: mHSPC), wenn:

- sich der Krebs bereits über die Prostata hinaus ausgebreitet hat (z. B. in Lymphknoten **außerhalb** des Beckens, in Knochen oder innere Organe) und
- der Tumor noch auf eine Hormonentzugstherapie anspricht.

Gemäß der ärztlichen Leitlinie **soll** beurteilt werden, wie stark sich die Krankheit ausgebreitet hat und wann die Metastasen aufgetreten sind.

6.6.1.1. Wann sind die Metastasen aufgetreten? de novo oder metachron?

- De novo bedeutet: Die Metastasen waren bereits bei der ersten Diagnose vorhanden.
- Metachron bedeutet: Die Metastasen sind erst später entstanden, nachdem der Tumor zunächst lokal behandelt wurde.

(!) Warum ist das wichtig?

Wenn schon bei der Diagnose Metastasen vorliegen, kann das ein Hinweis darauf sein, dass die Erkrankung schneller voranschreitet. Das kann die Auswahl und Kombination der geeigneten Therapien beeinflussen.

6.6.1.2. Wie weit hat sich die Krankheit im Körper ausgebreitet? Geringe Tumorlast („Low-Volume“) oder hohe Tumorlast („High-Volume“)

Der Begriff Tumorlast beschreibt, wie stark sich der Krebs im Körper ausgebreitet hat. Fachleute sprechen dabei von einer hohen (high-volume) oder niedrigen (low-volume) Tumorlast.

Hohe Tumorlast (high-volume) bedeutet:

- Es haben sich Metastasen außerhalb der Knochen gebildet, und/oder

- Es sind mindestens vier Knochenmetastasen vorhanden, wobei sich mindestens eine Metastase außerhalb des Beckens oder der Wirbelsäule befindet.

6.6.1.3. Wie wahrscheinlich es ist, dass der Prostatakrebs weiterwächst?

Das Progressionsrisiko beschreibt, wie wahrscheinlich es ist, dass die Erkrankung weiter fortschreitet und der Prostatakrebs weiterwächst. Man unterscheidet zwischen hohem Risiko (high-risk) und niedrigem Risiko (low-risk).

Ein hohes Risiko (high-risk) liegt vor, wenn mindestens zwei der folgenden Punkte zutreffen:

- Der Tumor ist besonders aggressiv (Gleason-Score 8 oder höher).
- Es sind mindestens drei Knochenmetastasen vorhanden.
- Es haben sich Metastasen außerhalb der Knochen gebildet (z. B. in Organen oder Lymphknoten außerhalb des Beckens).

6.6.2 Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Von kastrationsresistentem Prostatakrebs (englisch: castration-resistant prostate cancer, abgekürzt: CRPC) spricht man, wenn der Tumor trotz stark abgesenktem Testosteronspiegel weiterwächst.

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Der Testosteronspiegel ist sehr niedrig – unter 50 ng/dl und
 - Der PSA-Wert steigt mehrmals hintereinander deutlich an **und/ oder**
 - Der Krebs zeigt neue oder wachsende Metastasen, die in bildgebenden Untersuchungen wie CT, MRT, Knochenszintigrafie oder PSMA-PET/CT sichtbar sind.

Ein erhöhter PSA-Wert oder Beschwerden allein reichen nicht aus, um die Erkrankung als kastrationsresistent einzustufen. Das Fortschreiten muss auch in der Bildgebung sichtbar sein.

6.6.2.1. Nicht-gestreuter, hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Wenn der PSA-Wert trotz Hormonentzug weiter steigt, aber keine Metastasen in der aktuell verfügbaren Bildgebung sichtbar sind, spricht man von einem nicht-metastasierten kastrationsresistenten Prostatakrebs (englisch: non-metastatic castration-resistant prostate cancer, abgekürzt: nmCRPC).

6.6.2.2. Gestreuter, hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Wenn sich der Prostatakrebs trotz Hormonentzugstherapie weiter ausbreitet und neue Metastasen auftreten, spricht man von einem metastasierten kastrationsresistenten Prostatakrebs (englisch: metastatic castration-resistant prostate cancer, abgekürzt: mCRPC).

Bei etwa jedem zehnten Patienten sind Gene verändert, die die Bauanleitung für Eiweiße enthalten, welche Schäden an der Erbinformation (DNA) reparieren. Durch diese genetischen Veränderungen werden die Reparatur-Eiweiße nicht richtig gebildet oder funktionieren nicht richtig. Man bezeichnet dies als HRR-Defekte (Störungen der homologen Rekombinationsreparatur).

Besonders häufig sind Veränderungen der BRCA1- und BRCA2-Gene.

Diese Veränderungen können:

- vererbt (hereditär) sein – also schon von Geburt an im Erbgut vorhanden (Keimbahnmutation), oder
- nur im Tumorgewebe selbst entstehen (somatisch), also im Laufe der Erkrankung erworben.

Die Untersuchung auf solche Veränderungen ist wichtig, weil es inzwischen gezielte Medikamente (PARP-Inhibitoren) gibt, die besonders gut bei Patienten mit solchen HRR-Defekten wirken.

Für die Testung wird – wenn möglich – Gewebe aus einer Metastase untersucht. Falls das nicht möglich ist, kann auch Gewebe des ursprünglichen Tumors getestet werden. Allerdings besteht dann das Risiko, dass neu entstandene genetische Veränderungen nicht erkannt werden, die erst im Verlauf der Erkrankung aufgetreten sind.

Die ärztliche Leitlinie empfiehlt:

Wenn bisher keine auffälligen Ergebnisse aus einer genetischen Testung (Keimbahn-Testung) vorliegen, *soll* vor Beginn einer neuen medikamentösen Behandlung eine genetische Testung durchgeführt werden.

6.6.3 Kurz zusammengefasst: Welche Art von Prostatakrebs liegt vor?

Prostatakrebs kann nach zwei Kriterien eingeteilt werden:

1. Spricht der Tumor auf eine Hormonentzugstherapie an oder nicht?
 - Hormonsensitiv (hormonabhängig): Der Tumor reagiert auf Hormonentzug, wodurch sein Wachstum gebremst wird.
 - Kastrationsresistent (hormonunabhängig): Der Tumor wächst weiter, obwohl die Hormonproduktion stark abgesenkt wurde.
2. Hat der Tumor gestreut oder nicht?
 - Nicht gestreut: Keine Fernmetastasen; Lymphknoten im Becken können betroffen sein.
 - Gestreut: Metastasen in Lymphknoten außerhalb des Beckens, in Knochen oder inneren Organen.

	Hormonsensitiv	Kastrationsresistent
Nicht gestreut	nmHSPC	nmCRPC
Gestreut	mHSPC	mCRPC

Hinweis: Prostatakrebs, der noch nicht gestreut hat und auf Hormonentzug reagiert (nmHSPC), wird in der Patientenleitlinie 1 („Lokal begrenzter und lokal fortgeschrittener Prostatakrebs sowie Prostatakrebs mit Befall der Beckenlymphknoten“) beschrieben.

7 Die Behandlung planen

Nach Abschluss der Untersuchungen kann Ihr Behandlungsteam Ihre Erkrankung genau beschreiben, in verschiedene Stadien einteilen, Ihren Krankheitsverlauf abschätzen und somit die passende Behandlung wählen. Sie erfahren in diesem Kapitel auch, wer an der Behandlung beteiligt ist und wo Sie behandelt werden können, vielleicht sogar im Rahmen einer klinischen Studie.

7.1 Aufklärung und Information

Wichtig für Sie zu wissen: Prostatakrebs ist kein Notfall. Sie haben meist genug Zeit, sich gut zu informieren und nachzufragen. Auch und gerade bei Krebs ist es wichtig, anstehende Entscheidungen erst nach sorgfältiger Prüfung zu treffen.

Um gemeinsam über das weitere Vorgehen entscheiden zu können, *sollen* Sie im Gespräch mit Ihrem Arzt über alle wichtigen Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Dabei soll erklärt werden, welche Erfolgsaussichten die Therapien bieten und welche Auswirkungen sie auf Ihr Leben (vor allem in Hinblick auf mögliche Probleme mit der Gliedversteifung (Erektionsprobleme) oder der Kontrolle über Urin und Stuhl) haben können.

Im Beratungsgespräch *sollen* ebenfalls Ihre persönlichen Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste zur Sprache kommen und berücksichtigt werden.

Wenn Sie mehr Zeit brauchen, um sich mit den Informationen auseinanderzusetzen oder eine Entscheidung zu treffen, *soll* Ihnen die Möglichkeit für weitere Gespräche angeboten werden.

Wie weit Sie an den Behandlungsentscheidungen teilnehmen möchten, bestimmen Sie selbst. Auch Angehörige haben in dieser Situation ein hohes Informationsbedürfnis. Ihr Partner kann Ihnen helfen, Informationen besser zu verstehen und Sie aktiv bei der Krankheitsverarbeitung unterstützen. Deshalb *soll* Ihnen die Möglichkeit angeboten werden, Ihren Partner zu Aufklärungs- und Beratungsgesprächen mitzubringen. Ob und welche Informationen Ihr Partner erhalten darf, entscheiden selbstverständlich Sie allein.

Wie Sie selbst zusätzliche gute und verlässliche Informationen im Internet finden können, erfahren Sie im Kapitel „Unterstützungs- und Informationsbedarf“ ab Seite 11.

Eine Krebserkrankung wirkt sich auch immer auf Ihr gewohntes Lebensumfeld aus und verändert Ihren Alltag und den Ihrer Angehörigen. Neben der medizinischen Versorgung gibt es daher weitere Hilfen zur Bewältigung der Krankheit. Manchmal entstehen durch die Erkrankung auch soziale Notsituationen. Für solche Probleme ist beispielsweise der Sozialdienst eine gute Anlaufstelle. Informationen zu

psychoonkologischen und sozialrechtlichen Themen bei einer Krebserkrankung erhalten Sie im Kapitel „Beratung suchen – Hilfe annehmen“ ab Seite 115.

Hilfreich kann auch sein, den Kontakt zu einer Selbsthilfeorganisation und Krebsberatungsstelle bereits nach der Mitteilung der Diagnose zu suchen, also noch bevor die Behandlung beginnt. Zu diesem Zeitpunkt werden Betroffene mit vielen Fragen konfrontiert, mit denen sie sich möglicherweise vor der Erkrankung noch nie beschäftigt haben, wie zum Beispiel: Wie gehe ich mit der neuen Lebenssituation um? Was kann ich selbst tun, damit ich mich besser fühle? Wo finde ich eine gute Klinik oder Rehabilitationseinrichtung? Wer hilft mir, wenn es mir einmal ganz schlecht gehen sollte? Im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 134 haben wir für Sie Ansprechpartner zusammengestellt.

Wenn Sie sich aktiv an der Behandlung beteiligen, kann sich dies positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass Sie Ihre Rechte kennen und wahrnehmen. Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 128.

7.2 Die Behandlung wählen – eine gemeinsame Entscheidung

7.2.1 Über die Behandlung entscheiden



Welche Behandlung bei wiedergekehrtem oder gestreutem Prostatakrebs empfohlen wird, erfahren Sie in den Kapiteln „Wie wird ein PSA-Rezidiv behandelt?“ und „Wie wird gestreuter Prostatakrebs behandelt?“.

Bei der Entscheidung spielen nicht nur medizinische Aspekte eine Rolle, sondern auch persönliche Fragen: Welche Auswirkungen haben mögliche Nebenwirkungen auf Ihr Befinden und Ihren Alltag? Können Sie sich die Behandlung in Ihrer Situation vorstellen? Welche Bedeutung hat Lebensqualität für Sie?

Diese Überlegungen sind ein zentraler Teil Ihrer Entscheidung. Sprechen Sie offen mit Ihrem Behandlungsteam über die Auswirkungen einer geplanten Therapie auf Ihren Alltag und Ihre individuellen Bedürfnisse.

7.2.2 Wer an der Behandlungsentscheidung beteiligt sein kann

Zur Behandlung von Prostatakrebs stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung – doch es gibt keine allgemeingültige Standardlösung, die für alle Männer gleich gut geeignet ist. Vielmehr muss individuell und sorgfältig abgewogen werden, welche Behandlungsmöglichkeiten in Ihrem speziellen Fall sinnvoll sind.

Deshalb ist es wichtig, dass Fachleute aus verschiedenen medizinischen Bereichen gemeinsam über Ihre Behandlung beraten – und dabei auch Ihre persönlichen Wünsche und Lebensumstände berücksichtigen.

Während der laufenden Behandlung und auch danach werden Sie in der Regel ambulant betreut, zum Beispiel in Praxen. Ein Krankenhausaufenthalt (also eine stationäre Betreuung) ist meist nur erforderlich, wenn Sie sich z. B. im Falle eines PSA-Rezidivs nach vorangegangener Strahlentherapie für eine nachträgliche operative Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) entscheiden.

Abhängig von der genauen Diagnose können unter anderem folgende Berufsgruppen an Ihrer Behandlung beteiligt sein:

- Urologen
- Onkologen
- Allgemeinmediziner
- Radiologen
- Nuklearmediziner

- Pathologen
- Strahlentherapeuten/ Radioonkologen
- Psychoonkologen
- Rehabilitationsmediziner
- Physiotherapeuten
- Pflegepersonal
- Sozialarbeiter
- Palliativmediziner

Bei der Behandlung von Prostatakrebs arbeiten also viele Fachrichtungen eng zusammen, um Ihre Versorgung bestmöglich sicherzustellen.

Besonders in zertifizierten Krebszentren profitieren Sie von einer hohen Behandlungsqualität und einer guten Vernetzung aller beteiligten Fachkräfte – im Sinne einer individuellen, ganzheitlichen Betreuung.

(!) Was ist ein zertifiziertes Prostatakrebszentrum?

In einem Prostatakrebszentrum arbeiten Fachleute verschiedener Fachrichtungen eng zusammen und betreuen Menschen mit Prostatakrebs während der akuten Behandlung und danach: Sowohl im Krankenhaus (stationär) als auch im niedergelassenen Bereich (ambulant) arbeitet ein Netzwerk von Krebspezialisten (Ärzte, Pflegende, Psychologen, unter Einbeziehung der Selbsthilfe) gemeinsam an der Behandlung.

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) zeichnet Prostatakrebszentren aus, die diese besonderen Ansprüche erfüllen mit einem Qualitätssiegel.

Für dieses Siegel muss das Prostatakrebszentrum nachweisen, dass

- es große Erfahrung in der Behandlung von Prostatakrebs hat,
- die Behandlung dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht,
- das Personal qualifiziert ist und sich regelmäßig in der Behandlung von Prostatakrebs fortbildet,
- es über die erforderliche Ausstattung und Technik verfügt,
- eine enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen besteht
- und es über ein Netzwerk von Krebspezialisten verfügt.

Es reicht nicht, wenn das Zentrum nur einmal seine Qualität nachweist:

Jedes Jahr besuchen Fachexperten das Zentrum, schauen sich Patientenakten an und sprechen mit den Behandelnden, um zum Beispiel zu überprüfen

- wie gut die Behandlung im Zentrum dem wissenschaftlichen Stand entspricht,
- ob zu viele vermeidbare Nebenwirkungen bei Patienten entstehen,
- ob die Behandelnden Notfälle und Komplikationen gut und sicher bewältigen können.

Nur Zentren, die in allen Bereichen gute Ergebnisse vorweisen, dürfen den Namen „DKG-zertifiziertes Prostatakrebszentrum“ tragen. Wenn das Zentrum die Anforderungen nicht erfüllt, verliert es das Qualitätssiegel und darf sich auch nicht mehr „DKG-zertifiziertes Prostatakrebszentrum“ nennen.

Die Behandlung in einem zertifizierten Prostatakrebszentrum bringt Ihnen folgende Vorteile:

- eine umfassende Betreuung – von der Diagnose über die Therapieplanung bis hin zur Nachsorge;
- eine sorgfältige Behandlungsplanung – Ihre Behandlung wird von einem fachübergreifenden Team gemeinsam in einer Tumorkonferenz besprochen;
- eine Behandlung, die dem neuesten wissenschaftlichen Stand entspricht und regelmäßig überprüft wird;
- Unterstützung – Sie haben jederzeit die Möglichkeit mit dem Sozialdienst und Psychologen zu sprechen.

(!) Wie finde ich ein zertifiziertes Prostatakrebszentrum in meiner Nähe?

Ihr behandelnder Arzt oder Ihre Krankenkasse kann Ihnen bei der Suche nach einer geeigneten Institution helfen. Im Internet können Sie selbst nach einem Zentrum in Ihrer Nähe suchen. Zertifizierte Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. finden Sie unter <http://www.oncomap.de>.

(!) Die Tumorkonferenz

In Krankenhäusern, die auf die Behandlung von Krebs spezialisiert sind, gibt es Tumorkonferenzen. Ärzte aller beteiligten Fachrichtungen treffen sich in regelmäßigen Sitzungen und beraten für jeden Patienten gemeinsam und ausführlich das weitere Vorgehen. In einer solchen Tumorkonferenz soll das Behandlungsteam die in Ihrem Fall bestmögliche Behandlung finden und dabei alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse, Ihren körperlichen Zustand sowie mögliche vorhandene weitere Erkrankungen berücksichtigen. Besprechen Sie mit Ihren Ärzten die in der Tumorkonferenz empfohlene Behandlung ausführlich.

Die endgültige Entscheidung über eine Behandlung liegt bei Ihnen selbst. Fragen Sie nach Erfolgsaussichten sowie Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Möglichkeiten, denn Ihre Therapieentscheidung zieht unter Umständen beträchtliche Folgen für Ihr weiteres Leben und Ihre Lebensqualität nach sich. Deshalb nehmen Sie

sich ruhig Zeit, um gegebenenfalls mehrere Gespräche mit Ihren Ärzten zu führen und in Ruhe nachzudenken.

Schreiben Sie im Gespräch mit, was Ihnen wichtig erscheint. So können Sie auch später in Ruhe noch einmal alles überdenken. Und fragen Sie immer wieder und so lange nach, bis Ihnen wirklich alles klar ist. Auch Gespräche mit Menschen, denen Sie vertrauen, zum Beispiel Angehörige oder Freunde, können Ihnen weiterhelfen. Doch lassen Sie sich dabei nicht in eine Richtung drängen. Wichtig ist nur, dass Sie in einem angemessenen Zeitrahmen bewusst eine Entscheidung treffen.

(!) Lebensqualität – was ist das?

Der Wert einer Krebsbehandlung bemisst sich nicht nur daran, ob das Leben verlängert werden kann. Wichtig ist auch, ob und wie sie die Lebensqualität beeinflusst.

Für viele Menschen mit Krebs bedeutet Lebensqualität, weitestgehend schmerzfrei und ohne größere Beschwerden oder Einschränkungen leben zu können. Für viele gehört auch dazu, den Alltag selbstständig zu meistern, soziale Beziehungen weiter zu pflegen und mit unangenehmen Gefühlen wie Angst und Traurigkeit umgehen zu können. Vielleicht gehört auch ein aufgrund der Erkrankung oder der Behandlung verändertes Aussehen dazu. Jeder Mensch beurteilt anders, was für sein Leben wichtig ist und was ihn zufrieden macht. Der Begriff Lebensqualität ist also sehr vielschichtig.

Die Behandlung kann auch Nebenwirkungen mit sich bringen, die Ihre Lebensqualität möglicherweise beeinträchtigen. Ihre behandelnden Ärzte können Ihnen die medizinischen Folgen einer Therapie erläutern: ob es eine Aussicht auf Lebensverlängerung oder Schmerzlinderung gibt, ob Folgen der Krankheit gemildert werden können, wie stark sich die Behandlung auf den Körper auswirken kann. Aber was Lebensqualität für Sie bedeutet, welche Behandlungsziele für Sie wichtig sind und welche Belastungen Sie durch eine Therapie auf sich nehmen wollen, wissen nur Sie allein. Denn das hängt von Ihren persönlichen Bedürfnissen und Ihrer Lebenssituation ab. Deshalb ist es wichtig, dass Sie mit Ihrem Behandlungsteam darüber reden. So finden Sie gemeinsam am ehesten den Weg, der zu Ihnen passt.

(?) Mögliche Fragen vor Beginn einer Behandlung

- Sind alle notwendigen Untersuchungen erfolgt?
- Liegen die Untersuchungsergebnisse vor?
- Wo genau sitzt der Tumor?
- Sind Metastasen nachgewiesen? Wie viele sind es? Wo befinden sie sich?
- In welchem Stadium befindet sich meine Erkrankung?
- Kann der Krebs voraussichtlich vollständig entfernt werden? Ist trotz der vollständigen Entfernung des Krebses eine weitere Behandlung notwendig?

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Welche Behandlungen kommen speziell für mich infrage und warum?
- Welche Vor- und Nachteile haben sie?
- Welche Auswirkungen hat die Behandlung auf meinen Alltag?
- Wie viel Zeit habe ich, eine Behandlungsentscheidung zu treffen?
- Kann ich eine Entscheidung später auch nochmal ändern?
- Gibt es eine Studie, an der ich teilnehmen könnte (siehe unten)?

(!) Ihre Entscheidung

Tipps für das Arztgespräch:

- Erbitten Sie eine Kopie Ihrer Behandlungsunterlagen. So haben Sie alle wichtigen Informationen bei sich – und können bei Bedarf eine Zweitmeinung einholen.
- Nehmen Sie eine vertraute Person mit. Zu zweit hört man mehr – und Sie haben jemanden, mit dem Sie das Gesagte später in Ruhe besprechen können.
- Machen Sie sich Notizen. Bringen Sie einen Block oder ein Notizheft mit und schreiben Sie wichtige Punkte direkt auf – das hilft, den Überblick zu behalten.

7.2.3. Ärztliche Zweitmeinung

Vielleicht sind Sie unsicher, ob eine vorgeschlagene Behandlung für Sie wirklich geeignet ist. Oder Sie fühlen sich nicht gut beraten. Wenn Sie Zweifel haben, sprechen Sie offen mit Ihren behandelnden Ärzten. Machen Sie dabei auch auf Ihre Unsicherheiten und Ihre Vorstellungen und Wünsche aufmerksam. Vielleicht hilft es Ihnen, sich auf ein solches Gespräch vorzubereiten, indem Sie sich Fragen aufschreiben und bei vertrauenswürdigen Quellen noch einmal gezielt Informationen suchen.

Lassen sich Ihre Zweifel auch in einem weiteren Gespräch nicht ausräumen oder bleibt das Gefühl, nicht sorgfältig genug beraten worden zu sein, können Sie eine zweite Meinung einholen. Das Patientenrechtegesetz enthält die Möglichkeit auf diese fachärztliche Zweitmeinung, allerdings nur unter bestimmten Umständen. Die zuständige Krankenkasse kann die Kosten nach vorheriger Rücksprache und mit einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt übernehmen. Mehr dazu lesen Sie im Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 128.



7.3 Ein Wort zu klinischen Studien

Neben der Behandlung mit bewährten Therapien können Patienten mit Prostatakrebs möglicherweise auch an klinischen Studien teilnehmen. Dabei handelt es sich um Untersuchungen im Rahmen der medizinischen Forschung, in denen Fragestellungen

zu neuen Therapien untersucht werden. Die Studienteilnehmer werden oft zufällig unterschiedlichen Gruppen zugewiesen, und nur ein Teil davon wird mit einem neuen Wirkstoff oder einer neuen Methode behandelt, der andere mit einer Vergleichstherapie, die häufig einer bewährten Behandlungsmethode entspricht. Dieses Vorgehen ist notwendig, um beispielsweise einen Vergleich zwischen verschiedenen Therapien mit einer höchstmöglichen Aussagekraft zu ermöglichen.

Klinische Studien sind wichtig: Sie helfen, die Versorgung zu verbessern. Wer daran teilnimmt, trägt dazu bei, dass Menschen besser behandelt werden können.

Klinische Studien werden aus verschiedenen Gründen durchgeführt:

- Sie prüfen, wie wirksam, verträglich und sicher eine neue Behandlung ist.
- Sie vergleichen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten miteinander. Denn oft ist nicht klar, welche der verfügbaren Therapien die beste ist.
- Manchmal geht es auch darum, bewährte Behandlungen durch Anpassungen weiter zu verbessern, sodass zum Beispiel weniger Nebenwirkungen auftreten.
- Nicht nur Behandlungen können miteinander verglichen werden, sondern auch Untersuchungsmethoden.

Ob es eine geeignete Studie gibt und ob die Teilnahme daran für Sie sinnvoll ist, können Sie zusammen mit Ihrem Behandlungsteam entscheiden. Sie sollten dabei die möglichen Vor- und Nachteile abwägen. Ein Vorteil ist der Zugang zu neuen Behandlungsverfahren für Sie. Außerdem können Sie somit bei der Entwicklung neuer und eventuell wirksamerer und verträglicherer Verfahren mithelfen.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an einer klinischen Studie entscheiden, wird man von Ihnen jedoch eine stärkere Beteiligung an der Behandlung einfordern, zum Beispiel in Form von zusätzlichen Untersuchungsterminen. Da neue Behandlungen noch nicht so gut erprobt sind, können unter Umständen bisher unbekannte Nebenwirkungen auftreten. Ebenso ist es möglich, dass die neue Behandlung lediglich genauso gut wirkt wie die bewährte. Außerdem ist bei vielen Studien weder Ihnen noch Ihrem Arzt bekannt, in welche der Behandlungsgruppen sie eingeteilt werden (Doppelblind-Studien). Die Ergebnisse werden allerdings im Studienverlauf regelmäßig geprüft. So können die teilnehmenden Personen gegebenenfalls auf das bessere Verfahren umgestellt werden.

Lassen Sie sich genau aufklären und informieren Sie sich, bis wann Sie Bedenkzeit haben. Entscheiden Sie nicht unter Druck.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist immer freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung auch jederzeit während der klinischen Studie zurückziehen und die Studie wieder verlassen. Es entsteht daraus für Sie kein Nachteil für die weitere Behandlung.

7.3.1 **Woran erkenne ich eine gute klinische Studie?**

Bevor Sie sich zur Teilnahme an einer Studie entschließen, lassen Sie sich zeigen, dass die Studie in einem öffentlichen Register geführt wird. Lassen Sie sich auch schriftlich geben, dass die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Hinweise auf Studien mit guter Qualität sind:

- eine umfassende Patientenaufklärung;
- eine Prüfung der Studie durch eine Ethikkommission;
- Beteiligung mehrerer Einrichtungen an der Studie (multizentrisch);
- ein ausführliches, öffentlich einsehbares Studienprotokoll, in dem die Ziele und Annahmen der Studie genau formuliert und begründet sind;
- Studien sollten vor allem prüfen, ob sich die Behandlung positiv auf das Überleben und die Lebensqualität auswirkt. Die untersuchten Behandlungsergebnisse sollten angemessen und für kranke Menschen bedeutsam sein.

Die Entscheidung zur Studienteilnahme kann durch ein ausführliches Aufklärungsgespräch der behandelnden Ärzte und die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen zur Studie unterstützt werden.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Internetseite des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) „Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“ unter <https://www.gesundheitsinformation.de/soll-ich-an-einer-klinischen-studie-teilnehmen.html>.

8 Wie wird ein PSA-Rezidiv behandelt?

Beim wiedergekehrten Prostatakrebs (PSA-Rezidiv) kommen – je nach individueller Situation – ein abwartendes Vorgehen, eine Salvage-Strahlentherapie ggf. kombiniert mit einer antihormonellen Therapie, eine Salvage-Prostatektomie, eine alleinige antihormonelle Therapie oder eine Behandlung mit hochintensivem fokussiertem Ultraschall (HIFU) in Frage. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Behandlungsoptionen die ärztliche Leitlinie für das PSA-Rezidiv empfiehlt. Einen Überblick bietet der Wegweiser durch die Behandlung auf der folgenden Seite.

KONSULTATIONSFASSUNG

8.1 Wegweiser durch die Behandlung – das PSA-Rezidiv (wiedergekehrter Prostatakrebs)

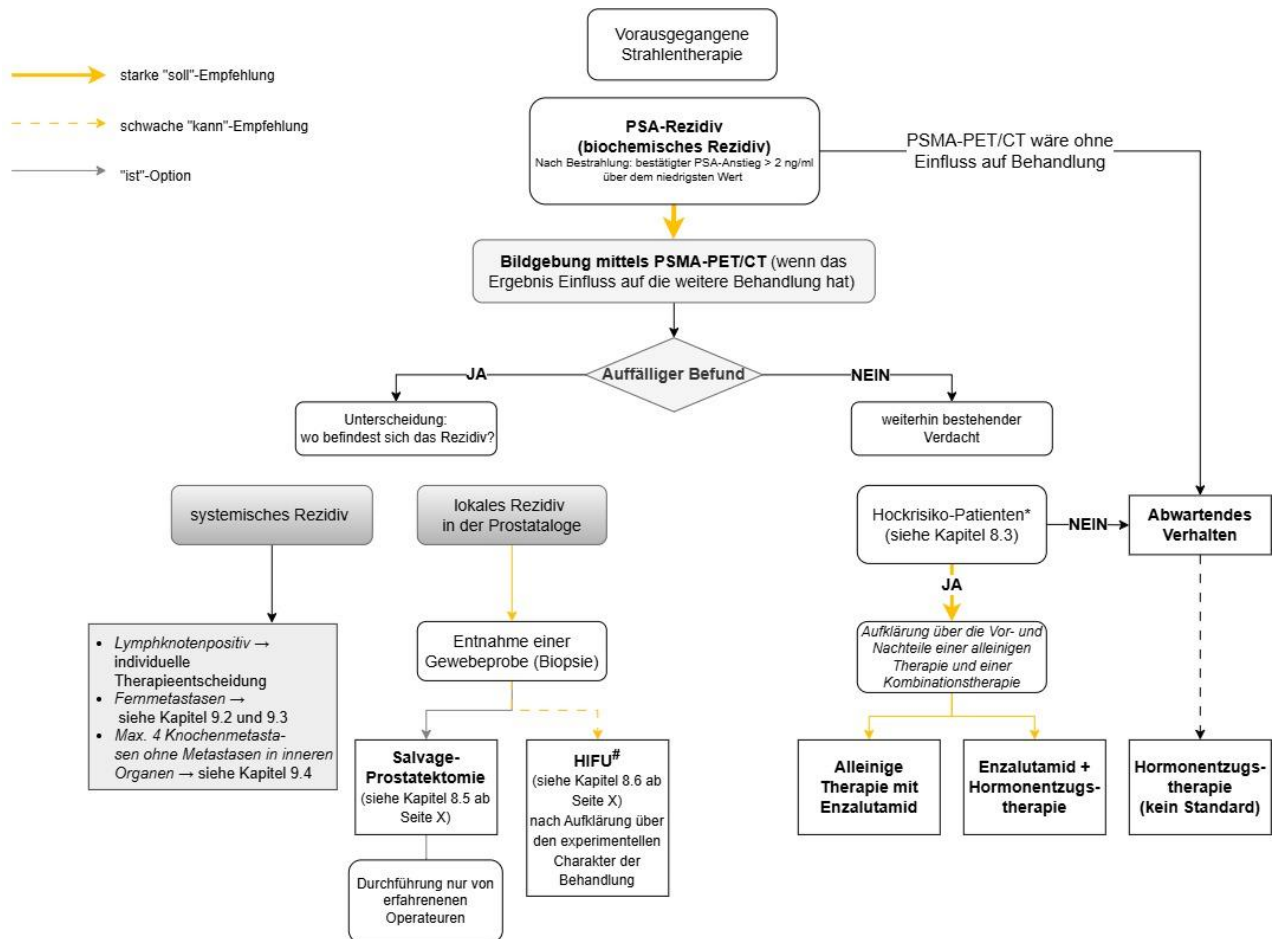


Abbildung Wegweiser durch die Behandlung – das PSA-Rezidiv (wiedergekehrter Prostatakrebs) nach vorausgegangener Strahlentherapie

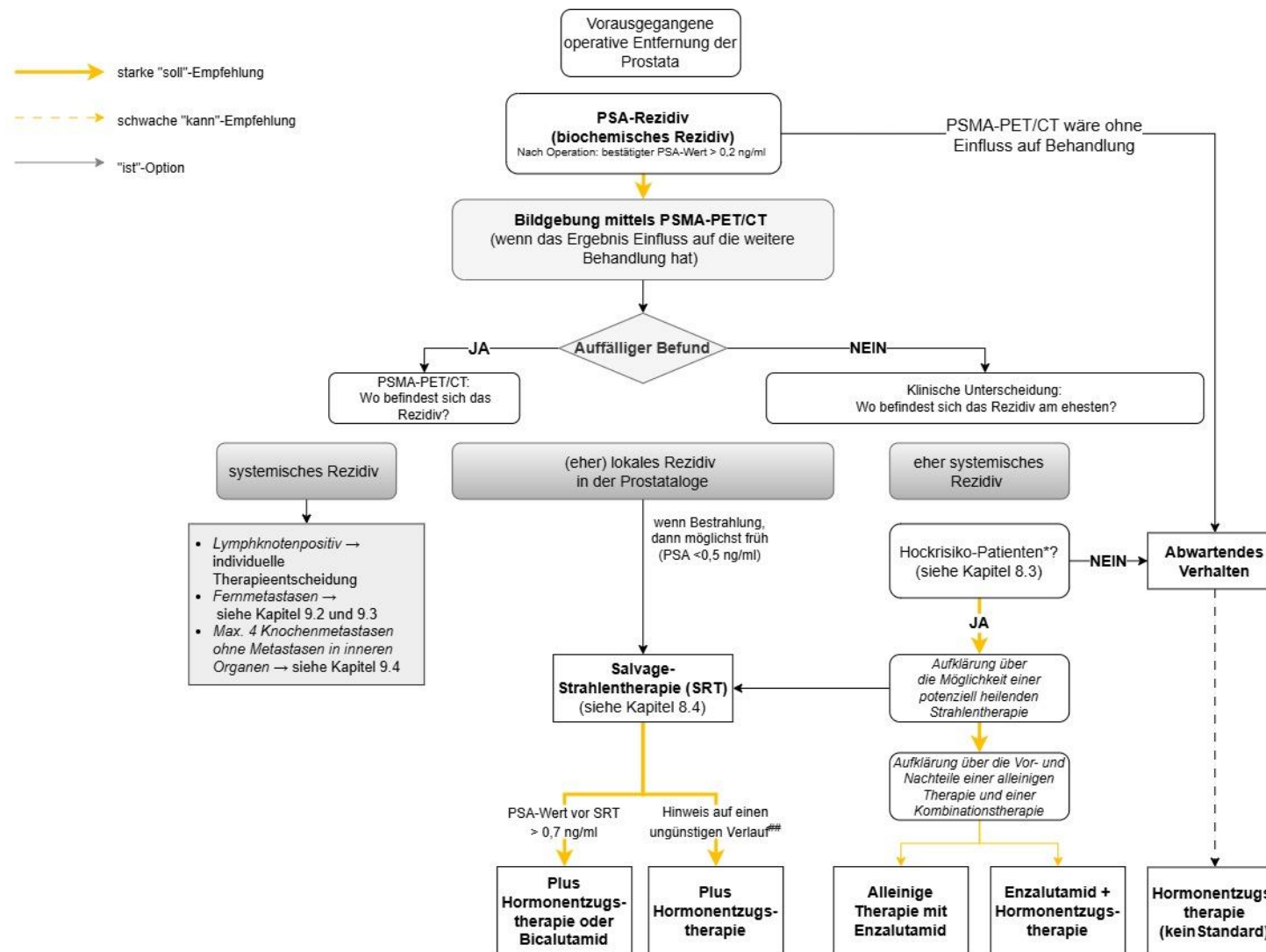


Abbildung Wegweiser durch die Behandlung – das PSA-Rezidiv (wiedergekehrter Prostatakrebs) nach vorausgegangener operativer Entfernung der Prostata

Hintergrundinformationen zur Abbildung Wegweiser durch die Behandlung – das PSA-Rezidiv (wiedergekehrter Prostatakrebs)

*Unter Hochrisiko-Patienten versteht man:

- PSA-Wert ≥ 1 ng/ml nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie),
- PSA-Wert ≥ 2 ng/ml über dem niedrigsten gemessenen Wert nach Strahlentherapie,
- PSA-Verdopplungszeit ≤ 9 Monate, oder
- Testosteron ≥ 150 ng/dl

#HIFU: Abkürzung für Hochintensiver fokussierter Ultraschall;

##Unter einem ungünstigen Verlauf versteht man:

- PSA-Verdopplungszeit < 12 Monate und
- Gleason-Score 8-10 (ISUP-Gruppe 4-5)

Bicalutamid: Medikament aus der Gruppe der antihormonellen Therapien. Nähere Informationen siehe Seite 54.

Enzalutamid: Medikament aus der Gruppe der antihormonellen Therapien. Nähere Informationen siehe Seite 54.

Gleason-Score bzw. ISUP-Gruppe: Erklärung siehe Seite 31.

Hormonentzugstherapie: Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden. Nähere Informationen siehe Seite 63.

PSA (prostataspezifisches Antigen) - Erklärung siehe Seite 22.

PSMA-PET/CT: PSMA-Positronenemissionstomografie/ Computertomografie – Erklärung siehe Seite 23.

Salvage-Prostatektomie: Nachträgliche Entfernung der Prostata, wenn der Prostatakrebs nach einer ersten Behandlung wieder auftritt.

Salvage-Strahlentherapie: Nachträgliche Bestrahlung, wenn der Prostatakrebs nach einer ersten Behandlung wieder auftritt.

8.2 Abwartendes Verhalten bei günstigen Krankheitsmerkmalen

Wenn der PSA-Wert nach einer vollständigen operativen Entfernung der Prostata (radikalen Prostatektomie) wieder ansteigt, bedeutet das nicht automatisch, dass der Krebs schnell fortschreitet oder sofort Beschwerden verursacht.

Was bedeutet „Abwartendes Verhalten“?

„Abwartendes Verhalten“ ist eine bewusste Entscheidung, zunächst keine Behandlung des Prostatakrebses durchzuführen – solange keine Beschwerden auftreten. Das Ziel dieser Strategie ist es, unnötige Belastungen und Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung zu vermeiden, wenn der Patient davon voraussichtlich nicht mehr profitieren wird. Im Vordergrund steht die Erhaltung der Lebensqualität. Gerade bei älteren oder gesundheitlich eingeschränkten Männern kann dieses Vorgehen sinnvoll sein. Auch die seelische Belastung spielt eine Rolle: Das Wissen, an einem unbehandelten Krebs zu leiden, kann belastend sein. Gespräche mit speziell geschulten Fachkräften können helfen, mit Ängsten, Unsicherheiten oder offenen Fragen besser umzugehen.

Wann kommt „Abwartendes Verhalten“ in Frage?

Bei Patienten mit PSA-Rezidiv und günstigen Krankheitsmerkmalen, also wenn sich der PSA-Wert nur langsam verdoppelt (erst nach mehr als 12 Monaten) und der Tumor weniger aggressiv ist (Gleason-Score unter 8 bzw. ISUP-Gruppe unter 4) – ist ein abwartendes und beobachtendes Vorgehen eine mögliche Option.

8.3 Wann spricht man von einem biochemischen Rezidiv mit hohem Risiko?

Wenn nach einer Behandlung des Prostatakrebses der PSA-Wert wieder ansteigt und bestimmte Risikofaktoren vorliegen – zum Beispiel ein PSA-Wert von mindestens 1 ng/ml nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie), ein Anstieg um mindestens 2 ng/ml über den niedrigsten nach der Behandlung erreichten PSA-Wert nach einer Bestrahlung, eine PSA-Verdopplungszeit von höchstens 9 Monaten oder ein Testosteronwert von mindestens 150 ng/dl –, spricht man von einem biochemischen Rezidiv (wiedergekehrten Prostatakrebs) mit hohem Risiko.

In dieser Situation *sollte* Ihnen eine Behandlung mit dem Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation Enzalutamid angeboten werden.

Es gibt zwei mögliche Behandlungsformen:

- Darreichung des Medikaments Enzalutamid als alleinige Therapie (Monotherapie)
- Enzalutamid in Kombination mit einer medikamentösen Hormonentzugstherapie

Vor Beginn der Behandlung *sollen* Patienten ausführlich über die jeweiligen Vor- und Nachteile beider Optionen informiert werden.

Wenn bisher keine Strahlentherapie durchgeführt wurde, *soll* außerdem unbedingt besprochen werden, ob eine Bestrahlung als möglicherweise heilende Behandlungsoption infrage kommt.

8.4 Salvage-Strahlentherapie bei einem Rezidiv nach einer vorausgegangenen Prostatektomie

Wenn der PSA-Wert nach einer vollständigen operativen Entfernung der Prostata (vorausgegangene radikale Prostatektomie) wieder ansteigt, *soll* Ihr Behandlungsteam Ihnen eine Salvage-Strahlentherapie – also eine nachträgliche Bestrahlung – anbieten, sofern die Lymphknoten der Prostataloge (dem Bereich, in dem die Prostata liegt oder gelegen hat) nicht befallen sind oder hierzu keine Informationen vorliegen. Die ärztliche Leitlinie empfiehlt eine Gesamtstrahlendosis von mindestens 66 Gy.

Die Entscheidung für eine Salvage-Strahlentherapie nach einer Entfernung der Prostata wird immer auf Ihre persönliche Situation abgestimmt. Dabei spielen zum Beispiel Ihr Alter, Ihr PSA-Wert vor der Bestrahlung, bestehende Krankheiten und Ihre allgemeine Gesundheit eine Rolle.

8.4.1 Was Sie über die Bestrahlung wissen sollen?

Bei der Strahlentherapie, auch Bestrahlung oder Radiotherapie genannt, werden hoch-energetische Röntgenstrahlen direkt auf das Tumorgewebe gerichtet. Diese schädigen die Zellkerne so, dass die Krebszellen sich nicht mehr teilen können und absterben. Die Strahlung kann auch auf gesunde Zellen in der Umgebung wirken. Es ist heute aber möglich, die Strahlung so gezielt auszusenden, dass überwiegend Krebszellen zerstört werden. So wird das umliegende Gewebe weitgehend geschont.

Eine Strahlentherapie erfolgt meist ambulant. Die Stärke der Strahlung wird in der Einheit Gray (Gy) angegeben. Die gesamte Strahlendosis erhalten Sie aufgeteilt in kleine Einzelportionen, wobei eine einzelne Bestrahlung meist nur einige Minuten dauert. Die Strahlen verursachen keine Schmerzen, Sie spüren sie überhaupt nicht.

In der Regel erfolgt die Bestrahlung an fünf Tagen pro Woche, von Montag bis Freitag. Am Wochenende ist Pause, damit sich der Körper erholen kann. Die gesamte Behandlung wird sich über mehrere Wochen erstrecken.

Welche Nebenwirkungen können bei der Strahlentherapie auftreten?

Die Bestrahlung der Prostataloge (dem Bereich, in dem die Prostata gelegen hat) erfolgt heutzutage mit modernen, sehr zielgerichteten Verfahren. Das ermöglicht eine sehr präzise Behandlung, bei der das gesunde umliegende Gewebe – wie Blase und Darm – weitgehend geschont wird. Trotzdem können Nebenwirkungen auftreten, die meist vorübergehend sind. Falls während oder nach der Behandlung Beschwerden auftreten, ist es wichtig, dass Sie diese offen ansprechen – auch wenn sie Ihnen vielleicht als „nicht so schlimm“ erscheinen. Welche Maßnahmen bei eintretenden Nebenwirkungen ergriffen werden können, erfahren Sie im Kapitel „Unterstützende Behandlung“ auf Seite 97.

Wann wird mit der Bestrahlung begonnen?

Die Bestrahlung **soll** möglichst früh begonnen werden – idealerweise, wenn der PSA-Wert noch unter 0,5 ng/ml liegt. So sind die Heilungschancen am größten.

Müssen die Lymphabflusswege mit bestrahlt werden?

Wenn ursprünglich keine Lymphknoten befallen waren und die Bestrahlung frühzeitig beginnt, **sollten** die Lymphabflusswege **nicht** mitbestrahlt werden. Dadurch können unnötige Nebenwirkungen vermieden werden.

(?) Fragen vor einer Strahlentherapie

- Wie läuft die Strahlentherapie ab?
- Wie oft und wie lange muss ich bestrahlt werden?
- Falls berufstätig oder anderweitig eingebunden: Kann bei mir ggf. eine moderate oder massive Erhöhung der täglichen Strahlungsdosis in Erwägung gezogen werden, um die Behandlungszeiten zu verkürzen?
- Welche Therapieformen sind bei mir sinnvoll: die intensitätsmodulierte oder die stereotaktische Strahlentherapie?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen? Was kann ich dagegen tun?
- Wenn Nebenwirkungen auftreten: Welche Mittel kann ich zu Hause selbst anwenden? Wann sollte ich mein Behandlungsteam informieren?
- Mit welchen Langzeitfolgen muss ich rechnen? Welche Mittel gibt es dagegen?
- Wie wird sich die Behandlung auf meinen Alltag auswirken?
- Was muss ich bei meiner Ernährung beachten?
- Hat die Strahlentherapie Einfluss auf meinen Appetit und mein Gewicht?
- Was machen wir, wenn ich die Behandlung nicht vertrage?
- Gibt es eine Studie, an der ich teilnehmen könnte?
- Wobei können Angehörige und mein Freundeskreis mich unterstützen?
- Was passiert, wenn ich mich gegen eine Strahlentherapie entscheide?
- Ist zusätzlich zur Bestrahlung eine weitere Behandlung notwendig?

8.4.2 Wann wird eine zusätzliche antihormonelle Therapie zusätzlich zur Strahlentherapie durchgeführt?

Wenn der PSA-Wert vor der Salvage-Strahlentherapie über 0,7 ng/ml liegt, *soll* zusätzlich zur Bestrahlung eine Hormonentzugstherapie oder das Medikament Bicalutamid angeboten werden.

Die Kombination aus Bestrahlung und antihormoneller Therapie verbessert in manchen Situationen die Heilungschancen und verlängert das Überleben im Vergleich zu einer alleinigen Bestrahlung. Allerdings wird die Kombination nur dann empfohlen, wenn ein hohes Risiko für ein Fortschreiten der Erkrankung besteht. Unter Bicalutamid können auch mögliche schwere Nebenwirkungen, wie z. B. Herz-Kreislauf- oder neurologische Probleme, auftreten. Deshalb wird die zusätzliche Hormonblockade nur eingesetzt, wenn wirklich ein erhöhtes Risiko für ein Fortschreiten besteht.

In Ergänzung hat die Leitliniengruppe folgende Empfehlung formuliert:

Patienten, deren PSA-Wert nach der operativen Entfernung der Prostata wieder ansteigt und bei denen Anzeichen für einen ungünstigen Krankheitsverlauf vorliegen – zum Beispiel ein schnelles Ansteigen des PSA-Werts (Verdopplungszeit unter 12 Monaten)

oder ein aggressiver Tumorbefund (Gleason-Score 8–10) –, *soll* eine Kombination aus einer nachträglichen Bestrahlung und einer Hormonentzugstherapie angeboten werden. Voraussetzung ist, dass keine Lymphknoten befallen sind oder hierzu keine gesicherten Informationen vorliegen.

Wie lange erfolgt die Hormonentzugstherapie?

Die Dauer der Hormonentzugstherapie *kann* sich an Ihrem Risikoprofil orientieren:

Risikogruppe	Empfehlung
Erhöhtes* Progressionsrisiko	Hormonentzug für 6 Monate
Hohes** Progressionsrisiko	Hormonentzug für 24 Monate
*PSA-Wert vor der Nachbestrahlung 0,6–1,0 ng/ml, mäßig aggressiver Tumor (Gleason 7 / ISUP 2–3), eventuell positiver Schnittrand **PSA-Wert vor der Nachbestrahlung über 1,0 ng/ml, stark aggressiver Tumor (Gleason 8–10 / ISUP 4–5), mehrere ungünstige Faktoren kombiniert	

So kann die Behandlung individuell angepasst werden, um den größten Nutzen zu erzielen und Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten.

Von besonderer Bedeutung ist, dass Ihre Behandlung genau auf Sie abgestimmt wird. Dabei wird Ihre persönliche Situation – zum Beispiel Ihr Alter, Ihre allgemeine Gesundheit und das Risiko, dass der Krebs fortschreitet – im Rahmen eines Tumorboards berücksichtigt, um eine passende Therapieempfehlung auszusprechen.

Was versteht man genau unter einer antihormonellen Therapie?

Prostatakrebszellen benötigen das männliche Geschlechtshormon Testosteron, um zu wachsen und zu überleben. Ziel der antihormonellen Therapie ist es, das Wachstum der Krebszellen zu hemmen bzw. den Tumor in Rückbildung zu bringen, entweder indem der Testosteronspiegel gesenkt oder seine Wirkung am Tumor blockiert wird. Dadurch kann das Wachstum der Krebszellen zumindest verlangsamt, häufig gestoppt oder der Tumor sogar in Rückbildung gebracht werden – oft über Monate oder sogar Jahre. Eine vollständige Heilung ist allein mit diesen Medikamenten jedoch nicht möglich.

Hierfür stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung.

1. Hormonentzugstherapie (Fachausdruck: Androgendeprivationstherapie, abgekürzt: ADT): Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH–

Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden.

- GnRH-Agonisten
- GnRH-Antagonisten

2. Antiandrogene

a) Androgenrezeptorblocker der ersten Generation

- z. B. Bicalutamid

b) Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation. Der Begriff ARPI wird in der klinischen Praxis meist für Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation verwendet.

- z. B. Enzalutamid, Apalutamid, Darolutamid

c) Androgensyntheseblocker

- z. B. Abirateron (Diese Substanz kommt derzeit beim wiederkehrenden Prostatakrebs nicht zum Einsatz und wird hier nur der Vollständigkeit halber vorgestellt.)

Eine antihormonelle Therapie kann den Erfolg der Bestrahlung und damit die Heilungsaussichten bei Prostatakrebs verbessern und wird deshalb oftmals begleitend zur Bestrahlung eingesetzt.

Die Medikamente für eine antihormonelle Therapie können auf unterschiedliche Weise verabreicht werden: Manche werden in regelmäßigen Abständen gespritzt, andere täglich als Tablette eingenommen. Es gibt auch Präparate, die als kleines Stäbchen unter die Haut eingesetzt werden und über viele Monate wirken.

Welche Nebenwirkungen hat die antihormonelle Therapie?

Die antihormonelle Therapie kann verschiedene Beschwerden verursachen, zum Beispiel:

- Verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
- Hitzewallungen
- Müdigkeit, weniger Antrieb, Neigung zu Niedergeschlagenheit (Depressivität)
- Verlust des sexuellen Verlangens (Libido) und der Fähigkeit zur Gliedversteifung (Erektion)

Unter Langzeit- oder Dauertherapie ggf. auch:

- Muskelabbau und Gewichtszunahme

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Knochenschwund (Osteoporose)
- Blutarmut (Anämie)



Einige dieser Nebenwirkungen lassen sich gezielt behandeln. Mehr hierzu erfahren Sie auf Seite 101.

(?) Fragen zur antihormonellen Therapie

- Ist die antihormonelle Therapie für mich geeignet? Warum?
- Welche Form der antihormonellen Therapie kommt für mich in Frage?
- Wird die Behandlung als Spritze (Depotpräparat) oder als Tabletten durchgeführt? Welche Vor- und Nachteile haben diese Formen?
- Wenn Tabletten eingenommen werden: Zu welchen Tageszeiten sollten sie eingenommen werden?
- Müssen die Tabletten nüchtern oder zusammen mit einer Mahlzeit eingenommen werden?
- Mit welchen Nebenwirkungen habe ich zu rechnen? Was kann ich dagegen tun? Gehen diese Nebenwirkungen nach dem Ende der Behandlung wieder zurück?
- Kann die Behandlung unterbrochen werden oder angepasst werden, wenn Nebenwirkungen auftreten?
- Woran erkenne ich, ob die Behandlung wirksam ist?
- Kann ich eine antihormonelle Therapie auch durchführen, wenn ich an Diabetes leide?
- Ist eine antihormonelle Therapie möglich, wenn ich bereits einen Schlaganfall hatte oder an Herz- bzw. Kreislauferkrankungen leide?

Im Verlauf der Erkrankung – insbesondere bei einer länger andauernden antihormonellen Therapie – können sich Krebszellen entwickeln, die unabhängig von Androgenen wachsen. Diese werden als androgenunabhängig oder kastrationsresistent bezeichnet. „Androgen“ ist der Oberbegriff für männliche Geschlechtshormone, das Wichtigste ist Testosteron.

8.5 Operation eines Rezidivs (Salvage-Prostatektomie)

Wenn der PSA-Wert nach einer Bestrahlung wieder ansteigt und die bildgebende Untersuchung (PSMA-PET/CT) Metastasen eher ausschließt, ist eine nachträgliche operative Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) eine der möglichen Therapieoptionen.

Bevor eine Salvage-Prostatektomie durchgeführt wird, *sollte* zunächst sicher festgestellt werden, dass der Tumor tatsächlich wieder im Bereich der Prostata – also lokal –

zurückgekehrt ist. Das geschieht durch eine transrektale Stanzbiopsie (eine Gewebeprobe über den Enddarm).

Das Gewebe wird von einem spezialisierten Pathologen untersucht, der genau weiß, wie Gewebe nach einer Strahlentherapie aussieht, um Fehldiagnosen zu vermeiden.

Die Biopsie wird erst nach einem gesicherten PSA-Rezidiv durchgeführt, nicht bei einem vorübergehenden PSA-Anstieg nach Strahlentherapie. Je früher die Biopsie nach dem PSA-Rezidiv erfolgt, desto besser sind die Heilungschancen, da der Erfolg einer nachträglichen operativen Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) eng mit dem PSA-Wert zum Zeitpunkt der Operation zusammenhängt.

Was Sie über die Salvage-Prostatektomie wissen sollen?

Von einer Salvage-Prostatektomie spricht man, wenn die Prostata operativ entfernt wird, weil der Prostatakrebs nach einer vorherigen Behandlung erneut aufgetreten ist.

Bei der operativen Entfernung der Prostata wird die gesamte Prostata mit dem darin enthaltenen Tumorgewebe entfernt – zusammen mit einem Teil der Harnröhre, den Samenbläschen, einem Abschnitt des Samenleiters sowie gegebenenfalls dem Blasenhals. Anschließend wird eine neue Verbindung zwischen Harnblase und Harnröhre hergestellt – diese nennt man Anastomose. Falls notwendig, werden zusätzlich die benachbarten Lymphknoten (Beckenlymphknoten) entnommen.

Die operative Entfernung der Prostata (Prostatektomie) kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden:

- Offene Operation: Der Zugang zur Prostata erfolgt über einen größeren Hautschnitt. Meist wird dieser im Unterbauch gesetzt (retropubisch), seltener durch den Damm zwischen Anus und Penis (perineal).
- Laparoskopische Operation (Schlüssellochchirurgie): Über mehrere kleine Schnitte in der Bauchdecke werden feine Instrumente und eine Kamera in den Bauchraum eingeführt.
- Roboter-assistierte Operation: Auch hier werden die Instrumente über kleine Schnitte eingebracht. Der Arzt steuert diese jedoch nicht direkt, sondern über eine Konsole mithilfe eines Operationsroboters.

Die laparoskopische Operation und die Roboter-assistierte Operation sind minimal-invasive Verfahren, weil sie über kleine Hautschnitte durchgeführt werden.

Welche Risiken bestehen bei einer Salvage-Prostatektomie?

Die nachträgliche operative Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) ist technisch anspruchsvoll, da das Gewebe durch die vorangegangene Bestrahlung stark

verändert sein kann. Deshalb wird die Salvage-Prostatektomie von erfahrenen Operateuren durchgeführt.

Die operative Entfernung der Prostata nach einer Bestrahlung (Salvage-Prostatektomie) ist häufiger mit Komplikationen verbunden als bei einer Erstoperation:

- Harninkontinenz (unfreiwilliger Urinverlust):
- Narbenbedingte Verengung an der Stelle, wo Blase und Harnröhre wieder verbunden wurden und
- Verletzungen des Enddarmes
- Verlust der Erektionsfähigkeit

Das Ergebnis der nachträglichen operativen Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) hängt stark vom PSA-Wert zum Zeitpunkt des Eingriffs ab. Deshalb erfolgt sowohl die Biopsie zur Sicherung des Rezidivs als auch die nachträgliche operative Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie) möglichst zügig, sobald ein Rezidiv vermutet wird.

Nähere Informationen zu den möglichen Nebenwirkungen der operativen Entfernung der Prostata und dazu, wie man sie ggf. behandeln oder lindern kann, finden Sie ab Seite 98. Ihr Behandlungsteam unterstützt Sie dabei, mögliche Probleme früh zu erkennen und passende Maßnahmen zu ergreifen.



(?) Fragen vor einer nachträglichen operativen Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie); hier abgekürzt: Operation

- Wie viel Bedenkzeit habe ich?
- Welche Art von Operation ist bei mir möglich/nötig?
- Kann das Tumorgewebe voraussichtlich vollständig entfernt werden?
- Wie wird die Operation ablaufen?
- Welche Komplikationen können während und nach der Operation eintreten?
- Wie geht es nach der Operation weiter, zum Beispiel Dauer des Krankenhausaufenthalts, Rehabilitation, Nachsorge?
- Welche Auswirkungen hat die Operation später auf meinen Alltag?
- Welche langfristigen Folgen kann die Operation haben, und wie lassen sich diese behandeln? (zum Beispiel Probleme beim Wasserhalten (Harninkontinenz), Schwierigkeiten bei der Gliedversteifung (Impotenz) oder Anastomosenstriktur: narbenbedingte Verengung an der Stelle, wo Blase und Harnröhre wieder verbunden wurden)?
- Kann ich danach wieder normal essen?
- Kann ich wieder arbeiten?
- Wann kann ich wieder Sport treiben?

- Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Operation?
- Was passiert, wenn ich mich nicht operieren lasse?

Was hat es mit der Lymphknotenentfernung (Lymphadenektomie) auf sich?

Die Lymphe ist wie das Blut eine Körperflüssigkeit. Sie sammelt sich in Lymphknoten, wird dort gefiltert und wieder abgegeben. Die Lymphknoten sind über die Lymphbahnen miteinander verbunden. Das Lymphsystem reguliert den Flüssigkeitshaushalt im Körper und ist Teil des Immunsystems.

Lymphknoten finden sich im ganzen Körper. Sie sind 5 bis 20 mm groß und von einer Kapsel umgeben. Wenn ein Lymphknoten verdickt ist, kann das darauf hindeuten, dass der Körper eine Infektion oder Entzündung bekämpft – manchmal auch Krebszellen.

Krebszellen können sich über die Lymphe im Körper ausbreiten und in Lymphknoten ansiedeln. Die einzige verlässliche Möglichkeit, einen Befall der Beckenlymphknoten sicher festzustellen, ist ihre operative Entfernung – die sogenannte Lymphadenektomie. Dabei entnimmt das Operationsteam die Lymphknoten entlang der großen Blutgefäße im Becken.

Lymphozelen: Mögliche Komplikation nach Lymphknotenentfernung

Nach einer Lymphknotenentfernung können sich sogenannte Lymphozelen bilden – das sind mit Lymphflüssigkeit gefüllte Hohlräume im Körper.

Was können Lymphozelen verursachen?

Lymphozelen können größere Blutgefäße im Beckenbereich zusammendrücken, wodurch der Blutfluss gestört wird. Dadurch kann das Risiko für Blutgerinnsel (Thrombosen) oder Lungenembolien (ein Blutgerinnsel in den Lungengefäßen) steigen. In manchen Fällen können sich Lymphozelen auch entzünden und Beschwerden wie Schmerzen oder Fieber verursachen.

Wie werden Lymphozelen *nach Meinung der Experten* erkannt und behandelt?

Nach der nachträglichen operativen Entfernung der Prostata (Salvage-Prostatektomie); **sollte** ein Ultraschall durchgeführt werden, ggf. mit zusätzlicher Doppler-Untersuchung, um den Blutfluss zu kontrollieren.

Wenn Beschwerden oder Gefäßprobleme auftreten, **sollen** die Lymphozelen behandelt werden – meist durch eine gezielte Entlastung mittels Drainage – also einen kleinen Schlauch, über den die angesammelte Flüssigkeit unter Ultraschallkontrolle abgeleitet wird.

Wenn die Lymphknoten keine Beschwerden verursachen, *sollen* sie regelmäßig mittels Ultraschalls kontrolliert werden.

Wichtig: Lymphknoten können sich auch erst nach Wochen bilden oder vergrößern, daher sind mehrere Kontrolluntersuchungen sinnvoll.

(?) Fragen vor einer Entfernung der Beckenlymphknoten

- Ist es in meinem Fall medizinisch notwendig, die Beckenlymphknoten zu entfernen – oder kann darauf verzichtet werden?
- Welche Komplikationen können auftreten – und was kann man im Vorfeld oder danach dagegen tun?
- Wie viele Lymphknoten werden entfernt?
- An welchen Stellen im Körper werden Lymphknoten entfernt?
- Was passiert, wenn in den entnommenen Lymphknoten Krebszellen gefunden werden?
- Verlängert sich durch die Lymphknotenentfernung mein Krankenhausaufenthalt? Wird während der Operation eine sogenannte Schnellschnittuntersuchung gemacht, bei der ein Pathologe die Lymphknoten sofort überprüft? Kann die geplante Operation dadurch verändert oder abgebrochen werden?
- Könnte auch eine Bestrahlung nach der Operation eine Alternative zur Lymphknotenentfernung sein?
- Hat die Entfernung der Lymphknoten Auswirkungen auf mein Immunsystem?

Allgemeine Nebenwirkungen und Risiken von Operationen

Trotz aller Sorgfalt birgt eine Operation allgemeine Risiken, wie Nachblutungen, Wundinfektionen, Blutgerinnsel in den Beinen (Thrombosen) oder ein Blutgerinnsel in der Lunge (Lungenembolie). Zur Vorbeugung von Blutgerinnseln erhalten Sie meist 30 Tage lang ein blutverdünnendes Medikament. Ihr Arzt bespricht vor dem Eingriff ausführlich, welche Risiken und mögliche Nebenwirkungen bestehen, damit Sie sich gut informiert entscheiden können.

8.6 Hochintensiver Fokussierter Ultraschall (HIFU) bei einem PSA-Rezidiv

Tritt nach einer Bestrahlung ein Rezidiv auf, *kann* auch HIFU zum Einsatz kommen. Dabei werden sehr stark konzentrierte Ultraschallwellen gezielt auf das Krebsgewebe gelenkt. Die dadurch entstehende Wärme soll die Krebszellen zerstören. Patienten *sollen nach Meinung der Experten* darüber informiert, dass dieses Verfahren noch experimentell ist und welche anderen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

8.7 Behandlung bei anhaltend erhöhtem PSA-Wert

Nach der vollständigen operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) können zwei Situationen auftreten:

- Der PSA-Wert fällt zunächst auf null, steigt aber später wieder an. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass der Tumor zurückgekehrt ist.
- Der PSA-Wert sinkt gar nicht erst auf null, sondern bleibt direkt nach der Operation erhöht. Das nennt man einen persistierenden PSA-Wert.

Ein dauerhaft erhöhter PSA-Wert nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) kommt häufiger vor, wenn der Tumor bereits weiter fortgeschritten war, der Gleason-Score höher lag, der PSA-Wert schon vor der Operation hoch war oder der Tumor an den Schnittträgern noch nachweisbar ist. In diesen Fällen ist der weitere Krankheitsverlauf oft ungünstiger.

Wenn der PSA-Wert nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) nicht in den Nullbereich fällt, *sollte* die Behandlung im Wesentlichen der Therapie bei einem PSA-Rezidiv entsprechen:

Eine Salvage-Strahlentherapie ist in dieser Situation eine gute und wirksame Behandlungsmöglichkeit – sowohl allein als auch in Kombination mit einer Hormonentzugstherapie.

8.8 Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter?

Wenn Ihre Behandlung zunächst abgeschlossen ist, werden Sie durch Ihren Arzt weiterhin betreut. Das nennt man Nachsorge. Dabei geht es vor allem darum, Sie bei Behandlungsfolgen zu unterstützen und rechtzeitig einen weiteren Krankheitsrückfall zu erkennen und zu behandeln.

Ziel der Nachsorge ist es, einen weiteren Rückfall (Rezidiv), mögliche Metastasen oder auch einen zweiten Tumor frühzeitig zu erkennen. Außerdem sollen Beschwerden, die durch die Behandlung entstanden sind, gelindert und Ihre Lebensqualität verbessert werden. Sprechen Sie Ihren Arzt auch an, wenn Sie sich seelisch belastet fühlen – das ist ebenfalls Teil einer guten Nachsorge.

Regelmäßige Kontrollen:

- Die erste Kontrolluntersuchung *soll nach Meinung der Experten* bei Patienten ohne Beschwerden innerhalb von 12 Wochen nach Ende der Behandlung stattfinden.

- In den ersten zwei Jahren nach der Therapie finden die Nachsorgetermine alle drei Monate statt.
- Im dritten und vierten Jahr reichen halbjährliche Kontrollen.
- Ab dem fünften Jahr genügt in der Regel eine jährliche Nachsorge.

Was wird bei der Nachsorge untersucht?

Das wichtigste Kontrollinstrument ist die regelmäßige Bestimmung des PSA-Werts im Blut.

Die ärztliche Leitlinie empfiehlt: Bei Patienten ohne Beschwerden *soll* nach einer abgeschlossenen Behandlung regelmäßig der PSA-Wert im Blut kontrolliert werden.

Ein steigender PSA-Wert kann ein Hinweis auf ein Wiederauftreten des Krebses sein – meist früher als durch andere Untersuchungen.

Bei stabilem PSA-Wert ist ein Abtasten der Prostata oder des operierten Gewebes durch den Enddarm (digitale rektale Untersuchung) nicht notwendig.

Bildgebende Verfahren wie MRT oder CT werden nur durchgeführt, wenn Symptome auftreten, der PSA-Wert wieder ansteigt oder eine weitere Behandlung geplant ist. Bei einem eindeutig nachgewiesenen PSA-Anstieg kann ein PSMA-PET/CT zusätzlich eingesetzt werden, um mögliche Tumorherde frühzeitig und gezielt aufzuspüren. Wenn keine Auffälligkeiten bestehen, ist eine Bildgebung zur reinen Kontrolle nicht erforderlich.

8.8.1 Testosteronbehandlung nach erfolgreicher Behandlung – warum ist das notwendig?

Einige Männer entwickeln nach einer Behandlung von Prostatakrebs (z. B. durch eine Hormonentzugstherapie) einen Testosteronmangel. Das kann verschiedene Beschwerden verursachen, zum Beispiel Abgeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Knochenschwäche oder ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In solchen Fällen *kann* eine Behandlung mit Testosteron die Lebensqualität deutlich verbessern.

Ob eine solche Therapie in Frage kommt, muss immer individuell entschieden werden. Bisher ist noch nicht sicher geklärt, ob die Gabe von Testosteron das Risiko für ein Wiederauftreten des Krebses erhöht. Deshalb *sollte nach Meinung der Experten* eine besonders sorgfältige Aufklärung sowie eine engmaschige ärztliche Kontrolle während der Behandlung erfolgen.

8.8.2 Nachsorge unter begleitender antihormoneller Therapie

Bei einer antihormonellen Therapie sind regelmäßige Kontrollen wichtig, um zu prüfen, wie gut die Behandlung wirkt und ob Nebenwirkungen auftreten.

Im Rahmen von drei- bis sechsmonatigen Kontrolluntersuchungen *sollte* Ihr Arzt mit Ihnen über Ihre Beschwerden sprechen, Sie körperlich untersuchen und den PSA-Wert im Blut bestimmen.

Wichtig ist in jedem Fall, dass Ihr Arzt mit Ihnen über neue oder veränderte Beschwerden spricht, zum Beispiel über Knochenschmerzen. Außerdem wird Ihr körperlicher Zustand überprüft, zum Beispiel anhand von Hautfarbe oder Gewichtsveränderungen.

Weitere Laboruntersuchungen, zum Beispiel Blutbild oder Nierenwerte, *sollten* nur nach Bedarf durchgeführt werden, abhängig von Ihrer Situation und Ihren Symptomen.

Wenn der PSA-Wert nicht wie erwartet reagiert, kann zusätzlich der Testosteronspiegel kontrolliert werden. Bildgebende Verfahren wie Röntgen, CT, MRT, PSMA-PET/CT oder Knochenszintigrafie werden nicht routinemäßig eingesetzt, sondern nur, wenn neue Symptome auftreten oder die Ergebnisse für die weitere Behandlung wichtig sind.

9 Wie wird gestreuter Prostatakrebs behandelt?

Wenn sich der Prostatakrebs bereits im Körper ausgebreitet hat (wenn also Metastasen vorliegen), spricht man von einem gestreuten Prostatakrebs. In diesem Fall ist die Erkrankung nicht mehr heilbar. Das Ziel der Behandlung besteht darin, das Fortschreiten der Erkrankung zu bremsen, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern sowie das Überleben zu verlängern. Auch wenn Prostatakrebs gestreut hat, leben viele Männer noch über Jahre gut mit der Erkrankung.

9.1 Welche Medikamente stehen generell zur Behandlung des gestreuten Prostatakrebses zur Verfügung?

9.1.1 Die antihormonelle Therapie

Prostatakrebszellen benötigen das männliche Geschlechtshormon Testosteron, um sich zu vermehren und zu überleben. Ziel der antihormonellen Therapie ist es, das Wachstum der Krebszellen zu hemmen bzw. den Tumor in Rückbildung zu bringen, entweder indem der Testosteronspiegel gesenkt oder seine Wirkung am Tumor blockiert wird. Dadurch kann das Wachstum der Krebszellen zumindest verlangsamt, häufig gestoppt oder der Tumor sogar in Rückbildung gebracht werden – oft über Monate oder sogar Jahre. Eine vollständige Heilung ist allein mit diesen Medikamenten jedoch nicht möglich.

Bei gestreutem Prostatakrebs wird die antihormonelle Therapie in der Regel dauerhaft gegeben.

Im Verlauf der Erkrankung – insbesondere bei einer länger andauernden antihormonellen Therapie – können sich Krebszellen entwickeln, die sich unabhängig von Testosteron vermehren. Diese werden als androgenunabhängig oder kastrationsresistent bezeichnet. „Androgen“ ist der Oberbegriff für männliche Geschlechtshormone, das Wichtigste ist Testosteron.

Die Medikamente einer antihormonellen Therapie können auf unterschiedliche Weise verabreicht werden: Manche werden in regelmäßigen Abständen gespritzt, andere täglich als Tablette eingenommen. Es gibt auch Präparate, die als kleines Stäbchen unter die Haut eingesetzt werden und über viele Monate wirken.

Die Medikamente wirken auf unterschiedliche Weise: Sie können entweder den Spiegel des männlichen Hormons Testosteron senken oder dessen Wirkung auf die Krebszellen blockieren.

9.1.1.1. Welche antihormonellen Medikamente stehen zur Verfügung?

1. Hormonentzugstherapie (Fachausdruck: Androgendeprivationstherapie, abgekürzt: ADT): Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden.

- GnRH-Agonisten
- GnRH-Antagonisten

2. Antiandrogene

d) Androgenrezeptorblocker der ersten Generation

- z. B. Bicalutamid

e) Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation. Der Begriff ARPI wird in der klinischen Praxis meist für Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation verwendet.

- z. B. Enzalutamid, Apalutamid, Darolutamid

f) Androgensyntheseblocker

z. B. Abirateron

(!) Hormonentzug durch eine operative Entfernung des Hodengewebes: eine Alternative

Manche Männer möchten nicht regelmäßig Medikamente einnehmen oder wiederholt Spritzen erhalten. In diesem Fall kann auch eine operative Entfernung des Hodengewebes erfolgen, da dort der größte Teil der männlichen Hormone (Androgene) gebildet wird.

Der medizinische Fachbegriff für diesen Eingriff lautet Orchiektomie.

Wichtig zu wissen: Die Operation ist dauerhaft und lässt sich nicht rückgängig machen.

9.1.1.2. Welche Nebenwirkungen hat die antihormonelle Therapie?

Die antihormonelle Therapie kann verschiedene Beschwerden verursachen, zum Beispiel:

- Verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit

- Hitzewallungen
- Müdigkeit, weniger Antrieb, Neigung zu Niedergeschlagenheit (Depressivität)
- Verlust des sexuellen Verlangens (Libido) und der Fähigkeit zur Gliedversteifung (Erektion)

Unter Langzeit- oder Dauertherapie ggf. auch:

- Muskelabbau und Gewichtszunahme
- Herz-Kreislaferkrankungen
- Knochenschwund (Osteoporose)
- Blutarmut (Anämie)



Einige dieser Nebenwirkungen lassen sich gezielt behandeln. Mehr hierzu erfahren Sie auf Seite 101.

(?) Fragen zur antihormonellen Therapie

- Ist die antihormonelle Therapie für mich geeignet? Warum?
- Welche Form der antihormonellen Therapie kommt für mich in Frage?
- Wird die Behandlung als Spritze (Depotpräparat) oder als Tabletten durchgeführt? Welche Vor- und Nachteile haben diese Formen?
- Wenn Tabletten eingenommen werden: Zu welchen Tageszeiten sollten sie eingenommen werden? Müssen die Tabletten nüchtern oder zusammen mit einer Mahlzeit eingenommen werden?
- Mit welchen Nebenwirkungen habe ich zu rechnen? Was kann ich dagegen tun? Gehen diese Nebenwirkungen nach dem Ende der Behandlung wieder zurück?
- Kann die Behandlung unterbrochen werden oder angepasst werden, wenn Nebenwirkungen auftreten?
- Woran erkenne ich, ob die Behandlung wirksam ist?
- Kann ich eine antihormonelle Therapie auch durchführen, wenn ich an Diabetes leide?
- Ist eine antihormonelle Therapie möglich, wenn ich bereits einen Schlaganfall hatte oder an Herz- bzw. Kreislauferkrankungen leide?

9.1.2. Chemotherapie

Bei einer Chemotherapie werden Medikamente eingesetzt – sogenannte Zytostatika –, die das Wachstum von bösartigen Zellen stoppen bzw. verhindern, dass sich Zellen weiter vermehren. Tumorzellen teilen sich sehr schnell und häufig. Dadurch sind sie besonders empfindlich gegenüber diesen Medikamenten. Die Krebszellen werden geschädigt und sterben anschließend ab.

Zytostatika werden als Infusion über eine Vene verabreicht (über einen Tropf) oder können als Tabletten eingenommen werden. Eine Chemotherapie besteht aus mehreren Behandlungszyklen. Das bedeutet: Sie erhalten das Medikament in festgelegten Abständen, dazwischen gibt es Pausen, in denen sich Ihr Körper erholen und die Medikamente abbauen kann.

Wie lange eine Chemotherapie dauert, hängt von der Art des Medikaments und vom individuellen Behandlungsplan ab. Meist kann die Behandlung ambulant, also in einer onkologischen Praxis oder Tagesklinik, durchgeführt werden.

9.1.2.1. Welche Wirkstoffe werden bei Prostatakrebs eingesetzt?

Bei Männern mit Prostatakrebs, der sich bereits im Körper ausgebreitet hat, ist eine Chemotherapie eine mögliche Behandlungsoption. Dabei kommen vor allem zwei Chemotherapie-Medikamente aus der Gruppe der Taxane zum Einsatz: Docetaxel und Cabazitaxel. Welches davon infrage kommt, hängt von Ihrer persönlichen Erkrankungssituation und von bereits durchgeführten Therapien ab. Bei einer besonderen Form des Prostatakrebses, dem neuroendokrinen Prostatakarzinom, können unter Umständen auch platinhaltige Medikamente in Kombination mit Etoposid eingesetzt werden.

9.1.2.2. Mit welchen Nebenwirkungen geht die Chemotherapie einher?

Eine Chemotherapie kann neben der gewünschten Wirkung auf die Krebszellen auch gesunde Zellen im Körper beeinträchtigen. Dadurch können Nebenwirkungen auftreten. Welche Beschwerden auftreten und wie stark sie sind, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich.

Zu den häufigeren Nebenwirkungen einer Chemotherapie mit Docetaxel oder Cabazitaxel gehören zum Beispiel:

- Veränderungen des Blutbildes (z. B. Verminderung der weißen Blutkörperchen oder Blutarmut)
- Müdigkeit und allgemeine Schwäche
- Übelkeit oder Erbrechen
- Durchfall oder Entzündungen der Mundschleimhaut
- Haarausfall
- Veränderungen an Finger- oder Fußnägeln
- Missempfindungen oder Taubheitsgefühle an Händen und Füßen (Nervenschädigungen, sogenannte Neuropathien)

Viele dieser Nebenwirkungen können heute durch begleitende Maßnahmen gelindert oder behandelt werden. Ihr Behandlungsteam wird Sie während der Therapie eng begleiten und regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchführen.

Ausführliche Informationen zu Nebenwirkungen einer Chemotherapie sowie zu unterstützenden Maßnahmen finden Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

(?) Wichtig zu wissen...

Nebenwirkung ist nicht gleich Nebenwirkung und nicht jeder Mensch reagiert gleich auf eine Chemotherapie. Manche haben nur leichte Beschwerden oder empfinden die Begleitscheinungen als weniger belastend, bei anderen sind die Nebenwirkungen stärker ausgeprägt. Wichtig ist, dass Sie Veränderungen oder Beschwerden an Ihr Behandlungsteam rückmelden. Einige Nebenwirkungen lassen sich durch begleitende Medikamente oder unterstützende Maßnahmen vorbeugen, lindern oder sogar verhindern.

(?) Fragen zur Chemotherapie

- Ist die Chemotherapie für mich notwendig? Warum?
- Welche Form der Chemotherapie kommt für mich in Frage? Wird sie als Infusion („Tropf“) oder Tablette verabreicht? Wie läuft die Behandlung genau ab und wie lange dauert sie?
- Mit welchen Nebenwirkungen (z. B. Haarausfall, Veränderungen des Blutbildes, Nervenschädigungen an Händen oder Füßen) muss ich zu rechnen? Was kann gegen mögliche Nebenwirkungen getan werden? Gehen diese Nebenwirkungen nach dem Ende der Behandlung wieder zurück? Gibt es Maßnahmen, um Nervenschäden (Neuropathien) an Händen und Füßen vorzubeugen oder sie zu lindern?
- Kann die Behandlung unterbrochen oder angepasst werden, wenn starke Nebenwirkungen auftreten?
- Welche Blutuntersuchungen sind während der Behandlung notwendig und in welchen Abständen werden sie durchgeführt?
- Woran erkenne ich, ob die Behandlung wirksam ist?

9.1.3 Zielgerichtete Therapie

Bei der zielgerichteten Krebstherapie – auch Targeted Therapy genannt – kommen Medikamente zum Einsatz, die ganz gezielt Vorgänge in den Krebszellen blockieren. Sie richten sich gegen bestimmte Eigenschaften der Tumorzellen, die für deren Vermehrung und Ausbreitung wichtig sind. Diese Behandlung wirkt nur dann, wenn

der Tumor bestimmte biologische Merkmale – sogenannte „Targets“ – besitzt. Sind diese Merkmale vorhanden, können die Medikamente die Krebszellen gezielt schädigen.

9.1.3.1. Welche zielgerichteten Therapien werden bei Prostatakrebs eingesetzt?

In unseren Zellen passieren ständig kleine Fehler im Erbgut. Gesunde Zellen können diese meist gut reparieren, weil sie mehrere Reparaturmechanismen besitzen. Prostatakrebszellen sind auf ein bestimmtes Reparatur-Enzym angewiesen: das sogenannte PARP-Enzym.

PARP-Hemmer – auch PARP-Inhibitoren genannt – blockieren dieses Enzym. Die Krebszellen können die Schäden im Erbgut nicht mehr reparieren und sterben schließlich ab.

Wichtig: Gesunde Zellen haben zusätzliche Reparatursysteme. Sie kommen mit der Blockade besser zurecht – darum wirken PARP-Hemmer gezielter gegen Krebszellen.

Zielgerichtete Therapien können allein oder in Kombination mit einer antihormonellen Therapie eingesetzt werden. Dafür müssen bestimmte medizinische Voraussetzungen erfüllt sein:

- Im Tumor lassen sich bestimmte genetische Veränderungen nachweisen – vor allem in den Genen BRCA1 oder BRCA2.
- Der Prostatakrebs befindet sich im fortgeschrittenen Stadium und hat bereits in andere Körperbereiche gestreut.
- Die antihormonelle Therapie wirkt nicht mehr ausreichend und der Krebs wächst weiter. Fachleute sprechen dann von einem kastrationsresistenten Prostatakarzinom.

9.1.3.2. Welche Nebenwirkungen können bei zielgerichteten Therapien auftreten

Zielgerichtete Medikamente greifen meist gezielter Krebszellen an als viele klassische Chemotherapien. Trotzdem können auch sie Nebenwirkungen verursachen. Welche Nebenwirkungen auftreten können, hängt vom jeweiligen Medikament oder der Kombination verschiedener Mittel ab. Außerdem reagieren Menschen unterschiedlich auf diese Behandlungen, sodass die Beschwerden von Person zu Person variieren können.

Weitere Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

(?) Fragen zur zielgerichteten Therapie

- Ist eine zielgerichtete Therapie für mich geeignet? Warum wird sie empfohlen?
- Welche Form der zielgerichteten Therapie kommt für mich infrage?
- Muss vor Beginn der Behandlung ein Test auf bestimmte genetische Veränderungen durchgeführt werden?
- Wie wird die Therapie durchgeführt (z. B. Tabletten oder Kapseln) und wie häufig müssen die Medikamente eingenommen werden?
- Muss ich bei der Einnahme der Medikamente etwas Besonderes beachten (z. B. Einnahme zu einer bestimmten Tageszeit oder nüchtern)?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen? Was kann ich dagegen tun? Gehen diese Nebenwirkungen nach dem Ende der Behandlung wieder zurück?
- Kann die Behandlung unterbrochen oder angepasst werden, wenn Nebenwirkungen auftreten?
- Welche Kontrolluntersuchungen sind während der Behandlung notwendig?
- Woran lässt sich erkennen, ob die Behandlung wirksam ist?
- Kann die zielgerichtete Therapie mit anderen Behandlungen kombiniert werden?
- Muss ich während der Behandlung beim Sex verhüten? Wenn ja, wie lange?
- Kann die Therapie meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen? Darf ich weiterhin Auto fahren oder Maschinen bedienen?

9.1.4 Nuklearmedizin: Therapie mit Medikamenten

In der Nuklearmedizin werden Medikamente eingesetzt, die eine geringe Menge radioaktiver Substanz enthalten. Fachleute nennen diese Behandlung Radionuklidtherapie. Eine besondere Form dieser Behandlung ist die Radioligandentherapie.

Die nuklearmedizinischen Medikamente verteilen sich im Körper und lagern sich gezielt an Krebszellen oder Metastasen an. Dort geben sie ihre Strahlung ab und schädigen die Krebszellen von innen heraus.

9.1.4.1. Welche nuklearmedizinischen Medikamente gibt es bei Prostatakrebs?

Bei Prostatakrebs, der sich bereits im Körper ausgebreitet hat, kommen derzeit vor allem zwei nuklearmedizinische Medikamente infrage:

- Radium-223 (gehört zur Gruppe der Radionuklidtherapie)

Radium-223 (ein Alpha-Strahler) reichert sich an erkrankten Knochenstellen an und wirkt dort gezielt gegen Knochenmetastasen.

- Lutetium (^{177}Lu) Vipivotidtetraaxetan (gehört zur Gruppe der Radioliganden-therapie)

Dieses Medikament (überwiegend ein Beta-Minus-Strahler) besteht aus einem „Sucher“ (Vipivotidtetraaxetan) und einem „Strahler“ (Lutetium-177). Es bindet an ein bestimmtes Eiweiß auf der Oberfläche von Prostatakrebszellen (Prostata-spezifisches Membranantigen, abgekürzt: PSMA) und kann die Krebszellen dort direkt schädigen.

Welche dieser Behandlungen geeignet ist, hängt unter anderem vom Krankheitsstadium, von vorhandenen Metastasen und von bereits durchgeführten Therapien ab.

9.1.4.2. Bin ich nach der Behandlung radioaktiv?

Nach einer Behandlung mit radioaktiven Medikamenten sind diese für einige Tage im Körper nachweisbar. Sie werden vor allem über Urin und Stuhl, seltener auch in anderen Ausscheidungen ausgeschieden.

Welche Vorsichtsmaßnahmen im Alltag sinnvoll sind und wie lange diese beachtet werden sollten, erklärt Ihnen Ihr Behandlungsteam individuell. So können Sie sicher sein, sich selbst und andere gut zu schützen.

(?) Fragen zur nuklearmedizinischen Therapie

- Ist eine nuklearmedizinische Therapie für mich geeignet? Warum?
- Welche Form der nuklearmedizinischen Therapie kommt für mich infrage (z. B. Radium-223 oder Lutetium (^{177}Lu) Vipivotidtetraaxetan)?
- Welche Voraussetzungen müssen für diese Behandlung erfüllt sein?
- Wie läuft die Behandlung ab? Wie häufig muss das Medikament verabreicht werden?
- Muss ich vor der Therapie bestimmte Untersuchungen durchführen lassen (z. B. eine PSMA-PET/CT-Untersuchung)?
- Muss ich während der Behandlung andere Therapien weiterführen, zum Beispiel eine Hormontherapie?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen? Was kann ich dagegen tun?
- Woran lässt sich erkennen, ob die Behandlung wirkt?
- Wie lange muss ich nach der Behandlung im Krankenhaus bleiben?
- Bin ich nach der Behandlung vorübergehend radioaktiv? Muss ich im Alltag besondere Vorsichtsmaßnahmen beachten?
- Kann die Behandlung wiederholt werden, wenn sie wirkt?
- Muss ich nach der Behandlung engen Kontakt zu anderen Menschen, etwa zu Kindern oder Schwangeren, vorübergehend vermeiden?

(i) Neue Behandlungsverfahren

In der Patientenleitlinie finden Sie alle Behandlungsverfahren, die in der aktuellen Leitlinie genannt werden. Aber die Forschung geht weiter. Immer wieder werden neue Behandlungsverfahren, beispielsweise auch Wirkstoffe, getestet. Wenn sie sich nach kritischer Bewertung aller vorhandenen Daten als wirksam erwiesen haben, nimmt das Expertenteam beispielsweise neue Medikamente in die Leitlinie auf. Danach wird diese Patientenleitlinie aktualisiert. Aufgrund dieses Vorgehens kann es sein, dass bereits neuere Behandlungen verfügbar sind, diese aber in der Leitlinie und damit auch in dieser Patientenleitlinie noch nicht beschrieben sind.

Expertengruppen empfehlen in einigen begründeten Fällen den Einsatz von Medikamenten und Maßnahmen, die in Deutschland bislang noch nicht für Patienten mit Prostatakrebs zugelassen sind. Der Fachbegriff hierfür lautet Off-Label-Use.

(i) Off-Label-Use

Die Wirksamkeit und Sicherheit eines Medikamentes werden im Rahmen klinischer Studien geprüft, bevor es auf dem deutschen Markt zugelassen wird.

Bei Krebspatienten kann es allerdings vorkommen, dass bestimmte Medikamente verwendet werden, obwohl sie keine Zulassung für die jeweilige Krebsart haben. Dies kann zum Beispiel daran liegen, dass es für die Behandlung keine Alternative gibt und hochwertige Studien einen sehr guten Therapieerfolg zeigen. Möglicherweise hat der Hersteller des Arzneimittels jedoch noch keine Zulassung beantragt oder das Zulassungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Die Voraussetzungen dafür, dass die Kosten für einen Off-Label-Use von der Krankenkasse übernommen werden, sind komplex und werden für den Einzelfall bewertet. Ihr behandelnder Arzt kennt diese gesetzlichen Anforderungen und berücksichtigt beispielsweise den Schweregrad der Erkrankung und die Verfügbarkeit anderer Medikamente.

Mehr zum Off-Label-Use können Sie unter anderem hier nachlesen:

- beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use/.

(>) Patientenleitlinie „Supportive Therapie“

Umfangreiche Informationen zur Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung erhalten Sie in der ärztlichen Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ und der dazugehörigen Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de sowie <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/>).

(i) Wirkstoffname? Handelsname?

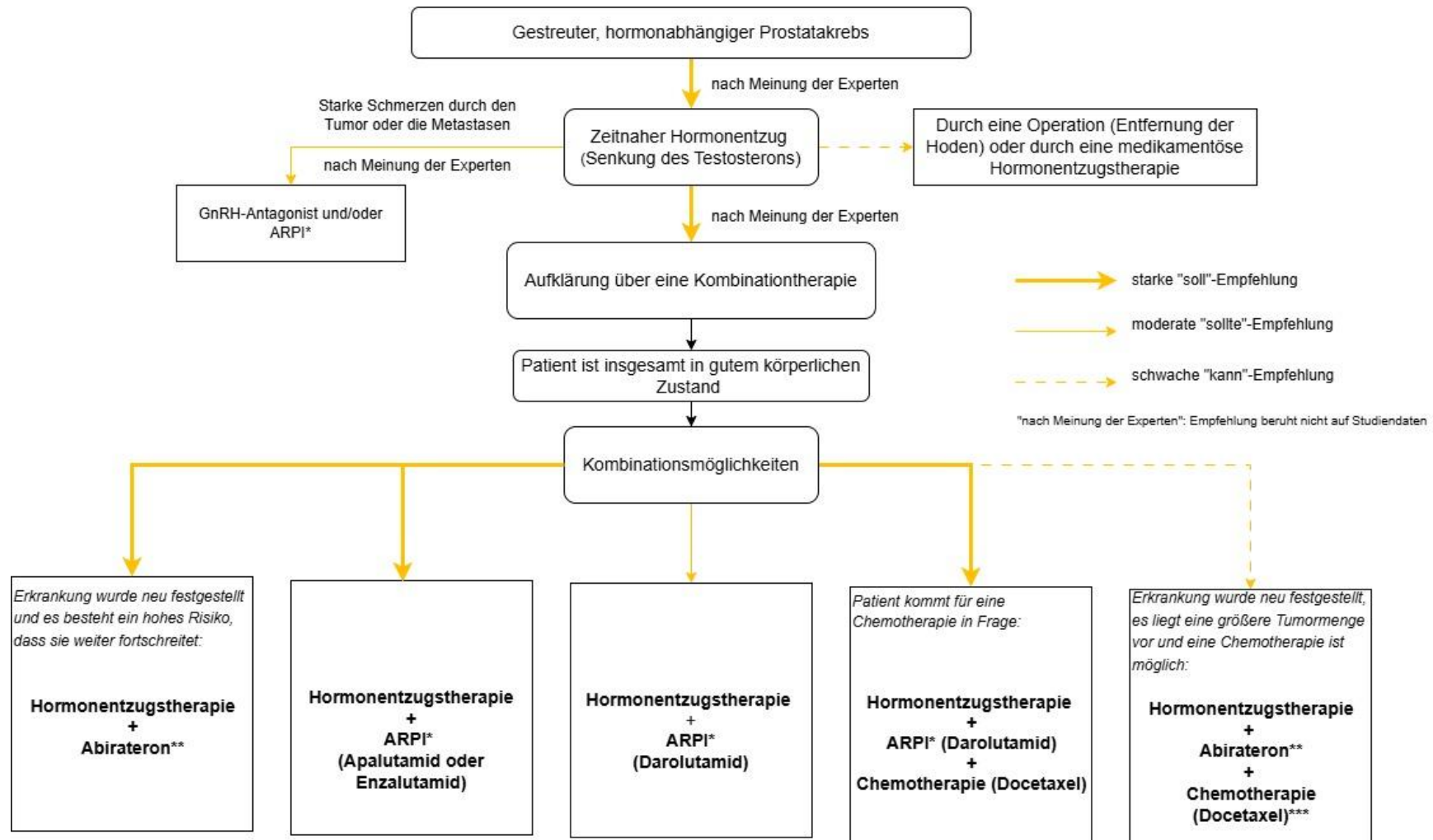
Alle Medikamente werden in dieser Patientenleitlinie mit ihrem Wirkstoffnamen vorgestellt. Bekannter ist meist der Handelsname, den eine Firma ihrem Medikament gibt. So heißt der Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS) bei einem Hersteller zum Beispiel „Aspirin“. Auf der Medikamentenpackung sind immer Wirkstoff und Handelsname angegeben. Nach dem Handelsnamen fragen Sie am besten Ihr Behandlungsteam.

9.2 **Gestreuter, hormonabhängig wachsender Prostatakrebs**

Bei gestreutem, hormonabhängigem Prostatakrebs erfolgt zunächst zeitnah ein Hormonentzug durch Medikamente (GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten) oder eine Operation (Entfernung der Hoden). Je nach Krankheitsmerkmalen und allgemeinem Gesundheitszustand wird die Hormonentzugstherapie mit weiteren antihormonellen Medikamenten oder einer Chemotherapie kombiniert. Die folgende Abbildung zeigt die möglichen Behandlungswege im Überblick.

KONSULTATIONSFASSUNG

9.2.1 Wegweiser durch die Behandlung – gestreuter, hormonabhängig wachsender Prostatakrebs



Wegweiser durch die Behandlung: gestreuter, hormonabhängig wachsender Prostatakrebs#

Hintergrundinformationen zur Abbildung Wegweiser durch die Behandlung: gestreuter, hormonabhängig wachsender Prostatakrebs

#Die Kombinationsbehandlungen wurden nicht direkt in Studien miteinander verglichen. Dreifachkombinationen werden nur angewendet, wenn eine Behandlung mit Docetaxel möglich ist. Die Kombination aus Hormonentzugstherapie, Abirateron und Docetaxel ist in Europa nicht zugelassen. Zur Rolle der Strahlentherapie bei weniger als 4 Knochenmetastasen siehe Kapitel 9.4 ab Seite 95.

*ARPI: Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation (Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid). Androgenrezeptorblocker verhindern, dass Testosteron die Krebszellen zum Wachstum anregt. Nähere Informationen siehe Seite 63.

**Abirateron: Abirateron ist eine Unterform der antihormonellen Therapie und verhindert die Bildung von Testosteron. Abirateron wird immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon verabreicht. Nähere Informationen siehe Seite 64.

*** Die Kombination aus Hormonentzugstherapie, Abirateron und Docetaxel ist in Europa derzeit nicht regulär zugelassen und gilt als Off-Label-Anwendung. Weitere Informationen zum Off-Label-Use finden Sie auf Seite 71.

Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid: Medikament aus der Gruppe der Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation. Nähere Informationen siehe Seite 63.

Chemotherapie – Erklärung siehe Seite 65

Docetaxel: Chemotherapeutikum aus der Gruppe der Taxane. Nähere Informationen siehe Seite 65

GnRH-Antagonist: Medikament für den Hormonentzug. Nähere Informationen siehe Seite 63.

Hormonabhängig: Der Tumor reagiert auf Hormonentzug, wodurch sein Wachstum gebremst wird. Nähere Informationen siehe Seite 33

Hormonentzugstherapie: Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden. Nähere Informationen siehe Seite 63.

Taxan: chemotherapeutische Wirkstoffgruppe

Testosteron: männliches Geschlechtshormon

9.2.2 Hormonentzugstherapie beim gestreuten, hormonabhängig wachsenden Prostatakrebs

Vor Beginn der Therapie *soll* der Arzt die Erkrankung genauer einordnen: high- und low-volume, high- und low-risk, sowie bei Diagnose bereits gestreut oder erst im Verlauf gestreut (siehe Seite 33).

Die genaue Einordnung ist entscheidend für die weitere Behandlung und sorgt dafür, dass jeder Patient die für ihn bestmögliche und angemessene Therapie erhält.

Wann wird die Hormonentzugstherapie begonnen?

Bei Männern mit einem gestreuten, hormonabhängig wachsenden Prostatakrebs *soll nach Meinung der Experten* möglichst bald nach der Diagnose eine Hormonentzugstherapie begonnen werden. Diese Behandlung hilft, Komplikationen wie Knochenbrüche, Druck auf das Rückenmark oder Harnstau zu vermeiden und lindert außerdem Beschwerden wie Knochenschmerzen deutlich.

Wie erfolgt der Hormonentzug?

Die Hormonentzugstherapie *kann* auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden:

- durch eine operative Entfernung der Hoden (chirurgische Kastration), oder
- durch Medikamente, die den Testosteronspiegel stark senken.

Wenn starke tumorbedingte Schmerzen bestehen oder Komplikationen drohen (z. B. Druck auf das Rückenmark), *sollte nach Meinung der Experten* die Hormonentzugstherapie mit einem GnRH-Antagonisten und/oder einem Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) wie Apalutamid, Enzalutamid oder Darolutamid begonnen werden.

Eine alleinige Behandlung mit Androgenrezeptorblockern der ersten Generation wie Bicalutamid oder Flutamid *soll nach Meinung der Experten nicht* durchgeführt werden.

Aufklärung über die Kombinationstherapie

Mit Beginn der Hormonentzugstherapie, spätestens jedoch innerhalb der nächsten drei Monate, *sollen* Patienten *nach Meinung der Experten* über mögliche Kombinationstherapien aufgeklärt werden – also über die zusätzliche Gabe eines Androgenrezeptorblockers der zweiten Generation, von Abirateron oder einer Chemotherapie.

Dabei soll auch besprochen werden:

- wie die zu erwartende Lebenszeit ist,
- welche Nebenwirkungen auftreten können,
- und wie sich die Behandlung auf die Lebensqualität auswirken kann.

9.2.3 Mögliche Kombinationstherapien - mit welchen Medikamenten wird die Hormonentzugstherapie ergänzt?

Für Männer mit gutem Allgemeinzustand gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Hormonentzugstherapie mit weiteren Medikamenten zu kombinieren. Dadurch wird das Leben verlängert und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt. Diese Behandlung ist wirksamer als eine Hormonentzugstherapie allein, aber auch mit mehr Nebenwirkungen verbunden.

Die Leitlinie empfiehlt folgende Kombinationen:

Situation des Patienten	Empfehlung	Mögliche Kombinationstherapien
Patient ist insgesamt in gutem körperlichen Zustand	<i>soll</i>	Hormonentzugstherapie + Androgenrezeptorblocker (Apalutamid oder Enzalutamid)
Patient ist insgesamt in gutem körperlichen Zustand	<i>sollte</i>	Hormonentzugstherapie + Androgenrezeptorblocker (Darolutamid)

Situation des Patienten	Empfehlung	Mögliche Kombinationstherapien
Patient ist insgesamt in gutem körperlichen Zustand , die Erkrankung wurde neu festgestellt und es besteht ein hohes Risiko, dass sie weiter fortschreitet	<i>soll</i>	Hormonentzugstherapie + Abirateron*
Patient ist insgesamt in gutem körperlichen Zustand und eine Chemotherapie kommt infrage	<i>soll</i>	Hormonentzugstherapie + Darolutamid + Chemotherapie (Docetaxel)
Patient ist insgesamt in gutem körperlichen Zustand , die Erkrankung wurde neu festgestellt, es liegt eine größere Tumormenge vor und eine Chemotherapie ist möglich	<i>kann</i>	Hormonentzugstherapie + Abirateron*+ Chemotherapie (Docetaxel)**
*immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon		
** Die Kombination aus Hormonentzugstherapie, Abirateron und Docetaxel ist in Europa nicht zugelassen.		

Die folgende Übersicht zeigt, wann die Medikamente üblicherweise gestartet werden und in welcher Dosierung sie eingenommen werden. Die tatsächliche Behandlung wird jedoch immer an die persönliche Situation angepasst.

Mögliche Kombinations-therapien	Medikament	Dosierung	Beginn
Hormonentzugstherapie + Androgenrezeptorblocker (Apalutamid)	Apalutamid	240 mg pro Tag	innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Hormonent- zugstherapie
Hormonentzugstherapie + Androgenrezeptorblocker (Enzalutamid)	Enzalutamid	160 mg pro Tag	innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Hormonent- zugstherapie
Hormonentzugstherapie + Androgenrezeptorblocker (Darolutamid)	Darolutamid	600 mg zweimal täglich	innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Hormonent- zugstherapie

Mögliche Kombinations- therapien	Medikament	Dosierung	Beginn
Hormonentzugstherapie + Abirateron*	Abirateron*	1000 mg pro Tag plus Prednison/ Prednisolon (5 mg/Tag)	innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Hormonent- zugstherapie
Hormonentzugstherapie + Darolutamid + Chemotherapie (Docetaxel)	Darolutamid	600 mg zweimal täglich	innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Hormonent- zugstherapie
	Docetaxel-Che- motherapie**	75 mg/m ² Körperoberflä- che, 6 Zyklen alle 3 Wochen	innerhalb 6 Wochen nach der ersten Darolutamidgabe
Hormonentzugstherapie + Abirateron* + Chemotherapie (Docetaxel)***	Abirateron*	1000 mg pro Tag plus Prednison/ Prednisolon (5 mg/Tag)	innerhalb von 6 Wochen nach Beginn der Hormonentzugs- therapie
	Docetaxel-Che- motherapie**	75 mg/m ² Körperoberflä- che, 6 Zyklen alle 3 Wochen	ab 6 Wochen nach Beginn der Hormonentzugstherapie

*immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon
 **immer in Kombination mit Darolutamid oder Abirateron
 *** Die Kombination aus Hormonentzugstherapie, Abirateron und Docetaxel ist in Europa nicht zugelassen.

Bei der Entscheidung, welches zusätzliche Medikament zur Hormonentzugstherapie eingesetzt wird, spielen auch die Begleitumstände und mögliche Nebenwirkungen eine Rolle:

- Die zusätzliche Chemotherapie mit Docetaxel kann kurzfristig stärkere Nebenwirkungen verursachen, die Behandlung ist dafür aber in der Regel nach etwa 18 Wochen abgeschlossen.
- Die zusätzliche Gabe von Androgenrezeptorblockern der zweiten Generation wie Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid oder Abirateron wird in der Regel langfristig eingenommen und können mit für diese Wirkstoffklasse typischen Nebenwirkungen einhergehen. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 101.

9.2.4 Wann muss die kombinierte Hormonentzugstherapie beendet werden?

Die Behandlung *soll nach Meinung der Experten* beendet werden, wenn:

- der Patient dies wünscht,
- die Erkrankung weiter fortschreitet, oder
- die Nebenwirkungen zu stark sind.

Wenn nur eines der Medikamente nicht vertragen wird, *soll* die übrige Therapie weitergeführt werden. Zum Beispiel: Wird die Chemotherapie nicht vertragen, sollen die Hormonentzugstherapie sowie die Behandlung mit Darolutamid weitergeführt werden.

9.2.5 Welchen Nutzen hat die kombinierte Hormonentzugstherapie?

Mehrere große Studien zeigen, dass eine Kombination aus Hormonentzug und zusätzlichen Medikamenten das Leben von Männern mit gestreutem Prostatakrebs verlängern kann. Bisher wurden die Wirkstoffe nicht direkt miteinander verglichen. Daher ist nicht bekannt, ob ein Medikament besser wirkt als ein anderes.

9.2.6 Wenn eine kombinierte Hormonentzugstherapie nicht möglich ist

Wenn eine Kombination aus medizinischen Gründen nicht infrage kommt – bei eingeschränktem körperlichen Zustand, oder wenn die Nebenwirkungen einer Kombinationsbehandlung zu belastend sind –, *soll* zumindest eine alleinige Hormonentzugstherapie durchgeführt werden.

9.3 Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Die Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakrebses verfolgt mehrere Ziele: Sie soll die Lebenszeit verlängern, Beschwerden lindern, die Lebensqualität erhalten oder verbessern und Komplikationen vermeiden. Da jede Therapie auch Nebenwirkungen mit sich bringen kann, müssen die möglichen Belastungen stets sorgfältig gegen den Nutzen abgewogen werden. Eine gute Entscheidung erfordert eine umfassende Aufklärung über alle verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Chancen und Risiken.

Im Gespräch mit Ihrem Arzt *sollen* Sie *nach Meinung der Experten* über folgende Punkte aufgeklärt werden: Auch wenn eine vollständige Heilung nach heutigem Wissensstand nicht mehr möglich ist, stehen doch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die das Fortschreiten der Erkrankung bremsen und Beschwerden lindern können.

Die weiteren Behandlungsschritte *sollen nach Meinung der Experten* jetzt interdisziplinär, das heißt, unter Beteiligung verschiedener medizinischer Fachrichtungen, festgelegt werden. Denn neben der reinen Krebsbehandlung geht es jetzt vermehrt darum, die Auswirkungen der Erkrankung zu lindern und wirksam zu bekämpfen (etwa Knochenschmerzen, Müdigkeit). Informieren Sie sich hierzu auch gerne in den Patientenleitlinien „Palliativmedizin“ und „Supportive Therapie“.

(>) Patientenleitlinie „Palliativmedizin“ und „Supportive Therapie“

Weiterführende Informationen erhalten Sie in der Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de sowie www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/) und in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de sowie www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/).

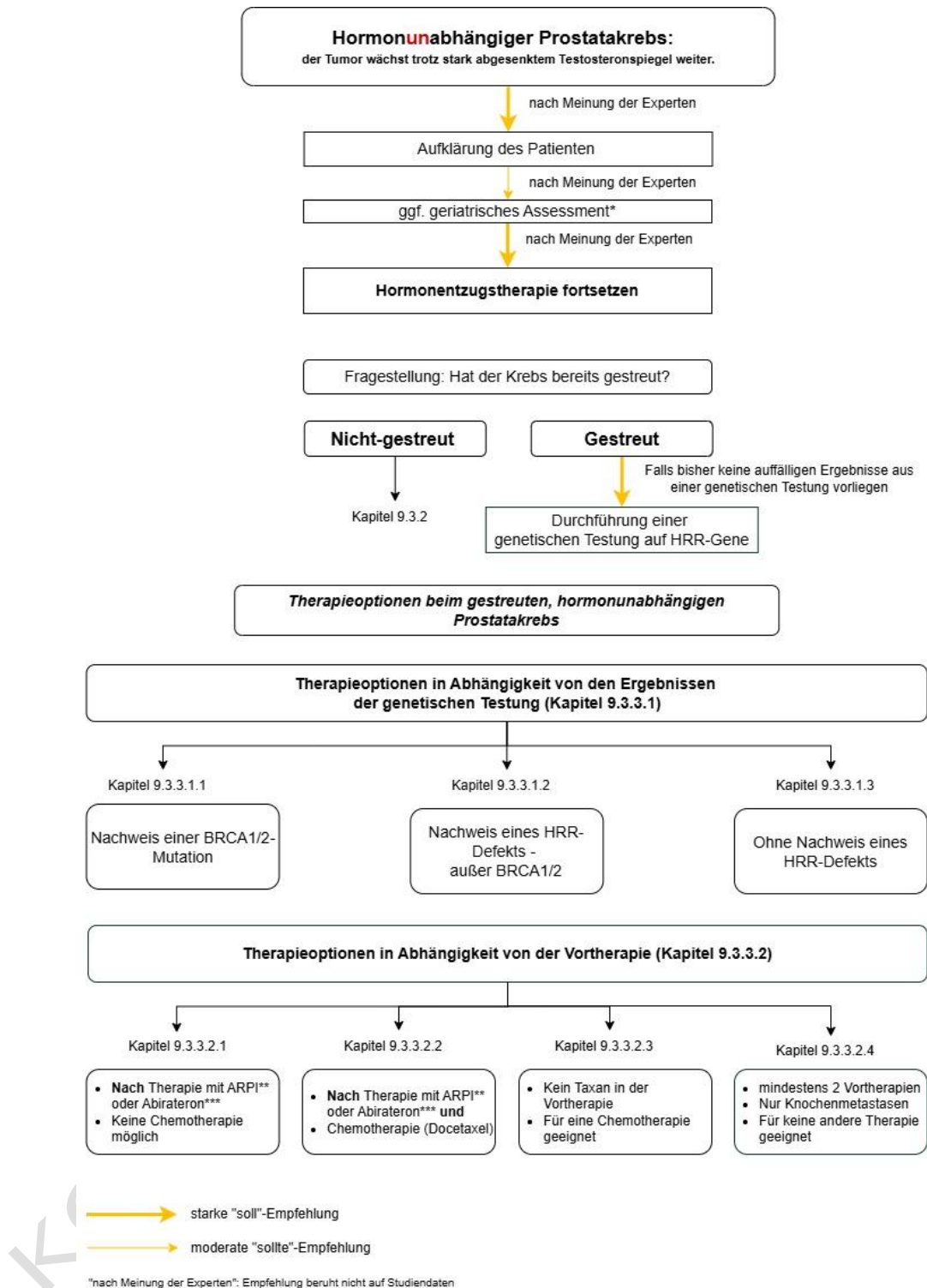
Auch wenn es zunächst widersprüchlich erscheint, *soll* die Hormonentzugstherapie *nach Meinung der Experten* weiter fortgesetzt werden. Denn selbst wenn ein Teil der Tumorzellen nicht mehr auf den Hormonentzug reagiert, können weiterhin hormonabhängige Krebszellen vorhanden sein.

Die eine, ideale Behandlung für alle gibt es in dieser Situation nicht und jede Therapie kann Nebenwirkungen haben. Für einige Männer kann dies zu erheblichen Belastungen führen. Deshalb *sollen nach Meinung der Experten* die behandelnden Ärzte aller beteiligten Fachrichtungen gemeinsam darüber beraten, welche Behandlung in Ihrem Fall angemessen ist. Dabei spielen viele persönliche und medizinische Faktoren eine Rolle, zum Beispiel:

- ob der Krebs bereits Beschwerden verursacht,
- wie schnell die Erkrankung fortschreitet,
- wo sich Metastasen gebildet haben,
- welche Behandlungen Sie bereits erhalten haben und wie gut diese gewirkt haben,
- welche Untersuchungsergebnisse (z. B. aus Gewebeproben, bildgebenden Verfahren oder genetischen Tests) vorliegen,
- Ihr allgemeiner Gesundheitszustand, mögliche Begleiterkrankungen und Ihr Alter,
- mögliche Nebenwirkungen der verschiedenen Therapien,
- sowie Ihre persönlichen Wünsche, Ziele und Ihre Vorstellung von Lebensqualität.

Ältere, geschwächte Patienten mit mehreren Begleiterkrankungen haben von einer nebenwirkungsreichen Behandlung möglicherweise mehr Nachteile als Nutzen. Deshalb *sollte* bei Männern über 70 Jahren mit mehreren anderen Erkrankungen oder über 80 Jahren – *nach Meinung der Experten* vor Beginn der Krebsbehandlung eine gründliche Einschätzung der allgemeinen Gesundheit erfolgen (ein sogenanntes geriatrisches Assessment).

9.3.1 Wegweiser durch die Behandlung - Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs



Wegweiser durch die Behandlung – Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Hintergrundinformationen zu Abbildung Wegweiser durch die Behandlung – Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

*Geriatrisches Assessment: gründliche Einschätzung der allgemeinen Gesundheit bei Männern über 70 Jahren mit mehreren anderen Erkrankungen oder über 80 Jahren

**ARPI: Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation (Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid). Androgenrezeptorblocker verhindern, dass Testosteron die Krebszellen zum Wachstum anregt. Nähere Informationen siehe Seite 63.

***Abirateron: Abirateron ist eine Unterform der antihormonellen Therapie und verhindert die Bildung von Testosteron. Abirateron wird immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon verabreicht. Nähere Informationen siehe Seite 64.

BRCA1/2-Mutation: Spezielle Form eines HRR-Defekts, bei der die Gene BRCA1 oder BRCA2 verändert sind. Nähere Informationen siehe Seite 35 und 67.

Chemotherapie – Erklärung siehe Seite 65.

Docetaxel: Chemotherapeutikum aus der Gruppe der Taxane. Nähere Informationen siehe Seite 65.

Genetische Testung – Erklärung siehe Seite 25.

Hormonentzugstherapie: Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden. Nähere Informationen siehe Seite 63.

Hormonunabhängig: Der Tumor wächst trotz stark abgesenktem Testosteronspiegel weiter. Nähere Informationen siehe Seite 34.

HRR-Gene (homologe Rekombinationsreparatur-Gene): Gene, die DNA-Schäden reparieren

HRR-Defekte (Störungen der homologen Rekombinationsreparatur): Erbliche Genveränderung, bei der Fehler im Erbgut nicht richtig repariert werden. Nähere Informationen siehe Seite 35 und 67.

Taxan: chemotherapeutische Wirkstoffgruppe

9.3.2 Nicht-gestreuter, hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs

Dieser Abschnitt steht innerhalb des Kapitels zu gestreutem Prostatakrebs, weil sich die Einteilung an der ärztlichen Leitlinie orientiert. Hier wird jedoch eine Situation beschrieben, in der der Krebs noch nicht nachweisbar gestreut hat, aber bereits hormonunabhängig wächst (kastrationsresistent).

Verdoppelt sich der PSA-Wert in weniger als 10 Monaten, ist die Gefahr größer, dass sich der Krebs ausbreitet. In diesem Fall empfiehlt die ärztliche Leitlinie zusätzlich zur bisherigen Hormonentzugstherapie eine Behandlung mit einem Androgenrezeptorblocker der zweiten Generation (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt ARPI).

Zu dieser Medikamentengruppe gehören:

- Apalutamid
- Darolutamid
- Enzalutamid

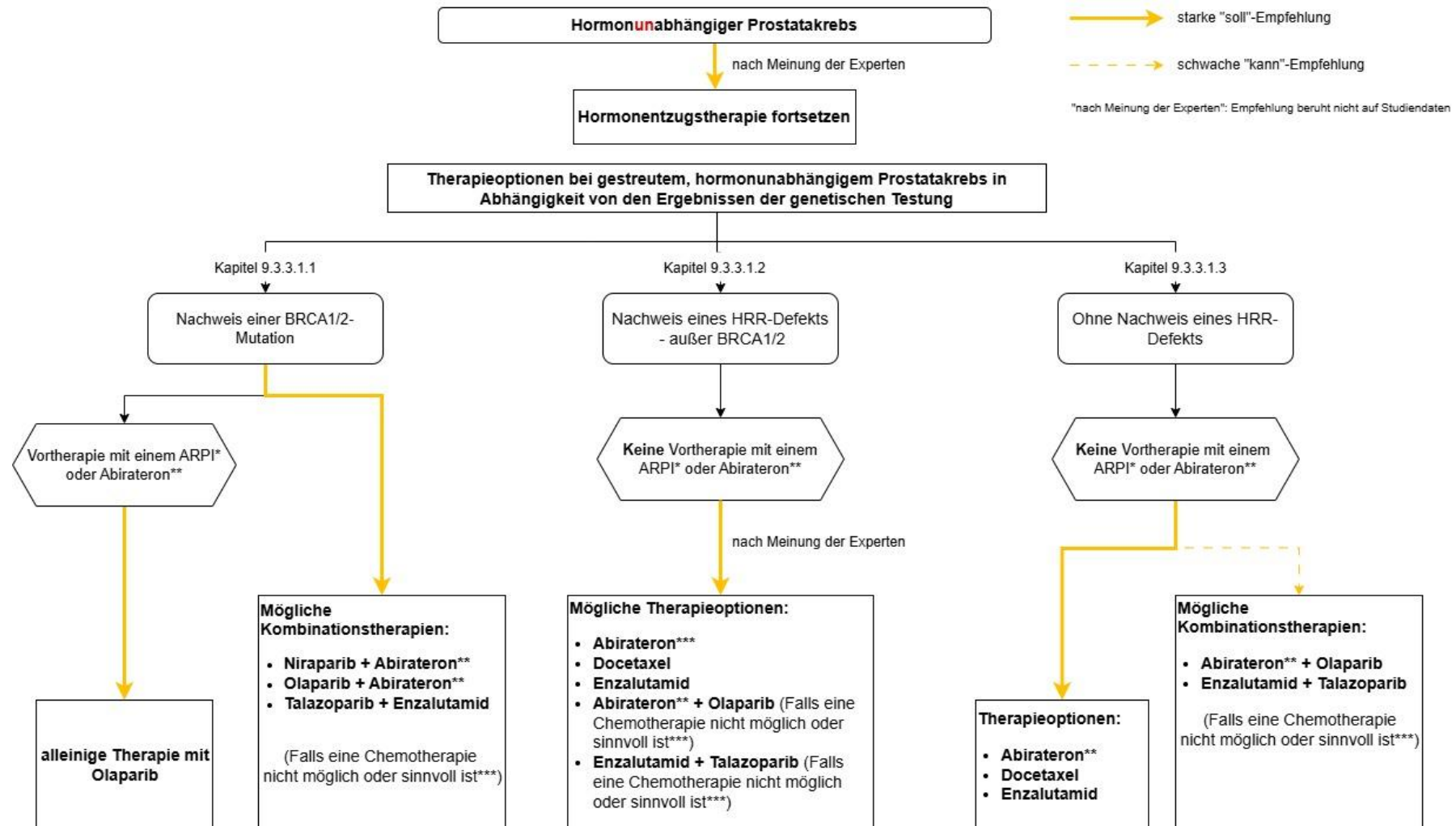
Diese Medikamente können helfen, das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und das Auftreten von Metastasen hinauszuzögern.

KONSULTATIONSFASSUNG

9.3.3 Therapieoptionen für den gestreuten, hormonunabhängig wachsenden (kastrationsresistenten) Prostatakrebs

Wenn der Prostatakrebs trotz stark abgesenktem Testosteronspiegel weiter wächst (hormonunabhängiger bzw. kastrationsresistenter Prostatakrebs), stehen – je nach individueller Situation, je nach Ergebnis der genetischen Testung und in Abhängigkeit von der Vortherapie – verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung. Hintergrundinformationen zur genetischen Testung finden Sie auf Seite 25. Die folgende Abbildung ist eine Fortsetzung der Abbildung „Wegweiser durch die Behandlung – Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs“ und stellt die Therapieoptionen in Abhängigkeit von der genetischen Testung dar.

9.3.3.1. Therapieoptionen in Abhängigkeit von der genetischen Testung



Therapieoptionen in Abhängigkeit von der genetischen Testung

Hintergrundinformationen zu Abbildung Therapieoptionen in Abhängigkeit von der genetischen Testung

*ARPI: Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation (Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid). Androgenrezeptorblocker verhindern, dass Testosteron die Krebszellen zum Wachstum anregt. Nähere Informationen siehe Seite 63.

**Abirateron: Abirateron ist eine Unterform der antihormonellen Therapie und verhindert die Bildung von Testosteron. Abirateron wird immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon verabreicht. Nähere Informationen siehe Seite 63.

***Zulassungsbeschränkung: Ein Medikament ist nur für bestimmte Patientengruppen, Krankheitsstadien oder unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen.

BRCA1/2-Mutation: Spezielle Form eines HRR-Defekts, bei der die Gene BRCA1 oder BRCA2 verändert sind. Nähere Informationen siehe Seite 35 und 67.

Chemotherapie – Erklärung siehe Seite 65.

Docetaxel: Chemotherapeutikum aus der Gruppe der Taxane. Nähere Informationen siehe Seite 65.

Genetische Testung – Erklärung siehe Seite 25.

Hormonentzugstherapie: Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden. Nähere Informationen siehe Seite 63.

Hormonunabhängiger Prostatakrebs: Der Tumor wächst trotz stark abgesenktem Testosteronspiegel weiter. Nähere Informationen siehe Seite 33.

HRR-Defekte (Störungen der homologen Rekombinationsreparatur): Erbliche Genveränderung, bei der Fehler im Erbgut nicht richtig repariert werden. Nähere Informationen siehe Seite 35 und 67.

Olaparib, Niraparib, Talazoparib: PARP-Inhibitoren (Hemmer) – Erklärung siehe Seite 68.

Taxan: chemotherapeutische Wirkstoffgruppe

9.3.3.1.1. Welche Therapieoptionen gibt es, wenn eine BRCA1/2-Mutation vorliegt?

Wenn bei einem Patienten eine Veränderung in den Genen BRCA1 oder BRCA2 festgestellt wurde und die Erkrankung trotz einer vorherigen Behandlung mit einem Androgenrezeptorblocker (z. B. Enzalutamid, Apalutamid oder Darolutamid) oder mit Abirateron weiter fortschreitet, **soll** eine Behandlung mit dem Medikament Olaparib angeboten werden.

Wenn bei Patienten eine Veränderung in den Genen BRCA1 oder BRCA2 festgestellt wurde und eine Chemotherapie nicht möglich oder sinnvoll ist, **soll** eine Kombinationstherapie angeboten werden. Die Behandlung kombiniert ein zielgerichtetes Medikament (PARP-Inhibitor) mit einer antihormonellen Therapie, um das Tumorwachstum auf mehreren Wegen zu bremsen.

Mögliche Kombinationen sind:

- Niraparib + Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon)
- Olaparib + Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon)
- Talazoparib + Enzalutamid

9.3.3.1.2. Welche Therapieoptionen gibt es beim Nachweis einer genetischen Veränderung (HRR-Defekt, aber außerhalb der BRCA1/2-Defekte)

Wenn ein HRR-Defekt außerhalb der Gene BRCA1 oder BRCA2 festgestellt wurde und der Patient noch keine Behandlung mit Abirateron oder einem Androgenrezeptorblocker (z. B. Enzalutamid) erhalten hat, *soll nach Meinung der Experten* einer der folgenden Therapieoptionen angeboten werden:

- Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon)
- Docetaxel (Chemotherapie)
- Enzalutamid

Wenn eine Chemotherapie nicht möglich oder sinnvoll ist, kommt eine der beiden folgenden Kombinationen in Frage:

- Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon) + Olaparib oder
- Enzalutamid + Talazoparib

Welche Therapie am besten geeignet ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab – z. B. vom genauen genetischen Befund, von bisherigen Behandlungen und vom allgemeinen Gesundheitszustand.

9.3.3.1.3. Welche Therapieoptionen gibt es, wenn keine HRR-Defekte vorliegen?

Wenn bei einem Patienten keine genetischen Veränderungen in den BRCA1/2-Genen oder anderen HRR-Genen festgestellt wurden und bisher keine Behandlung mit Abirateron oder einem Androgenrezeptorblocker stattgefunden hat, stehen verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung.

Folgende Therapieoptionen *sollen* angeboten werden:

- Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon)
- Docetaxel
- Enzalutamid

Wenn eine Chemotherapie nicht sinnvoll oder notwendig ist, *können* folgende Kombinationstherapien angeboten werden.

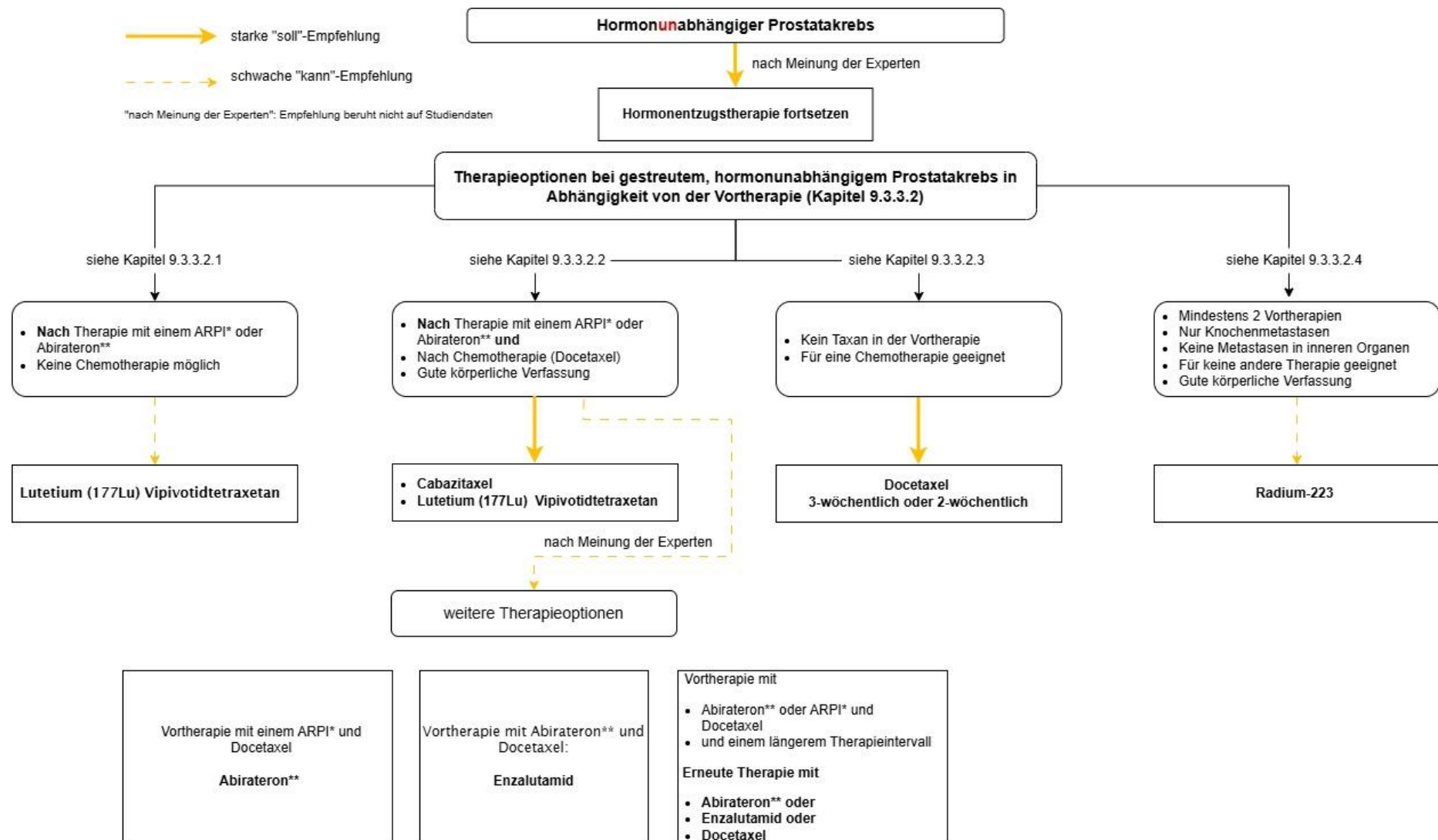
- Abirateron (zusammen mit Prednison oder Prednisolon) + Olaparib
- Enzalutamid + Talazoparib

Welche Therapie im Einzelfall am besten geeignet ist, hängt vom Gesundheitszustand, der Verträglichkeit und den individuellen Krankheitsmerkmalen ab.

9.3.3.2. Wie sich die bisherigen Behandlungen auf die nächsten Therapieschritte beim Prostatakrebs auswirken?

Wenn sich Ihr Prostatakrebs trotz Hormonentzug weiterentwickelt hat, hängt die Wahl der nächsten Behandlung davon ab, welche Therapien Sie bereits erhalten haben und wie Ihr Allgemeinzustand ist.

Die folgende Abbildung ist eine Fortsetzung der Abbildung „Wegweiser durch die Behandlung – Hormonunabhängig wachsender (kastrationsresistenter) Prostatakrebs“ und stellt die Therapieoptionen in Abhängigkeit von der Vortherapie dar.



Behandlungsoptionen in Abhängigkeit von der Vortherapie

Hintergrundinformationen zu Abbildung Behandlungsoptionen in Abhängigkeit von der Vortherapie

*ARPI: Androgenrezeptorblocker (englisch: Androgen Receptor Pathway Inhibitor, abgekürzt: ARPI) der zweiten Generation (Apalutamid, Enzalutamid, Darolutamid). Androgenrezeptorblocker verhindern, dass Testosteron die Krebszellen zum Wachstum anregt. Nähere Informationen siehe Seite 63

**Abirateron: Abirateron ist eine Unterform der antihormonellen Therapie und verhindert die Bildung von Testosteron. Abirateron wird immer in Kombination mit Prednison/ Prednisolon verabreicht. Nähere Informationen siehe Seite 64.

Chemotherapie – Erklärung siehe Seite 65

Docetaxel und Cabazitaxel: Zytostatika (Chemotherapeutika) aus der Gruppe der Taxane – Erklärung siehe Seite 65.

Hormonentzugstherapie: Unterform der antihormonellen Therapie. Medikamente, wie GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten hemmen die Bildung des männlichen Geschlechtshormons Testosteron in den Hoden. Nähere Informationen siehe Seite 63

Hormonunabhängiger Prostatakrebs: Der Tumor wächst trotz stark abgesenktem Testosteronspiegel weiter. Nähere Informationen siehe Seite 33.

Lutetium (177Lu) Vipivotidtraxetan und Radium-223: Nuklearmedizinische Medikamente – Erklärung siehe Seite 69.

Taxan: chemotherapeutische Wirkstoffgruppe

9.3.3.2.1. Therapieoption nach einer Behandlung mit einem Androgenrezeptorblocker oder Abirateron, wenn keine Chemotherapie möglich ist

Patienten, die bereits mit einem Androgenrezeptorblocker (Apalutamid, Darolutamid, Enzalutamid) oder Abirateron behandelt wurden, aber keine Chemotherapie erhalten können, **kann** eine Behandlung mit Lutetium-177-Vipivotidtraxetan (auch bekannt als Lutetium-177-PSMA-617) angeboten werden.

9.3.3.2.2. Therapieoptionen nach einer Behandlung mit einem Androgenrezeptorblocker oder Abirateron und Docetaxel

Patienten mit gutem Allgemeinzustand, die bereits eine Chemotherapie mit Docetaxel und eine Behandlung mit einem Androgenrezeptorblocker (Apalutamid, Darolutamid, Enzalutamid) oder Abirateron erhalten haben, **soll** eine der folgenden Therapieoptionen angeboten werden:

- Cabazitaxel
- Lutetium-177-Vipivotidtraxetan (auch bekannt als Lutetium-177-PSMA-617)

Anstelle eines Wechsels auf ein anderes Therapieprinzip **kann nach Meinung der Experten** Patienten mit gutem Allgemeinzustand und vorangegangener Behandlung mit

Docetaxel sowie Abirateron oder einem Androgenrezeptorblocker eine der folgenden Behandlungen angeboten werden:

- Nach vorheriger Therapie mit Docetaxel und einem Androgenrezeptorblocker: Abirateron (mit Prednison/ Prednisolon)
- Nach vorheriger Therapie mit Docetaxel und Abirateron: Enzalutamid
- Nach einer längeren Pause nach Docetaxel und Abirateron oder einem Androgenrezeptorblocker: erneute Behandlung mit Abirateron (mit Prednison/ Prednisolon), Enzalutamid oder Docetaxel.

9.3.3.2.3. Therapieoption ohne ein Taxan in der Vortherapie

Patienten, die bisher keine Chemotherapie mit einem Taxan erhalten haben und für eine Chemotherapie geeignet sind, *soll* eine Behandlung mit Docetaxel angeboten werden. Die Behandlung kann alle zwei oder drei Wochen erfolgen.

9.3.3.2.4. Therapieoption bei Knochenmetastasen und mindestens zwei Vortherapien

Patienten mit gutem Allgemeinzustand, ohne Metastasen in inneren Organen, aber mit Knochenmetastasen, die Beschwerden verursachen, *kann* Radium-223 angeboten werden – wenn keine andere geeignete systemische Therapie verfügbar ist.

Radium-223 ist seit 2013 in der Europäischen Union zugelassen. Seit 2018 ist die Anwendung auf Patienten mit metastasiertem Prostatakrebs begrenzt, die bereits mindestens zwei Behandlungen gegen die Metastasen erhalten haben oder für die keine andere Therapie infrage kommt.

Radium-223 *soll nicht* gleichzeitig mit Abirateron und Prednison/ Prednisolon eingesetzt werden.

9.3.4 Welche Optionen stehen bei schlechtem Allgemeinzustand zur Verfügung?

Alle Medikamente, die das Krebswachstum bremsen, wirken auf den ganzen Körper und können mit belastenden Nebenwirkungen einhergehen. Ist der Allgemeinzustand bereits geschwächt (zum Beispiel durch vorangegangene Behandlungen, Begleiterkrankungen oder Alter), kann es günstiger sein, die Beschwerden gezielt zu behandeln und auf eine anstrengende Krebstherapie zu verzichten.

Männern mit stark eingeschränktem Allgemeinzustand *soll nach Meinung der Experten* das Behandlungsteam zunächst eine Behandlung von Beschwerden anbieten.

Im Einzelfall *kann nach Meinung der Experten* auch eines der oben genannten Medikamente gegen den Krebs eingesetzt werden. Das muss aber bei jedem Patienten genau geprüft werden.

KONSULTATIONSFASSUNG

9.3.5 Was ist ein neuroendokriner Prostatakrebs?

Der neuroendokrine Prostatakrebs (englisch: neuroendocrine prostate cancer, abgekürzt: NEPC) ist eine seltene, aber besonders schnellwachsende Form von Prostatakrebs.

Sehr selten entsteht neuroendokriner Prostatakrebs von Anfang an als eigenständige Erkrankung, also „de novo“ (aus dem Lateinischen und bedeutet „neu entstanden“). Häufiger entwickelt sich der neuroendokrine Prostatakrebs jedoch im Verlauf der Behandlung eines bereits bestehenden Prostatakrebses. Die Tumorzellen reagieren dann nicht mehr auf männliche Hormone und verändern sich so, dass sie wie hormonbildende Nervenzellen arbeiten.

Bestimmte Anzeichen können auf einen neuroendokrinen Prostatakrebs hinweisen, zum Beispiel neue Lebermetastasen, besondere Knochenmetastasen, ein im Verhältnis zur Tumormenge niedriger PSA-Wert oder erhöhte Tumormarker. Wenn eines oder mehrere dieser Anzeichen vorliegen, *sollte nach Meinung der Experten* eine Gewebeprobe (histologische Untersuchung) entnommen werden, um zu prüfen, ob ein neuroendokriner Prostatakrebs vorliegt.

Da der neuroendokrine Prostatakrebs auf eine antihormonelle Therapie kaum reagiert, kommt meist eine Chemotherapie zum Einsatz.

Wenn bei Ihnen ein neuroendokriner Prostatakrebs festgestellt wurde, *sollte nach Meinung der Experten* eine platinbasierte Chemotherapie (Cisplatin oder Carboplatin) in Kombination mit Etoposid durchgeführt werden.

Da zur Behandlung des neuroendokrinen Prostatakrebses bisher nur begrenzte wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, ist eine Teilnahme an klinischen Studien zu bevorzugen.

Trotz der ernsten Prognose gibt es Wege, die Lebensqualität zu verbessern. Eine engmaschige ärztliche Betreuung, eine gute Schmerz- und Symptomkontrolle sowie psychosoziale Unterstützung können helfen, den Alltag angenehm und lebenswert zu gestalten.

9.4 Prostatakrebs und Metastasen lokal behandeln

Patienten mit einem neu entdeckten Prostatakrebs und bis zu vier Knochenmetastasen (oligometastasiert) **kann** zusätzlich zur antihormonellen Therapie mit oder ohne Chemotherapie mit Docetaxel eine äußere Bestrahlung der Prostata angeboten werden. Auch bei Patienten mit einem neu entdeckten, hormonabhängigen, gestreuten Prostatakrebs und einem hohen Risiko für ein lokales Fortschreiten des Tumors **kann** eine äußere Bestrahlung der Prostata zusätzlich zur systemischen Therapie (antihormonellen Therapie mit oder ohne Chemotherapie mit Docetaxel) angeboten werden. Die äußere Bestrahlung **sollte** dabei als sogenannte hypofraktionierte Strahlentherapie erfolgen. Das bedeutet, dass pro Behandlungssitzung eine eher hohe Strahlendosis verabreicht wird, wodurch sich die Gesamtdauer der Behandlung verkürzt.

Es ist bislang nicht eindeutig bewiesen, ob eine operative Entfernung der Prostata bei einem oligometastasierten Prostatakrebs, also einem Prostatakrebs mit weniger als vier Knochenmetastasen, das Überleben verbessert. Die ärztliche Leitlinie empfiehlt jedoch: In bestimmten Fällen **kann** die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) bei Prostatakrebs mit weniger als vier Knochenmetastasen nach sorgfältiger Prüfung als Teil eines kombinierten Behandlungskonzepts angeboten werden.

Es ist noch nicht sicher bewiesen, ob eine gezielte Behandlung einzelner Metastasen bei gestreutem Prostatakrebs mit weniger als vier Knochenmetastasen (oligometastasiert) das Überleben mittels äußerer Bestrahlung oder das Tumorwachstum zuverlässig verbessert. Eine gezielte Behandlung einzelner Metastasen **kann** jedoch dazu beitragen, den Beginn einer Hormonentzugstherapie hinauszuzögern und das Tumorwachstum zu verlangsamen. Die äußere Bestrahlung **sollte** in wenigen Sitzungen mit einer hohen Dosis pro Sitzung (hypofraktioniert) und so präzise wie möglich als stereotaktische Bestrahlung durchgeführt werden, damit das gesunde Gewebe bestmöglich geschont wird.

(!) Hinweis: Was bedeutet „oligometastasiert“?

Ein oligometastasierter Prostatakrebs liegt vor, wenn der Tumor nur wenige Knochenmetastasen gebildet hat – maximal vier, die in üblichen Untersuchungen wie Knochenszintigrafie, CT, PSMA-PET/CT oder MRT sichtbar sind – und keine Metastasen in Organen wie Leber, Lunge oder Gehirn vorhanden sind.

Der Begriff „Oligo“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „wenig“ oder „einige wenige“. Im medizinischen Kontext beschreibt er also, dass der Krebs nur wenige Metastasen gebildet hat.

10 Knochenmetastasen

Breitet sich Prostatakrebs im Körper aus, entstehen Metastasen häufig zuerst in den Knochen. Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick und verweist auf weiterführende unterstützende (supportive) Therapieangebote in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

Wenn sich Prostatakrebs weiter ausbreitet, können sich Tumorzellen aus der Prostata über das Blut im Körper verteilen und sich in den Knochen ansiedeln. Man spricht dann von Knochen-, Skelett- oder ossären Metastasen. Bei etwa acht von zehn Männern mit gestreutem Prostatakrebs sind die Knochen betroffen.

Knochen werden ständig auf- und abgebaut. In gesunden Knochen besteht dabei ein Gleichgewicht zwischen Knochenaufbau und Knochenabbau. Tumorzellen können dieses empfindliche Gleichgewicht stören und die Knochensubstanz verändern.

Knochenmetastasen werden wie folgt eingeteilt:

- Osteolytische Knochenmetastasen:
Knochensubstanz wird vermehrt abgebaut, wodurch die Knochen an Stabilität verlieren.
- Osteoblastische Knochenmetastasen:
Knochensubstanz wird vermehrt aufgebaut. Diese neu gebildete Substanz ist jedoch minderwertig und macht den Knochen ebenfalls instabil.

Beim Prostatakrebs treten überwiegend osteoblastische Knochenmetastasen auf. Eine Ausnahme stellt der neuroendokrine Prostatakrebs dar, bei dem lytische Knochenmetastasen typisch sind.

Knochenmetastasen verursachen anfangs oft wenig Beschwerden. Daher werden sie häufig erst spät entdeckt. Hinweise auf Knochenmetastasen können Knochenschmerzen oder Knochenbrüche infolge geschwächter Knochen sein. Zusätzlich steigt das Risiko für weitere Komplikationen, zum Beispiel eine Schädigung oder Quetschung des Rückenmarks. Dies kann neurologische Ausfälle wie Lähmungserscheinungen oder Empfindungsstörungen verursachen.

(!) Wie können Knochenmetastasen vorgebeugt oder behandelt werden?

Diese Informationen erhalten Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

11 Unterstützende Behandlung (Supportive Therapie)

Mit den folgenden Seiten möchten wir Ihnen keine Angst vor Nebenwirkungen machen. Vielmehr wollen wir Sie dafür sensibilisieren, mögliche Veränderungen frühzeitig wahrzunehmen und bei Beschwerden Ihr Behandlungsteam rechtzeitig anzusprechen.

Die meisten Nebenwirkungen treten während der Behandlung auf und klingen danach wieder ab. Fachleute sprechen in diesem Fall von Akutfolgen. Manche Beschwerden können jedoch länger anhalten oder dauerhaft bestehen bleiben – sie werden als chronische Nebenwirkungen, späte (langfristige) Nebenwirkungen oder Spätfolgen bezeichnet. Auch die Krebserkrankung selbst kann den Körper stark belasten und mit unterschiedlichen Beschwerden einhergehen.

Eine gute Krebsbehandlung richtet sich deshalb nicht nur gegen den Tumor, sondern auch gegen die Folgen der Therapie. Diese begleitende Behandlung wird supportive Therapie genannt und ist ein wichtiger Bestandteil der gesamten Krebsbehandlung.

(i) Wie stark die Nebenwirkungen Sie beeinträchtigen

Ob und in welchem Ausmaß Nebenwirkungen auftreten, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Das hängt unter anderem von der Art der Krebserkrankung, der Therapieform, den verwendeten Medikamenten, deren Dosierung und der Behandlungsdauer ab. Wer weiß, welche Beschwerden auftreten können und welche Maßnahmen helfen, kann oftmals besser mit den Begleiterscheinungen umgehen.

(>) Patientenleitlinie „Supportive Therapie“

Umfangreiche Informationen zur Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung erhalten Sie in der ärztlichen Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ und der dazugehörigen Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de sowie <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/>).

Die Patientenleitlinie „Supportive Therapie“ informiert umfassend über Nebenwirkungen von Krebsbehandlungen, kann aber nicht auf alle Besonderheiten jeder einzelnen Krebsart eingehen. Deshalb greifen wir im Folgenden einzelne Themen auf, die besonders bei Prostatakrebs eine wichtige Rolle spielen und verweisen gegebenenfalls auf die Patientenleitlinie „Supportive Therapie“.

11.1 Nebenwirkungsmanagement nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)

11.1.1. Ungewollter Harnverlust (Harninkontinenz)

Nach der operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie), also der vollständigen Entfernung der Prostata, muss die Blase direkt mit der Harnröhre verbunden werden. Dabei kann es zu Veränderungen an den Muskeln und Nerven kommen, die normalerweise den Urin zurückhalten. Die Folge kann eine vorübergehende oder dauerhafte Harninkontinenz sein – also der Verlust der Kontrolle über die Blase. Das beeinträchtigt viele Patienten in ihrer Lebensqualität. Damit die Behandlung der Harninkontinenz gezielt helfen kann, ist es wichtig, die Beschwerden genau zu erfassen. Im Rahmen der Rehabilitation werden dabei sowohl körperliche als auch seelische Aspekte berücksichtigt. (siehe Seite 110).

11.1.2. Erektionsstörung

Erektionsstörung (auch erektile Dysfunktion genannt) bedeutet, dass es zu Problemen mit der Gliedversteifung kommt – also dass eine Erektion nicht ausreichend entsteht oder nicht lange genug anhält. Das kann für viele Männer sehr belastend sein. Eine Erektionsstörung beeinflusst oft das Selbstwertgefühl und kann auch die Beziehung zum Partner oder zur Partnerin beeinträchtigen.

Die Nerven, die eine Erektion ermöglichen, verlaufen sehr nah an der Prostata. Bei der Operation können diese feinen Nerven verletzt oder durchtrennt werden, insbesondere wenn der Tumor nahe an ihnen liegt. Selbst wenn eine nervenschonende Operation durchgeführt wird, kann es zu Funktionsstörungen kommen. In manchen Fällen bessert sich die Situation im Laufe von Monaten, aber manche Männer haben dauerhafte Einschränkungen.

Studien zeigen, dass es eine deutliche Lücke zwischen der Einschätzung der behandelnden Urologen und der Wahrnehmung der Patienten gibt. Viele Männer wünschen sich nach der Operation mehr Aufklärung und konkrete Therapieangebote zur Behandlung der Erektionsstörung.

Rehabilitation bietet wichtige Hilfe – mehr dazu finden Sie auf Seite 108.

11.1.3. Flüssigkeitsansammlung im Gewebe (Lymphozelen)

Nach einer Lymphknotenentfernung (Lymphadenektomie) können sich sogenannte Lymphozelen bilden – das sind mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume. Näheres hierzu erfahren Sie auf Seite 58.

11.1.4. Verengung der Harnröhre an der Nahtstelle (Anastomosenstriktur)

Nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) kann es zu einer Verengung der Verbindung zwischen Blase und Harnröhre (eine sogenannte Anastomosenstriktur) kommen. Das passiert in etwa 2 bis 5 von 100 Fällen. Falls eine solche Verengung auftritt, stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung – zum Beispiel eine Dehnung der Harnröhre (Bougierung), die bei Bedarf auch mehrfach durchgeführt werden kann, oder ein kleiner Eingriff, bei dem die Verengung operativ behoben wird.

11.2 Nebenwirkungsmanagement bei Strahlentherapie

Man unterscheidet vorübergehende Frühreaktionen (akute – kurzfristige – Nebenwirkungen), die meist während oder kurz nach der Behandlung auftreten, und seltene Spätfolgen (späte – langfristige – Nebenwirkungen), die erst Monate oder Jahre später entstehen können.

Grundsätzlich kann eine Bestrahlung langfristig theoretisch das Risiko erhöhen, einen zweiten Tumor zu bekommen. Im Rahmen der Nachsorge wird speziell auf mögliche Anzeichen für dauerhafte Schädigungen oder Zweittumoren geachtet.

11.2.1. Darmbeschwerden

Die Prostata liegt in unmittelbarer Nähe zum Enddarm (Rektum). Bei der Strahlentherapie gegen Prostatakrebs wird daher unvermeidlich auch ein Teil des angrenzenden Darms mitbestrahlt. Dabei kann es zu Reizungen der Darmschleimhaut kommen. Diese Reizung kann während der Behandlung, aber auch Wochen oder Monate später Beschwerden verursachen, wie zum Beispiel:

- Häufigerer oder plötzlicher Stuhldrang
- Brennendes Gefühl beim Stuhlgang
- Schleimabgang oder etwas Blut im Stuhl

Meistens klingen die Beschwerden nach Ende der Bestrahlung von selbst wieder ab. In seltenen Fällen können sie länger bestehen bleiben. Dank moderner Bestrahlungstechniken wie der intensitätsmodulierten Strahlentherapie ist das Risiko für stärkere oder langanhaltende Beschwerden heute deutlich geringer als früher.

Weitere Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

11.2.2. Miktionsprobleme – Probleme beim Wasserlassen

Bei einer Bestrahlung der Prostata werden auch ein Teil der Blase, des Blasenhalses und der Harnröhre mit behandelt. Das kann zu Reizungen oder Entzündungsreaktionen führen. Diese Reizung kann zu Veränderungen beim Wasserlassen führen – man spricht dann von Miktionsproblemen. Sie können sich zum Beispiel durch einen abgeschwächten Harnstrahl, häufiges oder plötzliches Wasserlassen, Startschwierigkeiten oder das Gefühl einer nicht vollständig entleerten Blase äußern. Miktionsprobleme beeinträchtigen die Lebensqualität, sind aber in vielen Fällen gut behandelbar – sprechen Sie daher offen mit Ihrem Arzt.

11.2.3. Erektionsstörung

Nach einer Strahlentherapie im Beckenbereich – insbesondere bei Prostatakrebs – kann es zu Schwierigkeiten beim Erreichen oder Halten einer Erektion kommen. Fachleute sprechen von einer sogenannten erektilen Dysfunktion. Die Strahlung kann kleine Blutgefäße und Nerven schädigen, die für eine Erektion wichtig sind. Gleichzeitig nimmt die Erektionsfähigkeit auch mit dem Alter ganz natürlich ab – unabhängig von einer Krebsbehandlung.

Oft kann jedoch ein zufriedenstellendes Ergebnis mit erektionsfördernden Medikamenten (Tabletten aus der Gruppe der PDE-5-Hemmer) erreicht werden.

Tipp: Je früher Sie sich beraten lassen, desto besser lassen sich mögliche Einschränkungen behandeln oder abmildern. Auch Gespräche mit Sexualberatern oder Psychologen können helfen, wenn die Situation belastend ist.

11.2.4. Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue)

Viele Männer berichten während oder nach der Strahlentherapie über eine besondere Form der Müdigkeit, die man Fatigue nennt. Diese fühlt sich anders an als eine normale Erschöpfung – sie tritt oft ohne körperliche Anstrengung auf, lässt sich nicht durch Schlaf ausgleichen und kann den Alltag spürbar belasten.

Fatigue beginnt häufig in den ersten Wochen der Strahlentherapie, bleibt über die Behandlungszeit hinweg bestehen und bessert sich nach Abschluss der Therapie.

(>) Zum Weiterlesen: „Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs“

Die Broschüre „Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs – Die blauen Ratgeber 51“ der Deutschen Krebshilfe informiert umfassend über die Tumorererschöpfung. Sie können die Broschüre kostenlos im Internet herunterladen oder bestellen (www.krebshilfe.de/infomaterial).

11.3 Nebenwirkungsmanagement bei der begleitenden Hormonentzugstherapie

Wie jede wirksame Behandlung kann auch die Hormonentzugstherapie Nebenwirkungen verursachen. Diese können die Lebensqualität beeinträchtigen, sind jedoch meist behandelbar oder lassen sich durch vorbeugende Maßnahmen abmildern. Eine offene und frühzeitige Aufklärung über mögliche Beschwerden und deren Behandlung ist daher besonders wichtig.

11.3.1. Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit

Unter einer Hormonentzugstherapie können körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nachlassen; eine gezielte onkologische Rehabilitation unterstützt dabei, diese Nebenwirkungen besser zu bewältigen, Beschwerden zu lindern und alltagstaugliche Strategien für das Nebenwirkungsmanagement zu erlernen.

11.3.2. Hitzewallungen

Hitzewallungen gehören zu den häufigsten Nebenwirkungen einer Hormonentzugstherapie bei Prostatakrebs. Mehr als die Hälfte aller Patienten ist davon betroffen. Die Beschwerden ähneln den typischen Symptomen der Wechseljahre bei Frauen: plötzliche Hitzegefühle, starkes Schwitzen, Übelkeit und Schlafstörungen.

Zur Linderung von Hitzewallungen stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Allerdings muss in jedem Fall sorgfältig abgewogen werden, da diese Medikamente selbst Nebenwirkungen mit sich bringen können.

11.3.3. Libidoverlust und Erektionsstörung

Unter einer Hormonentzugstherapie ist das Sexualleben häufig eingeschränkt. Viele Patienten erleben Libidoverlust (weniger sexuelles Verlangen) und Erektionsstörungen. Libidoverlust lässt sich derzeit nicht gezielt behandeln. Mit unterstützenden Maßnahmen lassen sich bei Erektionsstörungen oft zufriedenstellende Ergebnisse erzielen.

Zu den medikamentösen Optionen zählen sogenannte erektionsfördernde Medikamente (Tabletten aus der Gruppe der PDE-5-Hemmer), die die Durchblutung im Penis fördern und eine Erektion erleichtern können – vorausgesetzt, eine gewisse Restfunktion der Nerven und Gefäße ist noch vorhanden.

Wenn diese Medikamente nicht ausreichen oder nicht vertragen werden, kommen weitere Methoden in Betracht. Dazu gehören Vakuumpumpen, die durch Unterdruck eine Erektion erzeugen, welche durch ein Gummiband am Penischaft aufrechterhalten wird.

Eine weitere Möglichkeit ist die sogenannte Injektionstherapie, bei der der Patient sich vor dem Geschlechtsverkehr ein gefäßerweiterndes Medikament direkt in den Schwellkörper des Penis spritzt. Alternativ kann ein Medikamentenstäbchen in die Harnröhre eingeführt werden. In fortgeschrittenen Fällen oder wenn andere Methoden nicht erfolgreich sind, kann auch ein Penisimplantat eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um einen operativ eingebrachten, mechanisch oder hydraulisch steuerbaren Schwellkörper, der eine Erektion künstlich ermöglicht.

Welche Methode geeignet ist, hängt von der individuellen Situation, den Erwartungen des Patienten und möglichen Begleiterkrankungen ab. Eine ausführliche ärztliche Beratung ist daher unerlässlich.

11.3.4. Osteoporose

Die Hormonentzugstherapie kann den Knochenabbau verstärken, sodass das Risiko für Osteoporose (Knochenschwund) und Knochenbrüche steigt – besonders bei längerer Therapie mit GnRH-Medikamenten.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über eine mögliche Vorsorge, falls eine Hormonentzugstherapie geplant ist oder bereits läuft. Frühzeitige Diagnostik und gezielte Maßnahmen können helfen, Knochenbrüche zu vermeiden und Ihre Lebensqualität zu erhalten.

Weitere Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

11.3.5. Muskelschwund und Gewichtszunahme

Die Hormonentzugstherapie führt bei längerfristiger Anwendung zu einem Mangel an männlichen Geschlechtshormonen (in der Fachsprache: Hypogonadismus), was verschiedene Veränderungen im Stoffwechsel auslösen kann. Dazu gehören unter anderem eine Zunahme des Körpergewichts, der Abbau von Muskelmasse, Störungen im Fettstoffwechsel, eine verminderte Insulinempfindlichkeit sowie ein erhöhter Blutzuckerspiegel. Diese Veränderungen können das Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) erhöhen.

Welche Auswirkungen diese Veränderungen langfristig auf die Lebensqualität oder Lebenserwartung haben, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt. Dennoch gilt: Die Hormonentzugstherapie ist ein bekannter Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselstörungen. Daher ist es wichtig, regelmäßig Blutwerte kontrollieren zu lassen und auf einen gesunden Lebensstil mit ausreichend Bewegung und ausgewogener Ernährung zu achten.

11.3.6. Blutarmut (Anämie)

Eine Anämie – also ein Mangel an roten Blutkörperchen – kann während einer Hormonentzugstherapie auftreten und sich durch Müdigkeit, Schwächegefühl und Leistungsabfall bemerkbar machen.

Das Risiko für eine Anämie steigt mit der Dauer der Hormonentzugstherapie und hängt teilweise auch mit der allgemeinen Lebenserwartung zusammen. Zur Behandlung können – je nach Schwere der Beschwerden – Bluttransfusionen oder die Gabe von Erythropoietin (Substanz, die die Bildung roter Blutkörperchen fördert) eingesetzt werden.

Weitere Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie – Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

11.3.7. Brustvergrößerung (Gynäkomastie) oder Brustschmerzen

Manche Patienten entwickeln unter einer Hormonentzugstherapie eine Brustvergrößerung (Gynäkomastie) oder Brustschmerzen. Diese Beschwerden können sehr belastend sein und führen gelegentlich sogar zum Therapieabbruch. Eine vorbeugende Bestrahlung stellt eine wirksame Behandlungsoption dar. In schweren Fällen kann auch eine operative Entfernung der Brustdrüse in Erwägung gezogen werden. Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt, wenn Sie Beschwerden an der Brust bemerken oder sich Sorgen über mögliche Nebenwirkungen machen.

11.4 Nebenwirkungsmanagement unter Abirateron und Androgenrezeptorblockern

Abirateron kann häufig zu Bluthochdruck, Wassereinlagerungen (Ödemen) und einem Abfall des Kaliumspiegels im Blut führen. Ursache ist eine vermehrte Bildung sogenannter Mineralokortikoide. Um diese Nebenwirkungen abzumildern, wird Abirateron immer zusammen mit Prednison oder Prednisolon eingenommen. Außerdem kann das Medikament die Leber belasten, weshalb die Leberwerte regelmäßig kontrolliert werden. Auch Herzbeschwerden sind möglich, daher ist bei bestehenden Herzerkrankungen besondere Vorsicht wichtig. Unter der Behandlung wurden zudem Stürze, Frakturen, Konzentrationsstörungen und selten Krampfanfälle beobachtet.

Auch Androgenrezeptorblocker (z. B. Apalutamid, Enzalutamid oder Darolutamid) können typische Nebenwirkungen verursachen. Dazu gehören unter anderem erhöhter Blutdruck und Veränderungen der Leberwerte.

Bei der Behandlung mit Abirateron oder Androgenrezeptorblockern – meist in Kombination mit einer Hormonentzugstherapie – können außerdem Müdigkeit und Erschöpfung, ein erhöhtes Risiko für Stürze und Knochenbrüche, Hautreaktionen sowie

Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme auftreten. In seltenen Fällen wurden auch Krampfanfälle beobachtet.

Wenn starke Nebenwirkungen auftreten, wird die Einnahme von Androgenrezeptorblockern oder Abirateron vorübergehend unterbrochen. Sobald sich die Beschwerden deutlich gebessert haben, kann die Behandlung in der Regel wieder aufgenommen werden – gegebenenfalls mit einer niedrigeren Dosierung.

Ihr Arzt wird Sie vor Beginn der Therapie umfassend aufklären. Sollten während der Behandlung Beschwerden auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt – gemeinsam findet man in der Regel eine gute und passende Lösung.

11.5 Nebenwirkungsmanagement bei Chemotherapie

Bei der Behandlung von fortgeschrittenem Prostatakrebs kommen die Chemotherapie-Medikamente Docetaxel oder Cabazitaxel zum Einsatz. Beide gehören zur Wirkstoffgruppe der Taxane. Beim neuroendokrinen Prostatakrebs wird unter Umständen auch eine Platin-haltige Chemotherapie in Kombination mit Etoposid eingesetzt. Wie bei jeder Chemotherapie können dabei Nebenwirkungen auftreten. Diese sind gut bekannt und werden während der Behandlung aufmerksam beobachtet.

Viele Nebenwirkungen lassen sich durch unterstützende (supportive) Maßnahmen vorbeugen, lindern oder behandeln. Zudem sind nicht alle Patienten gleichermaßen betroffen. Ihr behandelndes Team bespricht mit Ihnen, wie mit möglichen Beschwerden umgegangen werden kann.

Hinsichtlich des Managements von Chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen verweisen wir auf die Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“

11.6 Nebenwirkungsmanagement bei PARP-Inhibitoren

PARP-Inhibitoren gehören zu den zielgerichteten Therapien und greifen vor allem Tumorzellen an und zerstören diese. Deshalb werden sie von vielen Patienten besser vertragen als eine klassische Chemotherapie. Dennoch können Nebenwirkungen auftreten. Wie stark diese ausfallen, hängt unter anderem vom konkreten Medikament sowie davon ab, ob die Therapie allein oder in Kombination mit weiteren Behandlungen erfolgt.

Unter anderem können folgende Nebenwirkungen auftreten:

- Veränderungen des Blutbildes (z. B. Blutarmut, Mangel an weißen Blutkörperchen oder Blutplättchen)
- Übelkeit, Erbrechen und Appetitverlust

Informieren Sie sich hierzu in der Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“.

Zusätzlich berichten Patienten von anhaltender Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue). Die Broschüre „Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs – Die blauen Ratgeber 51“ der Deutschen Krebshilfe informiert umfassend über die Tumorererschöpfung. Sie können die Broschüre kostenlos im Internet herunterladen oder bestellen (www.krebshilfe.de/infomaterial).

11.7 Unerwünschte Wirkungen der Radioligandentherapie

Wie bei jeder Krebsbehandlung kann es auch bei der Radioligandentherapie zu Nebenwirkungen kommen. Viele davon sind typisch für diese Behandlung, gut bekannt und lassen sich gezielt vorbeugen, lindern oder behandeln. Ihr Behandlungsteam wird Sie darüber informieren und Sie während der Therapie begleiten.

Übelkeit und Erbrechen

Einige Patienten verspüren während oder kurz nach der Behandlung Übelkeit, seltener auch Erbrechen. Die Radioligandentherapie wird als gering emetogen eingestuft. Emetogen bedeutet „Übelkeit und Erbrechen auslösend“. Etwa 10 bis 30 von 100 Patienten leiden unter Übelkeit und Erbrechen.

Veränderungen im Blutbild

Durch die Radioligandentherapie kann es zu Veränderungen im Blutbild kommen, wie zum Beispiel:

- Blutarmut (weniger rote Blutkörperchen),
- erhöhte Infektanfälligkeit (weniger weiße Blutkörperchen),
- erhöhte Blutungsneigung (weniger Blutplättchen).

Deshalb wird Ihr Blut regelmäßig kontrolliert – vor, während und nach der Behandlung.

Manchmal ist es auch sinnvoll, die Dosis der Therapie anzupassen oder Behandlungsabstände zu verändern. Ihr Behandlungsteam bespricht gemeinsam mit Ihnen, welche Maßnahmen für Sie sinnvoll sind.

Die Patientenleitlinie „Supportive Therapie“ enthält weitere hilfreiche Informationen.

Mundtrockenheit

Mundtrockenheit ist eine häufige Nebenwirkung der Radioligandentherapie. Wie stark sie ausgeprägt ist, kann individuell unterschiedlich sein. Ziel der Behandlung ist es, Beschwerden zu lindern und die Mund- und Zahngesundheit zu erhalten.

Bei Mundtrockenheit helfen Speichelersatzmittel, zuckerfreie Kaugummis und in schweren Fällen Medikamente wie Pilocarpin. Während der Radioligandentherapie können Aminosäure-Infusionen, Kühlung der Speicheldrüsen und ausreichendes Trinken die Speicheldrüsen schützen. Wichtig sind außerdem eine gute Mundhygiene, regelmäßige Zahnarztbesuche und der Verzicht auf Alkohol und scharfe Speisen.

Grundsätzlich gilt: Sagen Sie Ihrem Behandlungsteam frühzeitig Bescheid, wenn Sie Beschwerden bemerken. Je früher reagiert wird, desto besser lassen sich Nebenwirkungen lindern.

12 Komplementärmedizinische Behandlung

Unter Komplementärmedizin (auch komplementäre Medizin) werden Behandlungsmethoden zusammengefasst, die ergänzend zur schulmedizinischen Behandlung angeboten werden.

Der Begriff Komplementärmedizin (auch komplementäre Medizin) wird in der Praxis oft gleichbedeutend mit dem Begriff Alternativmedizin (auch alternative Medizin) verwendet und unter KAM (komplementäre und alternative Medizin) zusammengefasst. Beide Begriffe umfassen ein breites Spektrum an Behandlungsmethoden, die oft als sanfte, natürliche, oder ganzheitliche Methoden bezeichnet werden. Sie beruhen auf Wissen, Erfahrungen und Methoden, die aus verschiedenen Vorstellungen und Traditionen entstanden sind – zum Beispiel Naturheilkunde, Pflanzenheilkunde, Homöopathie oder Entspannungstechniken. Im Unterschied zur Komplementärmedizin, die den Wert der konventionellen Verfahren nicht infrage stellt, sondern sich als Ergänzung sieht, versteht sich die alternative Medizin jedoch als eine Alternative zur konventionellen Behandlung. Lassen Sie sich fachkundig beraten, wenn auch Sie zusätzlich zu Ihrer Therapie Komplementärmedizin anwenden möchten und sprechen Sie das mit Ihren behandelnden Ärzten ab.

(>) Patientenleitlinie „Komplementärmedizin“

Ausführliche Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Komplementärmedizin – eine Leitlinie für Patienten mit einer Krebserkrankung“.

In dieser Patientenleitlinie möchten wir

- Ihnen eine Übersicht zu den wichtigsten in Deutschland eingesetzten Methoden und Verfahren der Komplementärmedizin in der Behandlung von Krebspatienten geben und Sie über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesen Verfahren informieren;
- Sie auf mögliche Wechselwirkungen zwischen komplementärmedizinischen und konventionellen Methoden hinweisen;
- Ihnen dabei helfen, im Gespräch mit allen an der Behandlung Beteiligten die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihrem Behandlungsteam sowie Ihren Angehörigen zu treffen;
- auf Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag aufmerksam machen;
- auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen.

Die Patientenleitlinie ist im Internet frei verfügbar und kann bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos als Broschüre bestellt werden unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien bzw. <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/>.

13 Rehabilitation – der Weg zurück in den Alltag

Eine Rehabilitation (Reha) begleitet Sie dabei, die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung und ihrer Behandlung zu verarbeiten. Sie hilft Ihnen, neue Kraft zu schöpfen und Schritt für Schritt wieder in ein möglichst selbstbestimmtes Leben zurückzufinden. Ziel ist es, Ihnen die Rückkehr in den gewohnten Alltag, in Ihre Familie, in die Gesellschaft und – wenn relevant – auch in das Berufsleben zu erleichtern. Je nach Bedarf kann die Rehabilitation ambulant in wohnortnahen Einrichtungen oder stationär in einer spezialisierten Klinik erfolgen.

Nach einer Prostatakrebsbehandlung haben Patienten in Deutschland Anspruch auf medizinische Rehabilitation, die im Sozialgesetzbuch IX gesetzlich verankert ist. Sie kann entweder ambulant in einer Einrichtung in der Nähe des Wohnorts oder stationär in einer spezialisierten Klinik erfolgen. Stationäre Reha bedeutet, dass Sie rund drei Wochen in einer Fachklinik verbringen und dort täglich an medizinischen, psychologischen und therapeutischen Angeboten teilnehmen. Ambulante Reha ermöglicht die Teilnahme tagsüber, während man abends nach Hause zurückkehrt.

Welche Form besser zu Ihnen passt, hängt unter anderem von Ihrem körperlichen Zustand ab, Ihren persönlichen Bedürfnissen (etwa: lieber Abstand vom Alltag oder Rückhalt in vertrauter Umgebung?) sowie der Erreichbarkeit einer geeigneten ambulanten Reha-Einrichtung.

13.1 Was ist Rehabilitation?

Die medizinische Rehabilitation kann direkt im Anschluss an die Behandlung als Anschlussrehabilitation (AHB) erfolgen. In der Regel beginnt sie innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung, kann aber – je nach Krankheitsverlauf – auch später starten. Die AHB dauert meist drei Wochen. Ziel ist es, körperliche Beschwerden zu lindern, seelische Stabilität zu fördern und die Lebensqualität zu verbessern. Eine spätere Reha-Nachsorge kann helfen, bereits erzielte Fortschritte zu festigen.

In der Rehabilitation arbeiten Fachleute aus Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie und Sozialarbeit eng zusammen und bieten Ihnen gemeinsam ein umfassendes Behandlungsangebot an: Dazu gehören Bewegungstherapie, Beckenbodentraining bei Inkontinenz, Maßnahmen zur Behandlung von Erektionsstörungen, Entspannungsverfahren, Schulungen im Umgang mit der Erkrankung, Ernährungsberatung, sozialrechtliche Beratung sowie Einzel- und Gruppengespräche zur psychosozialen Unterstützung.

Eine Rehabilitation ist ein freiwilliges Angebot. Sie sind nicht verpflichtet, daran teilzunehmen. Sie können auch zu einem späteren Zeitpunkt eine onkologische Reha beantragen.

13.2 Wie beantrage ich eine Rehabilitation?

Eine Anschlussrehabilitation (AHB) muss gegen Ende der Akutbehandlung beantragt werden. Idealerweise erfolgt sie in einer Klinik, die Erfahrung mit Prostatakrebs und dessen Folgen hat. Der Sozialdienst im Krankenhaus oder Krebsberatungsstellen unterstützen Sie bei der Antragstellung. Auch Krebsberatungsstellen und Selbsthilfeorganisationen stehen Ihnen beratend zur Seite.

Zuständig für die Kosten ist:

- Die **Rentenversicherung**, wenn Sie noch im Erwerbsleben stehen oder bald wieder arbeiten möchten (Voraussetzung: mind. sechs Monate Pflichtbeiträge in den letzten zwei Jahren).
- Die **gesetzliche Krankenkasse**, wenn Sie bereits in Rente sind oder nicht (mehr) arbeiten.

Wird der Antrag an eine nicht zuständige Stelle geschickt, leitet diese ihn automatisch korrekt weiter – Ihnen entstehen dadurch keine Nachteile. Auch wenn es zu Verzögerungen kommt: Fragen Sie nach dem Bearbeitungsstand. Bei Ablehnung können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Sozialdienste, Beratungsstellen oder Ihre Krankenkasse helfen dabei.

(!) Wichtig zu wissen

- Nach einer AHB und nach abgeschlossener Erstbehandlung können Sie innerhalb eines Jahres bei anhaltenden Beschwerden einen Antrag auf eine onkologische Rehabilitation beantragen.
- In begründeten Einzelfällen kann Ihnen diese Rehabilitation auch bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Erstbehandlung bewilligt werden.
- Wird Ihr Antrag abgelehnt, ist ein begründeter Widerspruch (Frist: ein Monat nach Bekanntgabe des Bescheids) sinnvoll.

Rechtliche Grundlagen und Beratung

Alle gesetzlichen Bestimmungen zu Grundlagen von Leistungsumfang, Beantragung und Finanzierung zur Rehabilitation sind in Deutschland im Sozialgesetzbuch V (SGB V: Krankenversicherung) und im Sozialgesetzbuch VI (SGB VI: Rentenversicherung) festgeschrieben. Weitere Kostenträger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können gesetzliche

Unfallversicherung, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe-Träger sein. Weitere Informationen finden Sie unter anderem bei Ihrer Krankenkasse oder auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de.

Rehabilitation: Beantragung

Informationen und Hinweise zur Beantragung und Verordnung von Reha-Leistungen bei der Rentenversicherung finden Sie im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de. Dort können Sie Ihren Rehabilitationsantrag auch online ausfüllen und Ihrem Arzt zur Vervollständigung mitbringen.

13.3 Was passiert bei der Rehabilitation?

Die Rehabilitation nach Prostatakrebs soll Ihnen helfen, mit den körperlichen und seelischen Folgen der Behandlung besser umzugehen und wieder gut in den Alltag zurückzufinden.

Die wichtigsten Ziele sind:

- Beschwerden wie Harninkontinenz und Erektionsstörungen zu lindern,
- Linderung der Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie wie Erschöpfung, Muskelschwäche oder Stimmungsschwankungen,
- die körperliche und seelische Leistungsfähigkeit zu stärken,
- die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern,
- und – wenn Sie noch berufstätig sind – Ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

13.3.1 Ungewollter Harnverlust (Harninkontinenz)

Nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) kann es zu ungewolltem Harnverlust kommen. Diese sogenannte Harninkontinenz *soll* ganzheitlich mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen behandelt werden: Im Mittelpunkt steht meist das Beckenbodentraining, vor allem bei der sogenannten Belastungsinkontinenz, also wenn Urin z. B. beim Husten oder Heben verloren geht. Das Training erfolgt in Einzel- und Gruppentherapien und hat nachweislich einen positiven Effekt.

Bei stärkerer Harninkontinenz kommen zusätzlich Medikamente, Elektrostimulation oder Biofeedback-Verfahren zum Einsatz. Studien zeigen, dass solche kombinierten Maßnahmen die Beschwerden spürbar verbessern können.

13.3.2 Erektionsstörungen

Zur Behandlung von Erektionsstörungen *sollte* zuerst ein erektionsförderndes Medikament (Tabletten aus der Gruppe der PDE-5-Hemmer) ausprobiert werden.

Wenn diese Medikamente nicht ausreichend wirken, *sollten* andere Methoden in Betracht gezogen werden – zum Beispiel Spritzen direkt in den Schwellkörper, Harnröhrenstäbchen oder ein Vakuumgerät, das den Blutfluss unterstützt.

Welche Methode geeignet ist, hängt auch von Ihren persönlichen Vorlieben ab. Ergänzend kann ein spezielles physiotherapeutisches Training helfen, die Funktion weiter zu verbessern.

Wichtige Rolle der praktischen Erprobung

Entscheidend für den Erfolg einer Therapie ist, dass der Patient umfassend informiert wird und die Möglichkeit hat, die gewählte Methode unter ärztlicher Anleitung auszuprobieren. So kann frühzeitig psychischem Stress vorgebeugt werden, der häufig aus Unsicherheit oder Misserfolgen entsteht.

Fazit: Die passende Therapie richtet sich nach Ihrer individuellen Situation und Ihren Zielen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Urologen, Rehabilitationsmediziner, Hausärzten und ggf. weiteren Fachkräften hilft, gemeinsam eine Lösung zu finden und Ihre Lebensqualität zu verbessern.

13.3.3 Rehabilitation unter begleitender antihormoneller Therapie

Auch während einer antihormonellen Therapie kann eine Rehabilitation hilfreich sein, um Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern. Die Ziele ähneln denen nach einer operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) oder Bestrahlung – zusätzlich geht es darum, die spezifischen Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie gezielt zu behandeln.

Um diese Ziele zu erreichen, empfiehlt die ärztliche Leitlinie ausdrücklich, Bewegungstherapie und körperliche Aktivität in die Rehabilitationsmaßnahmen einzubeziehen.

13.3.4 Rehabilitation, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist

Rehabilitationsmaßnahmen können nicht nur dabei helfen, nach einer Erkrankung wieder leistungsfähiger zu werden. Sie können auch unterstützen, wenn eine Krankheit nicht mehr heilbar ist. Zwar gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Daten zu ihrem Nutzen in dieser Situation. Trotzdem können solche Maßnahmen helfen, Beschwerden zu lindern und den Alltag zu erleichtern. Deshalb *sollten* Sie *nach Meinung der Experten* – je nach Ihren persönlichen Beschwerden und Bedürfnissen – auch dann angeboten werden.

13.4 Soziale Rehabilitation: Zurück in den Beruf?

Wenn Sie ins Berufsleben zurückkehren möchten, können Sie sich frühzeitig beraten lassen. Wichtig ist, dass Sie Ihre Rechte, Optionen und mögliche Folgen kennen. Eine stufenweise Wiedereingliederung hilft, sich behutsam an den Arbeitsalltag zu gewöhnen. Ob in kleinen Zeiteinheiten oder über ganze Tage – der Plan wird individuell mit Ihnen, Ihrem Arzt und Ihrem Arbeitgeber abgestimmt. Wichtig zu wissen: Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die betriebliche Wiedereingliederung zu unterbrechen!

13.5 Bewegungstraining und Physiotherapie

Bewegung ist in der Reha sehr wichtig – sie stärkt nicht nur den Körper, sondern hilft auch gegen Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue). Auch wenn der Einstieg schwerfallen kann: Viele Betroffene berichten nach der anfänglichen Überwindung von mehr Energie, besserem Schlaf und gesteigerter Lebensfreude. Eine Kombination aus moderatem Kraft- und Ausdauertraining ist oft besonders wirksam. Mehr dazu im Kapitel „Körperliche Bewegung und Sport“ ab Seite 125.

13.6 Unterstützung bei seelischen Belastungen

Viele Krebspatienten fühlen sich zeitweise oder länger niedergeschlagen, traurig oder manchmal sogar verzweifelt. Eine Krebserkrankung kann zudem Ängste auslösen. Häufig treten existenzielle und soziale Sorgen sowie Gefühle wie Wut, Scham, Ärger, Hilf- oder Hoffnungslosigkeit auf. Typische Sorgen von Männern mit Prostatakrebs betreffen außerdem körperliche Veränderungen und Einschränkungen, Partnerschaft und Sexualität sowie das Selbstwertgefühl.

Psychosoziale Angebote können helfen, diese Belastungen zu verringern und wirken sich positiv auf Angst, Depressionen, Hilflosigkeit, Schmerzen sowie auf berufliche und soziale Aktivitäten aus. Sie sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation. Dazu gehören Gespräche mit Psychologen, Gruppenangebote, Sexualberatung und Unterstützung im Umgang mit der veränderten Lebenssituation.

Ein Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung bietet besondere Vorteile und ermöglicht frühzeitige sowie umfassende Unterstützung – oft schneller und einfacher als im ambulanten Bereich, wo es zu längeren Wartezeiten kommen kann. Patienten profitieren insbesondere vom Austausch mit Mitpatienten, von Einzel- oder Paargesprächen, Gruppengesprächen, Entspannungsverfahren wie der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, Seminaren zur Lebensführung nach einer Prostatakrebstherapie sowie von medizinischer Beratung zum Verlauf der Erkrankung. Viele empfinden diese Unterstützung als entlastend, weil sie außerhalb des gewohnten sozialen Umfelds stattfindet und weniger Scham oder Druck erzeugt.



Es ist empfehlenswert, frühzeitig Hilfe zu suchen und dem Behandlungsteam die eigenen Ängste und Sorgen mitzuteilen. Auch der Kontakt zu anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen kann unterstützend sein (mehr dazu auf Seite 141).

KONSULTATIONSFASSUNG

14 Behandlung und Unterstützung, wenn eine Heilung nicht möglich ist

In manchen Situationen ist es nicht mehr möglich oder nicht mehr sinnvoll, etwas gegen den Krebs zu unternehmen. Das bedeutet aber längst nicht, dass man für Sie „nichts mehr tun kann“. Ausführliche Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“.

Es kann ein Zeitpunkt kommen, an dem eine Behandlung gegen den Krebs mehr Belastung verursacht, als sie Linderung verschafft. Dann können sich die Ziele der Therapie ändern: der Fokus liegt nun auf einer Verbesserung oder einem Erhalt der Lebensqualität und der Linderung von Beschwerden. Genau dieser Ansatz entspricht dem Grundgedanken der Palliativmedizin.

Durch die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten leben viele Patienten mit einem nicht heilbaren Prostatakrebs heute über einen längeren Zeitraum mit ihrer Erkrankung. Daher sind besondere Konzepte zur Betreuung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wichtig.

Ziel der palliativmedizinischen Versorgung ist, häufige Beschwerden zu erkennen und gezielt zu lindern, damit Patienten ihren Alltag möglichst selbstständig und mit guter Lebensqualität gestalten können.

Die verschiedenen Angebote der palliativmedizinischen Versorgung *sollen* gemeinsam mit Ihnen und Ihren Angehörigen besprochen werden. Der genaue Zeitpunkt, wann palliative Maßnahmen ergänzend zur regulären medizinischen Behandlung begonnen werden, richtet sich nach den Bedürfnissen des Patienten und dem Verlauf der Erkrankung. Die Behandlung *soll nach Meinung der Experten* von Fachleuten aus verschiedenen Bereichen gemeinsam geplant werden.

In einer wissenschaftlichen Studie wurde untersucht, welchen Nutzen eine frühzeitige palliativmedizinische Versorgung bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen hat. Dabei zeigte sich, dass eine frühzeitige Einbindung der Palliativversorgung die Lebensqualität deutlich verbessert, ohne die Lebenserwartung zu verkürzen.

(>) Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“

Weiterführende Informationen erhalten Sie in der Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de sowie www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek).

15 Beratung suchen – Hilfe annehmen

Eine Krebserkrankung verändert das Leben von Erkrankten und deren Angehörigen. Die Krankheit und ihre Behandlung belasten körperlich und auch seelisch. Oft betrifft die Erkrankung auch die Partnerschaft, zum Beispiel durch mögliche Veränderungen in der Sexualität. Zu den Folgen können auch Probleme in der Familie sowie berufliche und soziale Belastungen gehören, zum Beispiel Arbeitslosigkeit, frühzeitige Berentung oder finanzielle Sorgen. Es gibt viele professionelle Unterstützungsangebote, die wir Ihnen hier vorstellen.

Wenn Sie das Gefühl haben, dass die Erkrankung Ihre Kräfte zu sehr beansprucht, kann es hilfreich sein, sich professionelle Unterstützung zu suchen. Bei seelischen und sozialen Belastungen sowie rechtlichen Fragen infolge der Krebserkrankung stehen Ihnen verschiedene Anlaufstellen zur Verfügung. Während Ihres stationären Aufenthaltes können Sie das Personal der Klinik oder der Rehabilitationseinrichtung ansprechen. Ambulant bieten Ihnen beispielsweise Ihre Ärzte, Psychoonkologen, Psychotherapeuten, Krebsberatungsstellen sowie Selbsthilfegruppen Informationen und Unterstützung an.

15.1 Psychoonkologie – psychosoziale Unterstützung

Fast alle Menschen erleben eine Krebserkrankung als eine schwierige und belastende Situation. Im ärztlichen Gespräch werden Sie über alle wichtigen Behandlungsmöglichkeiten, deren Erfolgsaussichten und mögliche Auswirkungen informiert. Dabei soll besonders auf Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes, der Sexualfunktion, der Harn- und Stuhlkontrolle sowie auf Aspekte des Selbstbildes und des männlichen Selbstverständnisses eingegangen werden. Eine frühzeitige psychosoziale oder psychoonkologische Unterstützung kann helfen, diese Belastungen besser zu bewältigen und die Lebensqualität zu erhalten.

*Nach Meinung der Experten **sollte** Ihnen eine psychosoziale und psychoonkologische Unterstützung bei psychischen, sexuellen oder partnerschaftlichen Problemen angeboten werden. Ärzte oder Psychoonkologen erfassen mithilfe spezieller Fragebögen, wie sich die Erkrankung und die Behandlung auf Ihr körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden auswirken. Diese Informationen helfen, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und die Behandlung gezielt zu unterstützen.*

Auch der Partner kann durch die Erkrankung stark belastet sein. Deshalb ist es sinnvoll, Probleme in der Partnerschaft frühzeitig anzusprechen und gegebenenfalls therapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus kann der Kontakt zu Selbsthilfegruppen sehr hilfreich sein.

Der Patient **soll** auf die Möglichkeit hingewiesen werden, sich mit einer Selbsthilfegruppe zur Unterstützung und zum Austausch in Verbindung zu setzen.

Selbsthilfegruppen bieten Informationen über die Erkrankung und Therapien, ermöglichen den Austausch über schwierige Themen und fördern die persönliche und soziale Aktivität. In Deutschland sind Selbsthilfegruppen über den Bundesverband Prostatakrebs-Selbsthilfe (<https://www.prostatakrebs-bps.de/>) erreichbar. Die Mehrheit der Patienten empfindet den Austausch in Selbsthilfegruppen als wertvolle Unterstützung.

(>) Patientenleitlinie „Psychoonkologie“

Ausführliche Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Psychoonkologie – Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten, deren Angehörige sowie Zugehörige“.

In dieser Patientenleitlinie möchten wir

- Sie darüber informieren, was man unter Psychoonkologie versteht;
- mögliche Folgen und Belastungen einer Krebserkrankung beschreiben;
- über die Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten bei Belastungen aufklären;
- auf Unterstützungsmöglichkeiten, Einrichtungen, Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen;
- darin unterstützen, im Gespräch mit Ihrem Behandlungsteam für Sie hilfreiche Fragen zu stellen;
- auf Strategien aufmerksam machen, um die Krankheit im Alltag zu bewältigen und um die Lebensqualität zu verbessern.

Die Patientenleitlinie ist im Internet frei verfügbar und kann bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos als Broschüre bestellt werden (www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien sowie www.krebshilfe.de/infomaterial).

15.2 Sozialrechtliche Unterstützung

Eine Krebserkrankung wirft oftmals auch sozialversicherungsrechtliche und existenzielle Fragen auf. Manchmal ist es nicht mehr möglich, in den Beruf zurückzukehren.

Deshalb stellen sich zum Beispiel Fragen wie:

- ☐ Wie sichere ich künftig mein Einkommen?
- ☐ Welche Hilfen kann ich in Anspruch nehmen?
- ☐ Wie sind meine Angehörigen abgesichert?

Einige Hilfestellungen geben wir Ihnen in dieser Patientenleitlinie. Diese stammen nicht aus der ärztlichen Leitlinie. Die Tipps können aber trotzdem hilfreich sein, da Betroffene ihre eigenen Erfahrungen gesammelt und für Sie aufbereitet haben.

15.2.1. **Anlaufstellen bei sozialrechtlichen Fragestellungen**

Wenn Sie zu sozialrechtlichen Themen Fragen haben, stehen Ihnen zum Beispiel Sozialdienste, Sozialverbände (zum Beispiel der Sozialverband VdK Deutschland oder der Sozialverband Deutschland), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wohlfahrtsverbände, Krebsberatungsstellen und das INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe (siehe Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 134) als Anlaufstellen zur Verfügung. Es ist wichtig, dass Sie und Ihre Angehörigen jemanden haben, den Sie vertrauensvoll ansprechen können und der Sie unterstützt.

Integrationsfachdienste, die von den Integrationsämtern angeboten werden, können eine wichtige Unterstützung sein, wenn es um berufliche Fragen geht. Diese Dienste helfen Menschen dabei, ihren Arbeitsplatz zu sichern oder nach einer Erkrankung wieder ins Berufsleben zurückzufinden. Sie bieten Beratung und Begleitung, um individuelle Lösungen zu finden, die zur jeweiligen Situation passen.

Sie können sich auch im Krankenhaus mit dem Wunsch melden, einen Sozialdienstmitarbeiter zu sprechen. Oder Sie wenden sich nach der Entlassung an eine Krebsberatungsstelle oder eine andere Fachberatung, schildern Ihr Problem und vereinbaren einen Beratungstermin. Erfahrungen mit dem Thema haben zudem Patientenorganisationen. Beratungsstellen gibt es auch bei Ihrer Krankenversicherung, dem zuständigen Rentenversicherungsträger, Sozialverbänden, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt oder der Arbeitsagentur. Adressen finden Sie ab Seite 134.

15.2.2. **Welche Sozialleistungen gibt es?**

Es gibt eine Vielzahl von Sozialleistungen, die Sie in Anspruch nehmen können. Es handelt sich um Sach- oder Geldleistungen, die Ihnen zumindest eine gewisse materielle Sicherheit geben sollen. Häufige Leistungen sind Krankengeld, Schwerbehindertenausweis und medizinische Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es noch einige andere Leistungen. Worauf und in welcher Höhe Sie im Einzelnen Anspruch haben, hängt auch von Ihrer persönlichen Situation ab, zum Beispiel vom Einkommen, von der Dauer und Schwere der Krankheit oder davon, wo Sie versichert sind.

Bei Beantragung von Leistungen haben Sie eine Mitwirkungspflicht. Dies bedeutet, dass Sie beispielsweise dafür Sorge tragen müssen, alle Unterlagen vollständig einzureichen, die für die Bewilligung von Leistungen erforderlich sind. Es kann vorkommen, dass Sie eine Ablehnung aus Ihnen nicht nachvollziehbaren Gründen erhalten oder dass befristete Leistungen auslaufen. In diesen Fällen sollten Sie Ihre Rechte kennen und sich beraten lassen, wenn Sie unsicher sind (siehe Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 128).

Hier ein paar praktische Tipps:

- Wenn Sie bis vor der Erkrankung als Angestellter gearbeitet haben, erhalten Sie zunächst sechs Wochen Lohnfortzahlung. Danach beginnt das Krankengeld, das Sie bei der Krankenkasse beantragen müssen. Die Krankenkasse gewährt das Krankengeld in der Regel für 78 Wochen. Die sechs Wochen der Lohnfortzahlung werden auf die 78 Wochen Krankengeldbezug angerechnet. Sofern Sie eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, prüfen Sie Ihren Anspruch!
- Während einer Reha-Leistung der Rentenversicherung erhalten Sie in der Regel Übergangsgeld. Dieses wird auf den 78-Wochen Bezug des Krankengeldes angerechnet.
- Wenn Sie zur Arbeit zurückkehren, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung. Ihr Arzt legt die Wiedereingliederung in Abstimmung mit Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und (je nach Kostenträger) Ihrer Krankenkasse, Rentenversicherung oder Unfallversicherung fest.
- Möglicherweise steht eine Rückkehr zum Arbeitsplatz infrage oder wird von außen infrage gestellt (Frühberentung). Hier ist es wichtig, dass Sie Ihre Rechte, mögliche Nachteile und Folgen kennen, bevor Sie Entscheidungen treffen.
- Wenn Sie die Arbeit tatsächlich – auch nach einer Reha und entsprechender Beratung – nicht wiederaufnehmen können, ist zu prüfen, ob Sie eine Erwerbsminderungsrente erhalten können.
- Wenn Sie Sorge haben, ob das Einkommen der Familie zum Lebensunterhalt reicht, sollten Sie sich über sozialrechtliche Leistungen zur Sicherung der Lebensgrundlage informieren, beispielsweise bei der Bundesagentur für Arbeit, dem Jobcenter oder dem Sozialamt (je nach Bundesland trägt es einen anderen Namen, zum Beispiel Amt für Versorgung und Soziales). Lassen Sie sich dabei unterstützen.
- Wenn Sie an Krebs erkrankt sind, können Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Der Grad der Behinderung (GdB) gibt an, wie stark jemand aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung (Behinderung) eingeschränkt ist. Das Versorgungsamt legt den GdB fest und entscheidet, ob eine Heilungsbewährung erforderlich ist. Die Heilungsbewährung beschreibt einen Zeitraum, in dem abgewartet wird, ob eine Therapie erfolgreich ist.
- Bei einer Krebserkrankung erhalten Sie in der Regel mindestens einen GdB von 50 für die ersten fünf Jahre bzw. im Frühstadium für die ersten zwei Jahre. Danach wird der GdB erneut überprüft. Ab einem GdB von 50 bekommen Sie einen Schwerbehindertenausweis. Einen Antrag auf dieses Dokument können Sie direkt bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt (je nach Bundesland trägt es

einen anderen Namen, beispielsweise Amt für Versorgung und Integration) stellen. Informationen hierzu finden Sie im Internet unter www.bih.de/integrationsaemter/.

- Zunächst kann ein formloser Antrag auf Schwerbehinderung beim zuständigen Amt gestellt werden. Welches Amt für Sie zuständig ist, finden Sie unter www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis/versorgungsamt.php. Informationen zum Schwerbehindertenausweis und die Möglichkeit, die Anträge der jeweiligen Bundesländer online herunterzuladen bietet das Bundesportal als zentraler Zugangspunkt zu den Verwaltungsleistungen von Bund, Ländern und Kommunen (<https://verwaltung.bund.de/leistungsverzeichnis/DE/leistung/99015007012000>).
- Bei einem GdB von mindestens 30, aber kleiner als 50 können Sie eine sogenannte Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit beantragen. Sie erhalten dann ähnliche Leistungen wie Schwerbehinderte, etwa einen besonderen Kündigungsschutz. Bei einer Krebserkrankung wird der GdB im Allgemeinen nur für einige Jahre bestimmt. Danach erfolgt meist eine Nachprüfung. Die Behörde kann jederzeit das Vorliegen der Voraussetzungen für die Behinderung erneut prüfen. Betroffene Feststellungen können aufgehoben oder verändert werden, wenn festgestellt wird, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verbessert (Heilungsbewährung) oder verschlechtert (Verschlechterungsantrag) haben. Auch Sie selbst können jederzeit einen Änderungsantrag stellen.
- Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, insbesondere bei der Selbstversorgung, dann könnten Leistungen der Pflegekasse für Sie infrage kommen. Der Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades wird bei der Pflegekasse, die unter einem Dach mit der Krankenkasse sitzt, gestellt. Die Pflegekasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst, der bei Ihnen zu Hause einen Besuch macht, um Ihre Pflegebedürftigkeit zu überprüfen. Es gibt zudem hauswirtschaftliche Dienste oder Nachbarschaftshilfen, die vielleicht für Sie geeignet sind. Erkundigen Sie sich bei Beratungsstellen und Pflegestützpunkten. Dort können Sie sich auch zur Finanzierung dieser Hilfen beraten lassen.

(>) Zum Weiterlesen: „Sozialleistungen bei Krebs“

Aktuelle Informationen zu den sozialen Leistungen finden Sie in der Broschüre „Sozialleistungen bei Krebs – Die blauen Ratgeber“. Der Ratgeber der Deutschen Krebshilfe informiert umfassend über alle wichtigen Themen wie zum Beispiel Kranken- und Pflegeversicherung, wirtschaftliche

Sicherung und Rehabilitation. Sie können die Broschüre kostenlos im Internet unter www.krebshilfe.de/infomaterial herunterladen oder bestellen.

15.3 Selbsthilfe

Vielen macht es Hoffnung und Mut, mit anderen Betroffenen zu sprechen. Diese können ein lebendes Beispiel sein, dass sich die Krankheit und die auftretenden Belastungen verarbeiten lassen. Gerade, wenn Sie erst kurze Zeit von Ihrer Krankheit wissen, können die Erfahrungen von Gleichbetroffenen Ihnen helfen. Sie merken, dass Sie mit Ihrer Krankheit nicht allein sind und viele Menschen in einer ähnlichen Situation sind wie Sie. Außerdem können Sie hier viele alltagstaugliche Tipps und Informationen rund um das Leben mit Prostatakrebs und seinen Folgen erhalten. Mitglieder von Selbsthilfegruppen können glaubhaft Zuversicht vermitteln und damit helfen, Ängste zu überwinden und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies ist auch Voraussetzung für eine positive Einstellung zu den notwendigen Behandlungen und für eine aktive Mitwirkung am Behandlungsprozess.



Selbsthilfegruppen, in denen Sie jederzeit willkommen sind, finden Sie auch in Ihrer Nähe (Adressen siehe Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 134).

16 Leben mit Prostatakrebs – den Alltag bewältigen

Ein paar Hilfestellungen und praktische Tipps zum Leben mit der Erkrankung geben wir Ihnen in dieser Patientenleitlinie. Diese stammen nicht immer explizit aus der S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“. Die Tipps können aber trotzdem hilfreich sein, da Selbstbetroffene ihre eigenen Erfahrungen gesammelt und für Sie aufbereitet haben.

Eine Krebserkrankung verändert den Alltag von Erkrankten und ihren Angehörigen. Nicht nur die Erkrankung selbst, auch die Behandlungen und ihre Folgen haben Auswirkungen auf das gewohnte Leben. Auch mit der Krebserkrankung gilt es, den Alltag zu bewältigen und das eigene Leben selbständig und lebenswert zu gestalten.

16.1 Warum ich?

Vielleicht fragen Sie sich, warum gerade Sie an Krebs erkrankt sind, ob Stress schuld ist oder ob Sie etwas falsch gemacht haben. Sie sind damit nicht allein. Viele Menschen glauben, dass seelische Belastungen zur Entstehung von Krebs beitragen wie etwa Depressionen, Stress oder belastende Lebensereignisse. Es gibt keine Belege, die für einen Zusammenhang von seelischen Belastungen und Tumorentstehung sprechen. Manchmal begegnet einem auch der Begriff der „Krebspersönlichkeit“. Damit ist gemeint, dass bestimmte Charaktere eher Krebs bekommen als andere. Auch für diese Theorie gibt es keine haltbaren Belege.

16.2 Geduld mit sich selbst haben

Geben Sie Ihrem Körper für die Genesung Zeit, und haben Sie mit sich Geduld. Setzen Sie sich nicht unnötig unter Druck. Erwarten Sie nicht, sofort wieder voll leistungsfähig und einsatzbereit zu sein. Akzeptieren Sie Ihre Erkrankung als Schicksal, und schauen Sie nach vorne. Auch wenn es merkwürdig klingt: Viele Betroffene berichten, dass sich ihr Leben verändert hat und intensiver wurde. Überlegen Sie, was Ihnen früher in Krisen geholfen hat: Woraus können Sie Kraft schöpfen? Was bereitet Ihnen besondere Freude? Wobei entspannen Sie sich am besten?

16.3 Mit Stimmungsschwankungen umgehen

Es wird Tage geben, an denen Sie zuversichtlich und voller Energie sind. Diese können sich abwechseln mit Zeiten, in denen Sie sich niedergeschlagen, wütend, verzweifelt und hoffnungslos fühlen. All diese Reaktionen sind normal. Niemand kann immer nur positive Gefühle haben. Vielleicht hilft es Ihnen, sich bewusst zu machen, dass seelische Tiefs meist wieder vorbeigehen.

Wenn Sie ergründen, wovor genau Sie Angst haben (Schmerzen, Alleinsein, Hilflosigkeit, Sterben), können Sie diese Angst besser abbauen oder mit ihr leben



lernen. Nehmen Ängste oder Niedergeschlagenheit jedoch zu, sollten Sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (siehe Kapitel „Unterstützung bei seelischen Belastungen“ ab Seite 112).

16.4 Bewusst leben

Schwere Erkrankungen gehören wie Trennungen oder Verlust des Arbeitsplatzes zu den besonders schwerwiegenden Lebensereignissen. Diese Schicksalsschläge können einen hilflos, verzweifelt, traurig und orientierungslos zurücklassen. Aber auch neue Kraft geben: das Leben mehr zu schätzen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und ernst zu nehmen, mehr auf die Gesundheit zu achten und zu erkennen, wer oder was wirklich für einen wichtig ist.

Zusammengefasst: Es kann Ihnen helfen, wenn Sie bewusst leben und auf sich achten – dazu gehören auch eine gesunde Lebensweise mit Pausen, Entspannung und regelmäßigem Schlaf, Bewegung und eine gesunde Ernährung.

16.5 In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen

Gerade in belastenden Situationen ist es nicht immer einfach, sich mit dem Partner, Familie oder Freunden auszutauschen und eigene Anliegen oder Probleme anzusprechen. Trotzdem kann es helfen, mit Ihren Angehörigen und in Ihrem Freundeskreis über Ihre Situation zu sprechen. So können Sie zum Beispiel Missverständnissen vorbeugen. Auch Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch.

16.5.1 Familie und Freundschaften

Ihre Krebserkrankung kann auch bei Personen, die Ihnen nahestehen, Unsicherheit und Angst auslösen. Es kann sein, dass Sie sich zu überfürsorglich behandelt fühlen oder dass Sie sich im Gegenteil mehr Unterstützung wünschen würden. Für Außenstehende ist es nicht immer leicht zu erkennen, was Sie benötigen. Es hilft, wenn Sie offen sind: Geben Sie zu erkennen, wie Sie sich fühlen und was Ihnen guttut und was nicht. Nicht alle Belastungen kann man aus der Welt schaffen, aber Sie, Ihre Familie und Freunde können von- und miteinander lernen, damit umzugehen. Reden Sie ehrlich miteinander, damit Sie die Ängste gemeinsam überwinden können.

Nicht trotz, sondern gerade wegen der Krankheit können Ihnen Freundschaften oder der Kontakt zu Bekannten guttun. Wenn Sie sich dauerhaft zurückziehen, wird der Alltag vielleicht noch schwerer oder bedrückender.

Nicht immer sehen Sie Ihre Familie oder den Freundeskreis regelmäßig. Diese können daher mit Ihren Beschwerden nicht so vertraut sein. Sagen Sie klar, was Sie können und was nicht. Missverständnisse können Sie vermeiden, indem Sie zum Beispiel darüber

sprechen, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Verabredung nicht einhalten können. Vielleicht erhalten Sie häufiger Ratschläge zur Lebensführung oder Therapievorschlüsse. Das ist sicher gut gemeint, kann aber auch belasten. Wenn Ihnen diese Hinweise zu viel werden, sprechen Sie dies an. Teilen Sie mit, welche Unterstützung stattdessen für Sie hilfreich wäre. In Fragen der Behandlung sollten Sie eher Ihrem Behandlungsteam vertrauen und vor allem: Besprechen Sie alle erhaltenen oder selbst entdeckten Therapievorschlüsse mit Ihrem Arzt.

16.5.2. Kinder krebskranker Eltern

Die veränderte Situation stellt Sie auch vor neue praktische Aufgaben. Haushalt und Kinderbetreuung sind zu organisieren, eventuell finanzielle Fragen zu klären, der Tagesablauf neu zu planen. Wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt, brauchen Kinder besonders viel Fürsorge. Sie spüren häufig sehr genau, dass etwas nicht in Ordnung ist.

Sprechen Sie daher mit Ihrem Kind über die Erkrankung. Offene Gespräche, die dem Alter des Kindes entsprechend angepasst sind, bieten dem Kind die Chance, die Veränderungen in der Familie einzuordnen, anzunehmen und auch zu verarbeiten. Durch diese Offenheit bleiben Sie dem Kind als Vertrauensperson erhalten und vermeiden, dass es von anderer Seite erfährt, dass Sie sehr krank sind.

Wann der richtige Zeitpunkt dafür ist, lässt sich nicht allgemeingültig sagen. Leichter kann es sein, wenn Sie und Ihr Partner gemeinsam mit den Kindern sprechen. Hierbei kann es hilfreich sein, sich rechtzeitig professionelle Unterstützung zu holen. Die besten Ansprechmöglichkeiten sind zum Beispiel Krebsberatungsstellen, Psychoonkologen, psychologische Beratungsstellen oder der eigene Arzt beziehungsweise der Kinderarzt. Adressen und Anlaufstellen finden Sie im Abschnitt „Für Familien mit Kindern“ auf Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

(>) Zum Weiterlesen: „Hilfen für Angehörige“

Die Deutsche Krebshilfe bietet zu diesem Thema einen ausführlichen Ratgeber an, der auch auf die spezielle Situation der Kinder eingeht. „Hilfen für Angehörige – Die blauen Ratgeber 42“.

www.krebshilfe.de/infomaterial

16.5.3 Arbeitsplatz

Manchmal kann Ihre Erkrankung Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit haben, zum Beispiel wenn Sie Arzttermine wahrnehmen müssen oder wenn Sie nach Ende Ihrer Therapie wieder arbeiten, allerdings nicht mehr so belastbar sind wie früher. Ihre Erkrankung kann aus der beruflichen Tätigkeit nicht ausgeklammert werden.

Der offene Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz kann unter Umständen zwiespältig sein. Einerseits kann es Vorteile haben, wenn Sie auf der Arbeit über Ihre Erkrankung sprechen. Der Kollegenkreis kann Sie besser verstehen und möglicherweise bei bestimmten Aufgaben entlasten oder unterstützen. Andererseits können in einem Arbeitsumfeld, das durch Misstrauen oder Druck geprägt ist, auch Nachteile für Sie entstehen. Ihr Arbeitgeber hat, juristisch gesehen, kein Recht zu erfahren, an welcher Krankheit Sie leiden. Deshalb sollten Sie immer im Einzelfall abwägen, ob und inwieweit Ihnen die Offenheit nutzt oder schadet.

Im Betrieb können Sie sich außerdem, sofern vorhanden, an Ihren Betriebs- oder Personalrat, an Ihren Betriebsarzt sowie an die Schwerbehindertenvertretung wenden, wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis haben oder gleichgestellt sind. Ferner haben Schwerbehinderte oder mit Schwerbehinderten gleichgestellte Menschen einen Anspruch auf eine berufsbezogene Beratung durch die Integrationsfachdienste der Integrationsämter.

Nach längerer Arbeitsunfähigkeit bietet die stufenweise Wiedereingliederung Ihnen die Möglichkeit, sich nach und nach wieder an ein normales Arbeitspensum zu gewöhnen. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit von integrativen Maßnahmen am Arbeitsplatz nach Schwerbehindertenrecht. Falls Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Arbeitsverhältnis haben, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt. Er kann Ihnen sagen, an welche Stellen Sie sich wenden können.

(>) Zum Weiterlesen: „Sozialleistungen bei Krebs“

Die Broschüre „Sozialleistungen bei Krebs – Die blauen Ratgeber 40“ der Deutschen Krebshilfe informiert umfassend über alle wichtigen Themen wie zum Beispiel Kranken- und Pflegeversicherung, wirtschaftliche Sicherung und Rehabilitation. Sie können die Broschüre kostenlos im Internet unter www.krebshilfe.de/infomaterial herunterladen oder bestellen.

16.5.4 Partnerschaft und Sexualität

Der Krebs macht nicht nur uns selbst zu schaffen, auch Ehe oder Partnerschaft leiden oft unter der neuen Situation. Die Partner von Krebspatienten kämpfen mit dem Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit. Umso wichtiger ist eine gegenseitige Offenheit anstelle von Rückzug und Isolation. Wer die Krankheit als Paar gemeinsam durchsteht, den kann meist so schnell nichts mehr auseinanderbringen.

Sowohl die Erkrankung als auch die Behandlung können deutliche Auswirkungen auf das Sexualleben haben. Ein vertrauensvoller Umgang miteinander und offene Gespräche über die persönlichen Wünsche von Beginn der Erkrankung an sind nun ganz besonders wichtig für die Beziehung. Bedenken Sie auch, dass Ihr Partner nicht

wissen kann, was Sie jetzt am meisten brauchen und wünschen, wenn Sie es ihm oder ihr nicht sagen.

Die Herausforderung besteht darin, in der veränderten Lebenssituation nicht zurückzuschauen auf das, was nicht mehr möglich ist, sondern den Körper anzunehmen, wie er ist, und neue Formen der Sexualität auszuprobieren. Wenden Sie sich bei Fragen und Problemen an Ihren Arzt. Auch Sexualtherapeuten können hier helfen.

16.6 Lebensstil anpassen

Ein gesunder Lebensstil kann dazu beitragen, die Folgen der Erkrankung zu lindern und den Erfolg der Behandlung zu unterstützen.

16.6.1 Körperliche Bewegung und Sport

Bereits während Ihrer Krebsbehandlung – und ebenso in der Zeit danach – ist es wichtig, körperlich aktiv zu bleiben und sich regelmäßig zu bewegen.

Die Experten sind der Meinung: Patienten **sollen** auf die Bedeutung von Bewegung während der Krebsbehandlung hingewiesen werden. Bewegung kann helfen, die Therapie besser zu vertragen, fit zu bleiben und alltägliche Aufgaben wie Einkaufen oder Hausarbeiten leichter zu bewältigen.

Kurz nach der operativen Entfernung der Prostata ist es wichtig, den Körper zu schonen und starke Belastung zu vermeiden – vor allem Joggen würde den Beckenboden überfordern und Beschwerden wie Harninkontinenz verstärken. Sobald die Beschwerden nachlassen, kann Joggen wieder Teil der Bewegungstherapie sein – insbesondere zur Förderung der Knochengesundheit. Radfahren ist grundsätzlich möglich, aber bitte achten Sie auf einen passenden Sattel (z. B. Prostata- oder Komfortsattel).

Sport und Bewegung stärken Herz, Kreislauf, Muskeln und Knochen, verbessern Konzentration und Wohlbefinden und können dem Fatigue-Syndrom (anhaltende Müdigkeit) entgegenwirken. Beginnen Sie langsam, steigern Sie sich behutsam und achten Sie auf Ihre Tagesform. Ideal ist eine Kombination aus Ausdauertraining, Kraftübungen und Beckenbodentraining. Schon kleine Alltagsaktivitäten wie Treppensteigen, Gartenarbeit oder kurze Wege zu Fuß oder mit dem Rad fördern die Fitness.

Sprechen Sie mit Ihrem Behandlungsteam, bevor Sie mit einem Trainingsprogramm beginnen. Gemeinsam kann festgelegt werden, was zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand passt.

Besonders geeignet sind Aktivitäten wie Nordic Walking, Schwimmen, Radfahren (mit geeignetem Sattel und nach Rücksprache), Beckenbodentraining sowie Kraft- und Stabilitätsübungen. Viele Vereine und Fitnessstudios bieten spezielle Gruppenangebote für Krebspatienten an. Der Austausch mit anderen Betroffenen und die Unterstützung durch geschultes Fachpersonal – idealerweise mit Erfahrung bei Prostatakrebs – können zusätzlich motivieren und Sicherheit geben.

16.6.2 Ausgewogene Ernährung

Patienten mit Prostatakrebs *sollten nach Meinung der Experten* auf eine ausgewogene Ernährung achten, die reich an pflanzlichen Lebensmitteln ist – also viel Gemüse, Obst, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte enthält.

Empfehlenswert ist es, möglichst häufig frische, unverarbeitete Lebensmittel zu essen, die wenig gesättigte Fette enthalten und reich an Ballaststoffen sind, zum Beispiel Vollkorngetreide oder Hülsenfrüchte. Auch pflanzliche Fette wie Raps- oder Olivenöl sowie Nüsse und Samen gelten als günstig für die Gesundheit.

Spezielle Diäten oder sogenannte „Krebs-Lebensmittel“ werden derzeit wissenschaftlich nicht gestützt – weder zur Vorbeugung von Prostatakrebs noch zur gezielten Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Dennoch kann eine gesunde, ausgewogene Ernährung das allgemeine Wohlbefinden verbessern und dabei helfen, während und nach der Behandlung körperlich belastbar und fit zu bleiben.

Weitere Informationen zu einer gesundheitsfördernden Mischkost finden Sie zum Beispiel bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. unter www.dge.de.

16.6.3 Verzicht auf Alkohol und Nikotin – ein wichtiger Beitrag für Ihre Gesundheit

Am besten ist es, ganz auf Alkohol zu verzichten. Eine völlig risikofreie Menge gibt es nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt als risikoarmen Konsum maximal ein bis zwei alkoholische Getränke pro Woche – zum Beispiel zwei kleine Gläser Bier à 0,33 Liter. Weniger ist dabei immer besser.

Auch das Rauchen stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Es gilt als gesicherter Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen – darunter verschiedene Krebsarten sowie Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen. Wenn Sie rauchen, lohnt es sich in jedem Fall, damit aufzuhören. Unterstützung beim Rauchstopp erhalten Sie beispielsweise über das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums unter der Telefonnummer **06221 42 42 00** oder über das kostenfreie Beratungstelefon des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit unter **0800 8 31 31 31**. Weitere Informationen finden Sie unter www.rauchfrei-info.de.

17 Hinweise für Angehörige und Freunde

Im Mittelpunkt bei einer Krebserkrankung steht der erkrankte Mensch. Dennoch betrifft die veränderte Situation nicht nur die erkrankte Person, sondern auch die Menschen, die ihr nahestehen: Familie, Partner, Kinder, weitere Angehörige und Freunde.

Auch Sie als Angehörige oder Freunde sind gefordert, denn für die Betroffenen ist Ihre Unterstützung bei der Auseinandersetzung und Anpassung mit der Erkrankung wichtig. Das kann Ihnen emotional und praktisch manchmal einiges abverlangen. Liebevoll und verständnisvoll miteinander umzugehen, ist nicht immer leicht, wenn Sorgen belasten und der Alltag organisiert werden muss. Es hilft, wenn Sie einander Achtung und Vertrauen entgegenbringen und offen miteinander reden. Denn auch Sie sind – wenn auch indirekt – davon betroffen und müssen lernen, mit der Erkrankung einer nahestehenden Person umzugehen.

Als Familienmitglied sind Sie manchmal in einer schwierigen Situation: Sie wollen helfen und unterstützen und brauchen gleichzeitig vielleicht selbst Hilfe und Unterstützung. Einen Menschen leiden zu sehen, der Ihnen nahesteht, ist schwer. Fürsorge für einen kranken Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf einiges verzichten, was Ihnen lieb ist wie Hobbys oder Freundschaften. Umgekehrt mag es Ihnen egoistisch erscheinen, dass Sie etwas Schönes unternehmen, während die oder der andere krank ist. Doch damit ist beiden Seiten nicht geholfen. Wenn Sie nicht auf sich selbst Acht geben, besteht die Gefahr, dass Sie bald keine Kraft mehr haben, für den anderen Menschen da zu sein.

Sie können sich auch Hilfe holen, um die belastende Situation zu verarbeiten. Sie haben zum Beispiel selbst die Möglichkeit, sich beratende oder psychotherapeutische Unterstützung zu suchen. Die meisten Krebsberatungsstellen betreuen Kranke und Angehörige gleichermaßen. Bei einer psychoonkologischen Betreuung können auch Familiengespräche wahrgenommen werden. Außerdem bieten Selbsthilfegruppen in vielen Städten für die Angehörigen krebserkrankter Menschen die Gelegenheit, sich auszutauschen und Unterstützung zu finden. Wer hilft, darf sich zugestehen, auch selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, um sich nicht zu erschöpfen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch dem erkrankten Menschen, um den Sie sich sorgen. Das ist nicht egoistisch, sondern vernünftig.

18 Ihr gutes Recht

Eine Krebserkrankung ist in jeder Hinsicht eine große Herausforderung. Dabei ist es auch gut zu wissen, welche Rechte Sie als Patient haben und wie Sie für bestimmte Situationen vorsorgen können.

In jeder Phase Ihrer Erkrankung ist es gut, wenn Sie sich aktiv an der Behandlung beteiligen. Manchmal kann es auch zu Unstimmigkeiten oder Problemen kommen. Dann ist es wichtig, dass Sie Ihre Rechte kennen und wahrnehmen.

Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. In ihm ist zum Beispiel festgehalten, dass Sie ein Recht auf umfassende Information und auf Einsicht in Ihre Krankenakte haben. Die wichtigsten Regelungen finden Sie in der Informationsbroschüre „Ratgeber für Patientenrechte“ im Internet unter www.bmjv.de (Startseite-Service-Broschüren und Infomaterial).

(!) Sie haben das Recht auf

- freie Arztwahl;
- neutrale Informationen;
- umfassende Aufklärung durch den behandelnden Arzt;
- Schutz der Privatsphäre (Datenschutz);
- Selbstbestimmung (einschließlich des Rechts auf „Nicht wissen wollen“ und des Rechts, eine Behandlung abzulehnen);
- Beschwerde;
- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung;
- eine sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchung;
- Einsichtnahme in die Befunde (zum Beispiel CT-Aufnahmen, Arztbriefe; Sie können sich Kopien anfertigen lassen);
- umfangreiche Information im Falle von Behandlungsfehlern.

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten, können Sie sich an die Gutachterkommission und Schlichtungsstelle Ihrer zuständigen Landesärztekammer wenden. Deren Adressen finden Sie unter anderem in dem Wegweiser „Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern“ der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen.

Im Falle von Anträgen zur Kostenübernahme bei der Krankenkasse ist diese verpflichtet, schon innerhalb von drei Wochen zu reagieren. Manchmal zieht die

Krankenversicherung dafür den Medizinischen Dienst hinzu. In diesem Fall hat die Krankenkasse fünf Wochen Zeit für eine Antwort.

18.1 Recht auf Widerspruch

Als Versicherter haben Sie gegenüber Leistungsträgern (zum Beispiel der Krankenversicherung oder der Rentenversicherung) ein Recht darauf, gegen eine Entscheidung Widerspruch einzulegen. Falls zum Beispiel die gesetzliche Krankenkasse die Kostenübernahme einer Behandlung ablehnt oder die Rentenversicherung eine Reha-Maßnahme nicht bewilligt, können Sie Widerspruch dagegen einlegen. Dann ist die Behörde dazu verpflichtet, ihre Entscheidung noch einmal zu überprüfen.

Wichtig ist, dass die Frist für einen Widerspruch eingehalten wird. Sie beträgt in der Regel einen Monat, nachdem der Bescheid mit der Ablehnung bei Ihnen eingegangen ist (Datum des Bescheides plus drei Tage für die Postzustellung). Der Widerspruch kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Behörde eingelegt werden. Zur Niederschrift bei der Behörde bedeutet, dass Sie in der Behörde den Widerspruch mündlich formulieren. Der Widerspruch wird dort aufgeschrieben und anschließend von Ihnen unterzeichnet und muss bis zum Ende der Frist bei der Behörde eingegangen sein.

Dazu sollten Sie neben der Versicherungsnummer und dem Aktenzeichen des Bescheides, eine Begründung für den Widerspruch angeben. Die Begründung des Widerspruchs ist nicht zwingend, aber wenn Sie keine angeben, besteht die Gefahr, dass die Behörde noch einmal die gleiche Entscheidung trifft und wieder ablehnt.

Nach Eingang prüft die Behörde, ob sie doch anders entscheiden möchte oder der Widerspruch gerechtfertigt ist. Ist der Widerspruch aus Sicht des Sozialleistungsträgers jedoch unbegründet, wird er an eine übergeordnete Stelle (den Widerspruchsausschuss) weitergeleitet. Auch dieser prüft noch einmal die Entscheidung. Wird auch dort dem Widerspruch nicht zugestimmt, dann erhalten Sie eine schriftliche Information, dass der Widerspruch abgelehnt wurde (Widerspruchsbescheid). Es besteht die Möglichkeit, gegen diesen Widerspruchsbescheid vor einem Sozialgericht zu klagen.

Die Behörde hat über einen Widerspruch in der Regel innerhalb einer Frist von drei Monaten zu entscheiden. Nach Ablauf dieser Frist kann eine Untätigkeitsklage eingereicht werden.

18.2 Ärztliche Zweitmeinung



Vielleicht sind Sie unsicher, ob eine vorgeschlagene Behandlung für Sie wirklich geeignet ist. Wenn Sie Zweifel haben, sprechen Sie offen mit Ihrem Behandlungsteam. Machen Sie dabei auch auf Ihre Unsicherheiten und Ihre Vorstellungen und Wünsche aufmerksam. Es kann hilfreich sein, sich auf ein solches Gespräch vorzubereiten, indem Sie sich Fragen aufschreiben und bei vertrauenswürdigen Quellen noch einmal gezielt Informationen suchen (Adressen ab Seite 134).

Lassen sich Ihre Zweifel auch in einem weiteren Gespräch nicht ausräumen oder haben Sie das Gefühl, nicht sorgfältig genug beraten worden zu sein, besteht unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen. Die zuständige Krankenkasse kann die Kosten nach vorheriger Rücksprache und mit einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt übernehmen. Die dazu notwendigen Kopien Ihrer Unterlagen händigt Ihnen Ihr Arzt aus. Die Kosten der Kopien können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Wenn Sie vor einer folgenreichen Behandlungsentscheidung mehr Sicherheit durch eine zweite Meinung wünschen, werden Ihre behandelnden Ärzte das in der Regel verstehen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, einen Arzt für eine zweite Meinung zu finden. Sie können sich zum Beispiel an die durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren wenden, die große Erfahrung in der Behandlung von krebskranken Menschen haben. Sie können Ihre behandelnden Ärzte auch direkt fragen. Unter Umständen können Ihnen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ihre Krankenkasse und Selbsthilfeorganisationen Auskunft geben. In der Regel übernehmen die Kassen bei schwerwiegenden Behandlungsentscheidungen die Kosten für eine Zweitmeinung. Am besten fragen Sie vorher dort nach.

Meist haben Sie als Patient Zeit, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Sie sollten aber darauf achten, dass der Beginn der Behandlung nicht allzu sehr verzögert wird.

18.3 Datenschutz für Patienten

Teilweise können Patienten mit Prostatakrebs ambulant, das heißt in Arztpraxen, betreut werden. Falls Sie in einem Krankenhaus behandelt werden, werden auch viele persönliche Daten oder Informationen von Ihnen erhoben. Diese werden in Ihrer Patientenakte gesammelt: Krankengeschichte, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Behandlungen und vieles mehr. Hierzu gehört auch, dass Fragebögen, die Sie vielleicht ausgefüllt haben, in der Krankenakte verbleiben. All diese Befunde braucht das Behandlungsteam, um Ihnen eine gute Behandlung zu ermöglichen. Gleichzeitig ist es auch wichtig, dass verschiedene an Ihrer Behandlung beteiligte Personen, wie Ärzte

oder Psychologen oder das Pflegepersonal, Einblick in die Untersuchungsakte haben. Um Missbrauch zu vermeiden, gibt es aber Regeln für den Umgang mit Patientendaten:

- Ärzte sowie alle Berufsgruppen des Behandlungsteams unterliegen der Schweigepflicht. Ihre persönlichen Daten dürfen nur mit Ihrer Erlaubnis erhoben, gespeichert, verarbeitet und an Dritte weitergeleitet werden.
- Sie dürfen nur insofern erhoben werden, wie sie für Ihre Behandlung erforderlich sind. Hierzu schließen Sie mit der medizinischen Einrichtung einen Behandlungsvertrag ab, in dem Sie auch Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung geben. Dies muss schriftlich festgehalten werden. Sie dürfen die Einwilligung auch verweigern oder jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.
- Auf Ihre Daten dürfen nur an Ihrer Behandlung beteiligte Personen zugreifen, und auch nur so weit, wie es für die Therapie erforderlich ist. Auch Verwaltungsmitarbeiter dürfen Ihre Daten nutzen, aber nur insofern es zur Abwicklung für Verwaltungsprozesse erforderlich ist.
- Ihre Krankenakte muss stets so aufbewahrt werden, dass Unbefugte nicht an sie gelangen können.
- Ihre Patientendaten müssen mindestens zehn Jahre und dürfen bis zu 30 Jahre gespeichert werden. Spätestens danach müssen sie datenschutzgerecht entsorgt werden. Während dieser Zeit und nach Abschluss Ihrer Behandlung werden elektronisch erhobene Daten gesperrt und die Papierakte im Archiv hinterlegt. Ein Zugriff ist dann nur in bestimmten Fällen möglich, zum Beispiel bei einer weiteren Behandlung.

18.4 Vorsorge treffen

Jeder Mensch kann einmal in die Lage geraten, nicht mehr für sich entscheiden zu können. Für diesen Fall können Sie planen und besprechen:

- wer Ihre Vorstellungen und Wünsche vorübergehend oder dauerhaft vertreten soll;
- wie Sie Ihr Lebensende gestaltet wissen möchten;
- welche Maßnahmen Sie im Fall von bestimmten Erkrankungssituationen ablehnen.

In einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht können Sie dies festlegen. Diese sogenannte vorausschauende Behandlungsplanung hat zum Ziel, dass Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse auch ohne Ihre direkte Einwirkung möglichst gut vertreten und umgesetzt werden können.

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz finden Sie Informationen zum Betreuungsrecht sowie Musterformulare und Textbausteine zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen (www.bmjv.de; Startseite-Service-Broschüren und Infomaterial).

Nicht jeder möchte sich mit der Gestaltung seines Lebensendes auseinandersetzen. Oft fällt es schwer, sich mögliche zukünftige Situationen vorzustellen oder diese Vorstellung zuzulassen und Entscheidungen zu treffen. Manche möchten auch lieber die behandelnden Ärzte oder die Angehörigen über die richtigen Maßnahmen entscheiden lassen.

18.4.1 Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Mit einer Vorsorgevollmacht können Sie einer Person Ihres Vertrauens die Wahrnehmung einzelner oder mehrerer Angelegenheiten für den Fall übertragen, dass Sie selbst nicht mehr ansprechbar oder entscheidungsfähig sind. Dazu gehört zum Beispiel, rechtsverbindliche Erklärungen abzugeben. Wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen selbst keine Entscheidungen treffen können, kann die von Ihnen bevollmächtigte Person in Ihrem Sinne handeln, ohne dass weitere Formalitäten notwendig sind.

Überlegen Sie sich, welche Person oder Personen Sie für sich entscheiden lassen möchten. Besprechen Sie vorher, ob die Betreffenden diese Aufgabe übernehmen möchten.

Die Vorsorgevollmacht gilt nur im Original, eine notarielle Beglaubigung ist jedoch nicht erforderlich. Kopien werden nicht akzeptiert. Eine Vorsorgevollmacht können Sie jederzeit widerrufen.

Eine Betreuungsverfügung wird geltend, wenn für Sie kein Vorsorgebevollmächtigter handeln kann. In diesem Fall bestimmt ein Betreuungsgericht einen gesetzlichen Vertreter für Sie. In einer Betreuungsverfügung können Sie im Voraus festlegen, wen das Gericht als Betreuer bestellen soll. Ebenso können Sie dokumentieren, welche Person für Sie nicht infrage kommt.

18.4.2 Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung legen Sie im Voraus fest, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch oder pflegerisch behandelt werden möchten. Sie können ebenfalls persönliche Wertvorstellungen und Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben oder auch religiöse Anschauungen in Ihrer Patientenverfügung schriftlich festhalten. In der elektronischen Gesundheitskarte können Sie vermerken lassen, ob eine Patientenverfügung vorliegt und wo die Dokumente zu finden sind.

Sie können beispielsweise in einer Patientenverfügung konkret festlegen:

- welche Maßnahmen oder Bedingungen Sie ablehnen;
- wann Maßnahmen zur Wiederbelebung erfolgen sollen;
- wo Sie Ihre letzte Lebenszeit verbringen möchten.

(!) Hinweis zum Verfassen einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Die Formulierung einer Patientenverfügung ist nicht immer einfach. Fragen Sie zur Unterstützung Ihren Arzt. Gemeinsam können Sie überlegen, welche Bedeutung bestimmte Maßnahmen oder Bedingungen für Sie haben und ob diese für Sie infrage kommen oder nicht.

Eine Patientenverfügung kann frei formuliert werden. Auf den Internetseiten der Bundesärztekammer oder des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz finden Sie Informationen zum Betreuungsrecht sowie Musterformulare und Textbausteine:

www.bmjv.de

<https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientenverfuegung/>

19 Adressen und Anlaufstellen

Wir haben hier einige Adressen von Anlaufstellen und Ansprechpartnern für Sie zusammengetragen. Die nachfolgende Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Aktualität der Daten.

19.1 Selbsthilfe

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Hier erhalten Sie Informationen zu Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe.

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Telefon: 030 31018960
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
info@hausderkrebsselbsthilfe.de
www.hausderkrebsselbsthilfe.de

BPS – Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn.
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.prostatakrebs-bps.de
Kostenlose Beratungshotline innerhalb Deutschlands 0800 70 80 123
Dienstag, Mittwoch und Donnerstag von 15:00 bis 18:00 Uhr

Aus ausländischen Fest- und Mobilfunknetzen unter der gebührenpflichtigen Rufnummer +49 (0)228 286 456 45

Bei dieser Rufnummer fallen dieselben Gesprächsgebühren an wie bei jedem Anruf an eine Festnetznummer in Deutschland.

Die Beratung erfolgt absolut unabhängig und ohne Einflussnahme durch Kliniken, Ärzte oder Firmen und verfolgt keinerlei finanzielle Interessen. Der Beratung liegt die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prostatakarzinom“ des Leitlinienprogramms Onkologie in der jeweils aktuellen Fassung zugrunde. Das Beraterteam besteht nicht aus

medizinischen oder juristischen Experten, sondern aus ehrenamtlich tätigen Männern, die selbst an Prostatakrebs erkrankt und daher aus Patientensicht mit dieser Situation vertraut sind. Sie kennen aus eigenem Erleben die Ängste und Nöte Betroffener und stehen Ihnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten gerne mit Rat und Tat zur Seite. Die Webseite zur Beratungshotline mit weiteren Informationen finden Sie unter www.prostatakrebs-beratung.de.

19.2 Psychosoziale Krebsberatungsstellen

Die Ländergesellschaften der Deutschen Krebsgesellschaft unterhalten Beratungsstellen für Krebspatienten und deren Angehörige. Die Adressen und Öffnungszeiten erfahren Sie in den einzelnen Geschäftsstellen.

Baden-Württemberg

Krebsverband Baden-Württemberg e. V.
Adalbert-Stifter-Straße 105
70437 Stuttgart
Telefon: 0711 84810770
info@krebsverband-bw.de
www.krebsverband-bw.de

Bayern

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.
Nymphenburgerstraße 21a
80335 München
Telefon: 089 5488400
info@bayerische-krebsgesellschaft.de
www.bayerische-krebsgesellschaft.de

Berlin

Berliner Krebsgesellschaft e. V.
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Telefon: 030 27 00 07-270
info@berliner-krebsgesellschaft.de
www.berliner-krebsgesellschaft.de

Brandenburg

Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.
Charlottenstraße 57

14467 Potsdam
Telefon: 0331 864806
mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de
www.krebsgesellschaft-brandenburg.de

Bremen

Bremer Krebsgesellschaft e. V.
Am Schwarzen Meer 101-105
28205 Bremen
Telefon: 0421 4919222
info@bremerkrebssgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft-hb.de

Hamburg

Hamburger Krebsgesellschaft e. V.
Butenfeld 18
22529 Hamburg
Telefon: 040 413475680
info@krebshamburg.de
www.krebshamburg.de

Hessen

Hessische Krebsgesellschaft e. V.
Schwarzburgstraße 10
60318 Frankfurt am Main
Telefon: 069 21990887
kontakt@hessische-krebsgesellschaft.de
www.hessische-krebsgesellschaft.de

Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsstelle der Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Am Vögenteich 26
18055 Rostock
Telefon: 0381 12835992
info@krebsgesellschaft-mv.de
www.krebsgesellschaft-mv.de

Niedersachsen

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.

Königstraße 27

30175 Hannover

Telefon: 0511 3885262

service@nds-krebsgesellschaft.de

www.nds-krebsgesellschaft.de

Nordrhein-Westfalen

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Volmerswerther Straße 20

40221 Düsseldorf

Telefon: 0211 15760990

info@krebssgesellschaft-nrw.de

www.krebssgesellschaft-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.

Löhrstraße 119

56068 Koblenz

Telefon: 0261 96388722

info@krebssgesellschaft-rlp.de

www.krebssgesellschaft-rlp.de

Saarland

Saarländische Krebsgesellschaft e. V.

Bruchwiesenstr. 15

66111 Saarbrücken

Telefon: 0681 30988100

info@saarlaendische-krebssgesellschaft.de

www.krebssgesellschaft-saar.de

Sachsen

Sächsische Krebsgesellschaft e. V.

Haus der Vereine

Schlobigplatz 23

08056 Zwickau

Telefon: 0375 281403

info@skg-ev.de

www.saechsische-krebsgesellschaft-ev.de

Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Paracelsusstraße 23

06114 Halle

Telefon: 0345 4788110

info@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

www.krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

Schleswig-Holstein

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V.

Alter Markt 1-2

24103 Kiel

Telefon: 0431 8001080

info@krebsgesellschaft-sh.de

www.krebsgesellschaft-sh.de

Thüringen

Thüringische Krebsgesellschaft e. V.

Am Alten Güterbahnhof 5

07743 Jena

Telefon: 03641 336986

info@thueringische-krebsgesellschaft.de

www.krebsgesellschaft-thueringen.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

Telefon: 030 32293290

service@krebsgesellschaft.de

www.krebsgesellschaft.de

Weitere psychosoziale Krebsberatungsstellen

Um die psychoonkologische Versorgung von Betroffenen und Angehörigen im ambulanten Bereich zu verbessern, hat die Deutsche Krebshilfe über viele Jahre psychosoziale Krebsberatungsstellen gefördert und sich für eine Regelfinanzierung dieser wichtigen Versorgungsstrukturen eingesetzt. Mit Erfolg – seit dem Jahr 2021 werden 80 % der in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung entstehenden Kosten von den Krankenversicherungen übernommen.

Die Anschriften und Kontaktpersonen der Krebsberatungsstellen finden Sie unter www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/psychosoziale-krebsberatungsstellen/.

Die Adressen weiterer Beratungsstellen erhalten Sie beim INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe unter www.infonetz-krebs.de sowie beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg unter www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php.

Beim Krebsinformationsdienst können Patienten und Angehörige mit ihrer Postleitzahl/ihrem Ort nach wohnortnahen Beratungsstellen suchen.

19.3 Für Familien mit Kindern

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Arnstädter Weg 3
65931 Frankfurt am Main
Telefon: 069 4789 2071
info@hkke.org
www.hkke.org

Flüsterpost e. V. – Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Lise-Meitner-Straße 7
55129 Mainz-Hechtsheim
Telefon: 06131 5548798
info@kinder-krebskranker-eltern.de
www.kinder-krebskranker-eltern.de

19.4 Weitere Adressen

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32
53113 Bonn
Telefon: 0228 729900
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Für krebskranke Menschen, ihre Angehörigen und Freunde sind der Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe (INFONETZ KREBS) und der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums hilfreiche Anlaufstellen:

INFONETZ KREBS

der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft

Das INFONETZ KREBS unterstützt, berät und informiert Krebskranke und ihre Angehörigen kostenlos. Das Team des INFONETZ KREBS beantwortet in allen Phasen der Erkrankung persönliche Fragen nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft. Das Team informiert in einer einfachen und allgemeinverständlichen Sprache, nennt themenbezogene Anlaufstellen und nimmt sich vor allem Zeit für die Betroffenen. Sie erreichen das INFONETZ KREBS per Telefon, E-Mail oder Brief.

Kostenlose Beratung: 0800 80708877 (Montag bis Freitag 8:00 – 17:00 Uhr)

krebshilfe@infonetz-krebs.de

www.infonetz-krebs.de

Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Telefon: 0800 4203040

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (dapo e. V.)

Eichendorffweg 11

22880 Wedel

Telefon: 0155 10539510

E-Mail: info@dapo-ev.de

Internet: www.dapo-ev.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Aachener Straße 5

10713 Berlin

Telefon: 030 30101000

E-Mail: dgp@dgpalliativmedizin.de

Internet: www.dgpalliativmedizin.de

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz-Stiftung

Geschäftsstelle Dortmund

Europaplatz 7

44269 Dortmund

Telefon: 0231 7380730

Informationsbüro München

Baldestraße 9

80469 München

Telefon: 089 2020810

Informationsbüro Berlin

Chausseestraße 10

10115 Berlin

Telefon: 030 28444840

Fax: 030 28444841

E-Mail: info@stiftung-patientenschutz.de

Internet: www.stiftung-patientenschutz.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Aachener Straße 5

10713 Berlin

Telefon: 030 82007580

E-Mail: info@dhpv.de

Internet: www.dhpv.de

Comprehensive Cancer Centers

Von der Stiftung Deutsche Krebshilfe initiierte und geförderte Onkologische
Spitzenzentren

www.ccc-netzwerk.de/patienteninformation/links

Zertifizierte Krebszentren

Ein Verzeichnis von zertifizierten Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
finden Sie im Internet unter www.oncomap.de

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Maarweg 149-161

50825 Köln

Telefon: 0221 89920

poststelle@bioeg.de

www.bioeg.de

Für sozialrechtliche Fragestellungen können Sie sich an die Deutsche Rentenversicherung wenden:

Deutsche Rentenversicherung

Kostenloses Servicetelefon: 0800 10004800

(Montag bis Donnerstag 8:00 – 19:00 Uhr, Freitag 8:00 – 15:30 Uhr)

www.deutsche-rentenversicherung.de

Anschriften und Telefonnummern der Rentenversicherungsträger in Deutschland:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Beratung-und-Kontakt/Kontakt/Anschriften-Uebersicht/anschriften_uebersicht_detail.html

Rehabilitations-Nachsorge bei der Deutschen Rentenversicherung

Website zur Suche nach der geeigneten Form und einem Anbieter für die Nachsorge

www.nachderreha.de

20 Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten

Aus der Vielzahl der unterschiedlichen Informationsangebote zum Thema Prostatakrebs haben wir für Sie eine kleine Auswahl zusammengestellt. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Leitlinienprogramm Onkologie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und die Stiftung Deutsche Krebshilfe entwickeln im Leitlinienprogramm Onkologie wissenschaftlich begründete und praxisnahe Leitlinien in der Onkologie. Auf dieser Seite finden Sie Informationen über die bisher im Programm befindlichen Leitlinien und Patientenleitlinien.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Deutsche Krebshilfe

Die blauen Ratgeber: Die kostenlosen blauen Ratgeber der Stiftung Deutsche Krebshilfe informieren in allgemeinverständlicher Sprache zum Beispiel über:

- Prostatakrebs;
- Hilfen für Angehörige;
- Kinderwunsch und Krebs;
- Bewegung und Sport bei Krebs;
- Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs;
- Ernährung bei Krebs;
- Schmerzen bei Krebs;
- Patienten und Ärzte als Partner;
- Sozialleistungen bei Krebs.

Patientenleitlinien: Die ausführlichen Patientenleitlinien bieten fundierte und wissenschaftliche Informationen zu vielen Krebserkrankungen und übergeordneten Themen, beispielsweise zu:

- Palliativmedizin;
- Psychoonkologie;
- Supportive Therapie;
- Komplementärmedizin.

Die blauen Ratgeber und die Patientenleitlinien können kostenlos bei der Stiftung Deutsche Krebshilfe bestellt werden.

www.krebshilfe.de/infomaterial

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Die Deutsche Krebsgesellschaft ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland. Auf ihrer Internetseite informiert sie über den neuesten Stand zur Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen.

www.krebsgesellschaft.de

Krebsinformationsdienst

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) informiert zu allen krebsbezogenen Themen in verständlicher Sprache. Er bietet qualitätsgesicherte Informationen auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens, zum Beispiel zu Krebsrisiken, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Leben mit einer Krebserkrankung.

Diese und weitere Informationsblätter sowie Broschüren des Krebsinformationsdienstes:

- Immuntherapie;
- Alternative und komplementäre Krebsmedizin;
- Leben mit Krebs – Psychoonkologische Hilfen;
- Sozialrechtliche Fragen bei Krebs: Anlaufstellen;
- Arzt- und Kliniksuche: Gute Ansprechpartner finden

können über das Internet heruntergeladen oder angefordert werden.

www.krebsinformationsdienst.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das Institut erfüllt eine Reihe von gesetzlich festgelegten Aufgaben: Es bewertet zum Beispiel Arzneimittel. Die Ergebnisse finden Sie auf der Seite

www.gesundheitsinformation.de.

21 Wörterbuch

Auf den folgenden Seiten erklären wir wichtige Fremdwörter und Fachbegriffe.

Androgenrezeptorblocker

Verhindert, dass Testosteron die Krebszellen zum Wachstum anregt.

Antihormonelle Therapie

Diese Behandlung wird bei Krebsarten eingesetzt, deren Wachstum von Hormonen abhängt (zum Beispiel bei manchen Arten von Brust- oder Prostatakrebs). Die Medikamente verhindern, dass Hormone das Tumorstadium fördern.

Ambulant

Nach Beendigung der Behandlung kann der Patient wieder nach Hause gehen.

Anämie

Blutarmut. Verminderung der roten Blutzellen oder ihres roten Blutfarbstoffs (Hämoglobins).

Anamnese

Ärztliche Befragung. Erfasst werden beispielsweise die aktuellen Beschwerden, frühere oder aktuelle Erkrankungen und Lebensgewohnheiten.

Anastomosenstriktur

Verengung an der Nahtstelle zwischen Blase und Harnröhre, die nach einer operativen Entfernung der Prostata auftreten kann. Sie kann das Wasserlassen erschweren, wird aber mit kleinen Eingriffen behandelt.

Androgene

Männliche Geschlechtshormone

Antiandrogene

Medikamente / Substanzen, die die Wirkung der männlichen Geschlechtshormone (Androgene) hemmen

Antibiotikum

Medikament, das Bakterien abtötet.

Bestrahlung

Medizinische Anwendung von ionisierender Strahlung (zum Beispiel Röntgenstrahlung), um Krankheiten zu heilen oder deren Fortschreiten zu verzögern. Durch gezielte Behandlung mit radioaktiver Strahlung können verschiedene bösartige Tumoren entweder vollständig zerstört oder in ihrer Entwicklung gehemmt werden.

Bildgebendes Verfahren

Bildliche Darstellung von Körperregionen mithilfe verschiedener physikalischer Techniken. Dazu gehören Schallwellen (Ultraschall/Sonografie), ionisierende Strahlen (Röntgen, Computertomografie (CT), Szintigrafie, Positronenemissionstomografie (PET) und Magnetfelder (Magnetresonanztomografie (MRT))).

Biopsie

Gewebeprobe. Bei einer Biopsie wird zur Abklärung eines Tumorverdachts Gewebe entnommen und im Labor vor allem unter dem Mikroskop untersucht.

Bluttransfusion

Blutübertragung. Blut oder Blutbestandteile, wie rote Blutzellen, werden in eine Vene verabreicht. Dies kann bei hohem Blutverlust nötig sein.

Bougierung

Ein medizinisches Verfahren, bei dem eine verengte Harnröhre mit dünnen Stäben oder Schläuchen vorsichtig gedehnt wird, damit der Urin wieder besser fließen kann.

Brachytherapie

Form der Strahlentherapie, bei der eine kleine Strahlenquelle (meist Jod-125) direkt in die Prostata eingesetzt wird.

BRCA-Gene

BRCA steht für engl. breast cancer. BRCA-Gen bedeutet also Brustkrebsgen. Es gibt zwei dieser BRCA-Gene: BRCA1 und BRCA2.

Computertomografie (CT)

Röntgen aus verschiedenen Richtungen. Ein Computer verarbeitet die Informationen, die hierbei entstehen, und erzeugt ein räumliches Bild vom untersuchten Organ. Im Regelfall werden dabei jodhaltige Kontrastmittel eingesetzt, die die Aussagefähigkeit der Methode erhöhen. Die Computertomografie ist mit einer höheren Strahlenbelastung verbunden als das einfache Röntgen.

Diagnose

Eine Krankheit feststellen.

Diagnostik

Untersuchen, Abwägen und Einschätzen aller Krankheitsanzeichen (Symptome), um auf das Vorhandensein und die besondere Ausprägung einer Krankheit zu schließen.

Dysfunktion, erektile (ED)

Unfähigkeit, eine ausreichende Versteifung des Gliedes zu erreichen oder zu halten (Erektionsstörung)

Expertenkonsens

Eine gemeinsame Empfehlung von Fachleuten, wenn es keine ausreichenden wissenschaftlichen Studien gibt. Sie beruht auf Erfahrung und Wissen der Expertengruppe.

Fatigue

Französisch für Müdigkeit, Erschöpfung. Bezeichnet eine Begleiterscheinung vieler Krebserkrankungen. Zustand dauerhafter Erschöpfung, Abgeschlagenheit und Überforderung. Kann durch die Krebserkrankung selbst oder durch die Krebsbehandlung ausgelöst werden.

Fraktionierung / Hypofraktionierung

Aufteilung der gesamten Strahlendosis bei einer Bestrahlung in mehrere Sitzungen. Bei Hypofraktionierung wird pro Sitzung eine höhere Dosis gegeben, dafür dauert die Behandlung kürzer.

Früherkennung

Maßnahmen, um eine Krebserkrankung so früh wie möglich zu erkennen.

Genetische Testung

Untersuchung des Erbguts (Gene), ob bestimmte Veränderungen vorliegen, die das Risiko für Erkrankungen erhöhen oder für die Behandlung wichtig sein können.

Gleason-Score

System zur Beurteilung, wie stark sich Krebszellen vom normalen Prostatagewebe unterscheiden; je höher der Wert, desto aggressiver der Tumor.

Grading/ Einstufung

Einstufung eines Tumors anhand von Merkmalen wie der Ähnlichkeit der Zellen mit gesundem Gewebe und ihrer Teilungsrate; siehe auch TNM-Klassifikation, ISUP-Einstufung und Gleason-Score.

Gynäkomastie

Brustvergrößerung beim Mann, oft verbunden mit Druckgefühl oder Schmerzen.

Harninkontinenz

ungewollter Urinverlust bzw. Probleme beim Wasserhalten

Histologie / histologisch

Lehre vom Aufbau von Geweben; durch mikroskopische Untersuchung dünner Gewebeschnitte lässt sich erkennen, ob eine Gewebewucherung gut- oder bösartig ist und woher sie stammt.

Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)

Ein Verfahren, bei dem gebündelte Ultraschallwellen gezielt in die Prostata geleitet werden. Die Wellen erzeugen Hitze, die Krebszellen zerstört. Gesundes Gewebe soll möglichst geschont werden.

Hochwertige Studien

Sind „randomisierte kontrollierte Studien“ (RCTs). Das bedeutet, Patienten werden zufällig auf meist zwei Behandlungsgruppen verteilt. Jede Gruppe erhält eine andere, jeweils genau festgelegte Behandlung. Die Ergebnisse werden am Ende miteinander verglichen. RCTs erlauben, wenn sie gut durchgeführt werden, die zuverlässigsten Aussagen zur Wirksamkeit von Behandlungen.

Hormon

Botenstoff des Körpers

HRR

HRR steht für ‚Homologe Rekombinations-Reparatur‘. Das ist ein körpereigenes Reparatursystem, mit dem Zellen Schäden am Erbgut wieder ausbessern können.

image-guided radiotherapy / bildgeführte Bestrahlung (IGRT)

Eine moderne Form der Strahlentherapie. Vor jeder Bestrahlung wird ein Bild (z. B. CT) gemacht, damit die Strahlen ganz genau auf den Tumor zielen und gesundes Gewebe besser geschont wird.

Inkontinenz

Ungewollter Verlust von Urin oder Stuhl

Interdisziplinär

Gemeinsame Beteiligung von Ärzten verschiedener Fachrichtungen und anderer Spezialisten an der Behandlung.

ISUP-Einstufung / ISUP-Gruppen

Ein System, mit dem Fachleute die Aggressivität von Prostatakrebszellen einstufen. Es reicht von 1 (langsam wachsend, günstiger Verlauf) bis 5 (sehr aggressiv, ungünstiger Verlauf).

Kastration

Ausschaltung der Keimdrüsenfunktion (Hoden), entweder durch operative Entfernung oder medikamentös (Hormonentzugstherapie).

Karzinom

Bösartige Krebsart. Krebszellen können über die Blut- oder Lymphbahnen in andere Gewebe streuen und dort Absiedlungen (Metastasen) bilden.

Keimbahn-Testung

Eine genetische Untersuchung, die zeigt, ob bestimmte Veränderungen im Erbgut erblich bedingt sind. So lässt sich erkennen, ob ein erhöhtes Krebsrisiko in der Familie besteht.

Kernspintomografie

siehe Magnetresonanztomografie (MRT).

klinische Studie

Erforschung der Wirkung einer bestimmten medizinischen Behandlung mit Patienten. Die häufigste Form der klinischen Studie ist die Prüfung von Arzneimitteln für die Zulassung. In diesem Rahmen stellen klinische Studien den letzten Schritt in der Entwicklung dar. In der Praxis geht es dabei meistens um die Verträglichkeit und/oder medizinische Wirksamkeit von Medikamenten. Auch Untersuchungen, Behandlungsverfahren wie Operation oder Bestrahlung können in klinischen Studien weiter erforscht oder miteinander verglichen werden.

Knochenszintigrafie

Bildgebendes Verfahren mit schwach radioaktiven Substanzen zur Darstellung von Knochenmetastasen.

Körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung ist ein wichtiges Untersuchungsverfahren. Der Arzt schaut sich hierbei Ihren Körper an und kann auch Hilfsmittel verwenden, wie zum Beispiel ein Stethoskop.

Komplementäre Behandlungsverfahren

Komplementäre Behandlungsverfahren entstammen zum Beispiel der Naturheilkunde oder der traditionellen chinesischen Medizin und können unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zur üblichen medizinischen Behandlung eingesetzt werden.

Kontrastmittel

Sie werden bei Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren eingesetzt, um die Darstellung von Organen und Strukturen auf Aufnahmen zu verbessern.

Kurativ

Mit dem Ziel der Heilung, heilend.

Läsion

Eine auffällige Veränderung im Gewebe

Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität umfasst unterschiedliche Bereiche des körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Jeder Mensch setzt dabei etwas andere Schwerpunkte, was für sein Leben wichtig ist und was ihn zufrieden macht.

Leitlinie

Eine ärztliche Leitlinie ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärzte. Sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer medizinischer Fachgesellschaften erstellt. Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen. Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Erkrankung, seine Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen muss der Arzt sogar von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat ein Klassifikations-Schema entwickelt, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist. Dazu müssen alle Empfehlungen aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet und in einem festgelegten Vorgang von der Expertengruppe im Konsens ausgesprochen werden. Die

wissenschaftlichen Grundlagen für die Leitlinie sind nach ihrer Qualität zu bewerten und entsprechend zu berücksichtigen.

Lymphadenektomie

Vollständige operative Entfernung von Lymphknoten und der umliegenden Abflussgebiete einer Region. Die entfernten Lymphknoten werden auf Tumorbefall untersucht. Dies ist von Bedeutung für die weitere Behandlung.

Lymphhe

Gewebewasser

Lymphknoten

Jedes Organ produziert eine Zwischengewebeflüssigkeit, die sogenannte **Lymphhe**. Diese wird über Lymphbahnen transportiert und in den Lymphknoten gefiltert. Lymphknoten spielen eine wichtige Rolle im Abwehrsystem. Lymphknoten sind überall im Körper verteilt.

Lymphozelen

Mit Lymphflüssigkeit gefüllte Hohlräume, die sich nach einer Operation an den Lymphknoten bilden können. Sie sind oft harmlos, können aber Beschwerden wie Schwellungen oder Druckgefühl verursachen.

Lymphsystem

Das Lymphsystem gehört zum Abwehrsystem (siehe dort) und umfasst Lymphbahnen und Lymphknoten. Siehe auch Lymphknoten.

Magnetresonanztomografie (MRT)

Ist ein bildgebendes Verfahren, das zur Diagnostik eingesetzt wird. Von außen können, ähnlich wie bei der Computertomografie (CT), Struktur und Funktion der inneren Gewebe und Organe dargestellt werden. Allerdings beruht dieses Verfahren, anders als Röntgen oder Computertomografie, nicht auf Radioaktivität, sondern auf starken elektromagnetischen Feldern. Der Patient wird dazu in eine „Röhre“ geschoben. Die MRT ist nicht schmerzhaft, aber laut.

Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie bei Krebs ist eine Behandlung mit Medikamenten, die auf unterschiedliche Weise gegen die Krebserkrankung wirken. Diese können entweder auf den ganzen Körper wirken (systemisch) oder nur an bestimmten Körperstellen (lokal), je nachdem, wo sie angewendet werden.

Medizinischer Dienst

Der Medizinische Dienst ist ein unabhängiger medizinischer und pflegerischer Dienst, der gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherungen bei Beratungen und Begutachtungen berät und unterstützt. Mehr Informationen unter: www.medizinischerdienst.de.

Metastase

Aus Zellen des ursprünglichen Tumors hervorgegangener und an anderer Stelle im Körper angesiedelter Tumor.

MRT

Abkürzung für Magnetresonanztomografie. Siehe dort.

Nachsorge

Auch wenn die Behandlung zunächst abgeschlossen ist, werden Erkrankte weiterhin durch Ihre Ärzte betreut. Ziel ist es zum Beispiel, rechtzeitig einen Krankheitsrückfall zu erkennen und Therapiefolgen zu behandeln.

Off-Label-Use

Behandlung mit Medikamenten, die für diese Erkrankung nicht zugelassen sind. Wenn eine begründete Aussicht auf Wirkung besteht, kann eine solche Behandlung auch durch die Krankenkasse bezahlt werden.

Onkologie

Medizinisches Fachgebiet, welches sich mit Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krebserkrankungen befasst.

Palliativ

Krankheitsmildernd, nicht heilend; Gegensatz zu kurativ; Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden, ohne die zugrunde liegende Erkrankung beseitigen zu können. Die palliative Therapie bezieht sich auf Krankheitssituationen, in denen die Heilung eines Patienten nicht mehr möglich ist.

Palliativmedizin

Medizin am Ende des Lebens. Nicht mehr Lebensverlängerung, sondern Leidensminderung, seelische Begleitung und Fürsorge stehen im Mittelpunkt der Betreuung. Zur Palliativmedizin gehört auch die Sterbebegleitung.

PDE-5-Hemmer

PDE-5-Hemmer sind Medikamente, die die Durchblutung im Penis verbessern und so eine Erektion erleichtern können.

Physiotherapie

Ist ein Behandlungsverfahren, mit dem vor allem die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederhergestellt, verbessert oder erhalten werden soll.

Positronenemissionstomografie (PET)

Bildgebendes Verfahren, das mithilfe schwach radioaktiver Substanzen den Zellstoffwechsel dreidimensional darstellt. Inzwischen wird diese Untersuchung oft zusammen mit einer Computertomografie durchgeführt (PET-CT).

Primärtumor

Ausgangstumor. Er ist für die Diagnose und Therapieentscheidung maßgebend. Wenn sich kein Primärtumor finden lässt, kann das daran liegen, dass das Immunsystem den Primärtumor erfolgreich bekämpft hat und in der Folge eventuell auch Metastasen angreift.

Prognose

Vorhersage über den vermuteten Krankheitsverlauf.

Progress

Fortschreiten der Krebserkrankung durch Tumorwachstum oder Metastasenbildung.

Prostataloge

Die Prostata-Loge ist der Bereich, in dem die Prostata liegt oder gelegen hat

Prostata-spezifisches Antigen (PSA)

Eiweiß, das nur in der Prostata gebildet wird

PSMA-PET

Eine moderne Bildgebung, die Tumorzellen besonders gut sichtbar machen kann. Sie nutzt ein spezielles Molekül (PSMA), das an Prostatakrebszellen bindet, und eine Positronenemissionstomografie (PET).

psychisch

Seelisch; das Gemüt, das Verhalten, das Erleben und die Seele betreffend.

Psychoonkologie

Zweig der Krebsmedizin, der sich mit Fragen der seelischen Auswirkungen von Krebserkrankungen beschäftigt, unter anderem inwieweit seelische Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krebserkrankungen eine Rolle spielen. Psychoonkologen sind speziell weitergebildete Psychologen oder Ärzte.

Psychosoziale Belastung

Äußere Einflüsse, die auf die Seele und das Sozialleben negativ einwirken.

Radiologie

Fachrichtung der Medizin, die bildgebende Verfahren mit Röntgenstrahlen, aber auch Ultraschall und Kernspintomografie zur Untersuchung einsetzt.

Rehabilitation

Alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Leistungen, die eine Wiedereingliederung einer oder eines Kranken in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben. Diese Leistungen sollen es dem Patienten ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden.

Resektion

Operative Entfernung eines Tumors.

Rezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung, Krankheitsrückfall.

Risikofaktoren

Umstände und Faktoren, die das Entstehen einer Krankheit begünstigen können. Dazu gehören zum Beispiel Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, erbliche Belastungen, bereits vorhandene Krankheiten, Kontakt mit Schadstoffen. Wenn der Zusammenhang zwischen einem solchen Faktor und einem erhöhten Erkrankungsrisiko nachgewiesen ist, spricht man von einem Risikofaktor. Rauchen ist zum Beispiel ein Risikofaktor für viele Erkrankungen. UV-Licht ist ein Risikofaktor für schwarzen Hautkrebs.

Röntgen

Beim Röntgen wird mithilfe von Röntgenstrahlen Körpergewebe abgebildet. Dadurch können Ärzte zum Beispiel Knochenbrüche oder Veränderungen an Organen oder am Skelett erkennen. Siehe auch bildgebendes Verfahren.

S3-Leitlinie

Siehe Leitlinie.

Salvagetherapie

Behandlung, die eingesetzt wird, wenn ein Prostatakrebs nach einer ersten Therapie zurückkehrt. Beispiele sind eine zusätzliche Bestrahlung oder eine weitere Operation.

Seeds

Kleine radioaktive Körnchen, die bei der Bestrahlung von innen (Brachytherapie) direkt in die Prostata eingesetzt werden.

Sonografie

Siehe Ultraschalluntersuchung.

Stationär

An eine Krankenhausaufnahme gebunden.

Strahlentherapie

Siehe Bestrahlung

Supportive Therapie

Begleitende und unterstützende Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von möglichen Nebenwirkungen der Krebsbehandlung.

Symptom

Zeichen, die auf das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung hinweisen oder Beschwerden, die mit einer Erkrankung auftreten.

Szintigrafie

siehe Knochenszintigrafie.

Testosteron

Männliches Geschlechtshormon

Tumorkonferenz

Dort sitzen Ärzte aller beteiligten Fachrichtungen zusammen, um gemeinsam das beste Vorgehen bei der Behandlung abzustimmen.

Tumormarker

Körpereigene Stoffe, die von Krebszellen besonders häufig gebildet werden oder deren Bildung durch Krebszellen ausgelöst wird. Ein Labortest kann die Konzentration der Marker im Blut bestimmen.

Tumorstadium

Stadieneinteilung. Die Stadieneinteilung richtet sich nach der Größe und Ausdehnung des Tumors, der Anzahl der befallenen Lymphknoten und dem Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Fernmetastasen in anderen Organen.

Transurethrale Resektion (TUR)

Entfernung eines Tumors durch die Harnröhre mithilfe eines Endoskops; dabei wird das Gewebe mit einer elektrischen Schlinge abgetragen.

Ultraschalluntersuchung

Gewebeuntersuchung und -darstellung mittels Ultraschallwellen. Diese Schallwellen liegen oberhalb des vom Menschen wahrnehmbaren (hörbaren) Frequenzbereichs und können zur Bildgebung genutzt werden. Von den Gewebe- und Organgrenzen werden unterschiedlich starke Echos der Ultraschallwellen zurückgeworfen und vom Computer in ein digitales Bild umgewandelt. Damit können die inneren Organe angesehen und Tumoren entdeckt werden. Ultraschallwellen sind weder elektromagnetisch noch radioaktiv. Daher können sie beliebig oft wiederholt werden, ohne den Körper zu belasten oder Nebenwirkungen zu verursachen.

Zertifiziertes Krebszentrum

Für Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung von Krebs oder bestimmten Tumorarten spezialisiert haben, gibt es besondere Zertifikate. Sie unterliegen regelmäßigen Qualitätskontrollen.

Von der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. überprüfte Zentren dürfen sich „zertifiziertes Krebszentrum“ nennen. Dort werden Krebspatienten umfassend betreut. Viele Fachleute arbeiten vernetzt zusammen, und es wird regelmäßig überprüft, ob ihre Arbeit dem neuesten wissenschaftlichen Stand entspricht.

22 Verwendete Literatur

Diese Patientenleitlinie beruht auf der „S3-Leitlinie Prostatakrebs“ mit Stand August 2025 (Version 8.1). Die S3-Leitlinie wurde im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie in Trägerschaft der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutschen Krebshilfe erstellt. Sie beinhaltet den aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung. Viele Studien und Übersichtsarbeiten sind dort nachzulesen: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/>

An der ärztlichen Leitlinie haben Experten der folgenden medizinischen Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen mitgearbeitet:

- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der DKG (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin in der DKG (AGORS)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie in der DKG (PRiO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie in der DKG (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO)
- Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR)
- Berufsverband der Deutschen Urologen (BvDU)
- Berufsverband Deutscher Pathologinnen und Pathologen (BDP)
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
- Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)

- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)

Zusätzlich zur wissenschaftlichen Literatur der Leitlinie nutzt diese Patientenleitlinie folgende Literatur:

Robert Koch–Institut (Hrsg.):

Krebs in Deutschland für 2019/2020. 13. Ausgabe, Berlin 2023.

Online verfügbar unter: www.krebsdaten.de aufgerufen am 17.07.2025

Robert Koch–Institut (Zentrum für Krebsregisterdaten): Datenbankabfrage – Krebs in Deutschland

Deutsche Krebsgesellschaft:

Anatomie und Funktion der Prostata.

Online verfügbar unter:

<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/anatomie-und-funktion.html> aufgerufen am 07.04.2025

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ):

Prostatakrebs

Online verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/prostatakrebs> aufgerufen am 08.10.2025

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, Langversion 2.1, 2023, AWMF–Registernummer: 032–051OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>; Zugriff am [25.08.2025]

23 Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie

Sie können uns dabei unterstützen, diese Patientenleitlinie weiter zu verbessern. Ihre Anmerkungen und Fragen werden wir bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigen. Trennen Sie einfach dieses Blatt heraus und senden es an:

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Bereich Patienteninformation

Patientenleitlinie „gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs“

Buschstraße 32, 53113 Bonn

Wie sind Sie auf die Patientenleitlinie „gestreuter oder wiedergekehrter Prostatakrebs“ aufmerksam geworden?

- ☐ Im Internet (Suchmaschine)
- ☐ Gedruckte Werbeanzeige/Newsletter (wo? welche(r)?):
- ☐ Organisation (welche?):
- ☐ Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- ☐ Ihr Apotheker/Ihre Apothekerin hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- ☐ Sonstiges, bitte näher bezeichnen:

Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie gefallen?

Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie nicht gefallen?

Welche Ihrer Fragen wurden in dieser Broschüre nicht beantwortet?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Personenbezogene Daten werden nicht gespeichert.

KONSULTATIONSFASSUNG