

Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom

A horizontal bar composed of several colored segments in shades of blue and grey. The text 'RAPID REPORT' is centered in white on a dark blue segment.

RAPID REPORT

Projekt: P24-01

Version: 1.0

Stand: 20.02.2026

IQWiG-Berichte – Nr. 2194

DOI: 10.60584/P24-01

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

03.07.2024

Interne Projektnummer

P24-01

DOI-URL

<https://doi.org/10.60584/P24-01>

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom; Rapid Report [online]. 2026 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/P24-01>.

Schlagwörter

Therapie, Prostatatumoren, Gesundheitsinformation für Verbraucher, Entscheidungshilfe

Keywords

Therapeutics, Prostatic Neoplasms, Consumer Health Information, Decision Aid

Dieser Bericht wurde ohne die Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Martina Ehrlich
- Milly Schröer-Günther
- Susanne Alef
- Andreas Berger-Waltering
- Dorothea Sow
- Inger Scheike
- Sonja Siegert

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	v
1 Hintergrund.....	1
2 Fragestellung.....	2
3 Projektverlauf.....	3
4 Methoden	4
5 Ergebnisse	6
6 Fazit	7
7 Literatur	8
Anhang A Entscheidungshilfe Niedrig-Risiko-Prostatakrebs	10

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
IPDAS	International Patient Decision Aid Standards
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
Zm-RL	Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G BA) hat am 03.07.2024 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung einer Entscheidungshilfe für Patienten zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom beauftragt.

Die Beauftragung erfolgt im Rahmen der Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL).

Ziel ist die verständliche Vermittlung von entscheidungsrelevantem Wissen zu gesundheitlichen Fragen. Die Entscheidungshilfe soll Nutzer dabei unterstützen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Sie soll auch die ärztliche Beratung unterstützen. Die Informationen sind eingebettet in ein Verständnis von Shared Decision-Making, nach dem Nutzer gemeinsam mit den Behandelnden zu einer für sie passenden Therapieentscheidung kommen [1,2].

2 Fragestellung

Das Ziel des vorliegenden Projekts ist die Erstellung einer Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom. Dabei sollen die wesentlichen Behandlungsmöglichkeiten und ihre relevanten Vor- und Nachteile dargestellt werden.

Erkrankungen und Eingriffsvarianten können differenziert dargestellt werden und ggf. mehrere Entscheidungshilfen erstellt werden.

3 Projektverlauf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 03.07.2024 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung einer Entscheidungshilfe für Patienten zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom beauftragt, damit die Patienten eine Abwägung zu Vor- und Nachteilen des Eingriffs im Hinblick auf alternative Behandlungsmöglichkeiten treffen können. Der Auftrag beinhaltet, die Entscheidungshilfe auf www.gesundheitsinformation.de online zu veröffentlichen und zusätzlich ein herunterladbares, druckbares Dokument zu erstellen.

Auf Basis einer internen Projektskizze wurde ein Rapid Report erstellt. Dieser Bericht wurde an den G-BA übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

4 Methoden

Entscheidungshilfen sollen den Patientinnen und Patienten bei der persönlichen Abwägung des Nutzens und Schadens helfen. Für die Inhalte gelten die allgemeinen Anforderungen an Gesundheitsinformationen, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die Erstellung dieser Entscheidungshilfe erfolgte nach den Methoden des Instituts [3]. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen orientiert sich an den International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) [4].

Das Ziel ist, den aktuellen Stand des Wissens verständlich darzustellen, systematische Fehler (Bias) zu minimieren und Neutralität zu wahren.

Um das zu gewährleisten, beruhte die Erstellung auf folgenden Grundsätzen:

- Systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung nach systematischen Übersichten in der Datenbank MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), der HTA Database sowie eine zusätzliche, orientierende Recherche auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),
- die Selektion der relevanten Systematischen Übersichten erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst,
- begründete Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Evidenz, auf Basis einer Qualitätsbewertung nach AMSTAR 2 [5],
- nachvollziehbare und möglichst objektive Darstellung der für Betroffene relevanten Ergebnisse, wie zum Beispiel zur Sterblichkeit (Mortalität), zu den Beschwerden und Komplikationen (Morbidität) und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- angemessene inhaltliche und sprachliche Darstellung von Unsicherheiten und ungeklärten Sachverhalten, beispielsweise durch die Darstellung von Evidenzstärken,
- Verzicht auf direktive Empfehlungen,
- Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Risikokommunikation [6,7].

Nicht öffentliches Stellungnahmeverfahren

Im nicht öffentlichen Stellungnahmeverfahren wurde u. a. dem Kuratorium des Instituts nach Abschluss der internen Qualitätssicherung und Begutachtung durch eine externe Sachverständige oder einen externen Sachverständigen die Möglichkeit zur Kommentierung der Textentwürfe gegeben. Dem Kuratorium gehören auch Vertreterinnen und Vertreter relevanter Institutionen für die Wahrnehmung von Patienteninteressen und von

Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen an. Die Rückmeldungen flossen in die Überarbeitung der Textentwürfe ein.

Nutzertestung

Das primäre Mittel, um die Verständlichkeit von Texten zu prüfen, ist die Begutachtung von Entwürfen durch Testleserinnen und Testleser. Die Entwürfe der Gesundheitsinformationen durchlaufen zeitgleich mit dem Stellungnahmeverfahren eine standardisierte externe Nutzertestung. Diese erfolgt durch eine externe Auftragnehmerin oder einen externen Auftragnehmer in Form von Einzelinterviews. Die Ergebnisse der Nutzertestungen flossen in die Überarbeitung der Entwürfe der Gesundheitsinformationen ein.

5 Ergebnisse

Es wurde eine Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom erstellt.

Für die Erstellung der Entscheidungshilfe wurden 6 systematische Übersichten [8-13] herangezogen. Die Langzeitbeobachtungsdaten einer in den systematischen Übersichten identifizierten randomisierten kontrollierten Studie (RCT) [14] wurden zusätzlich betrachtet. Zusätzlich wurde eine Versorgungsleitlinie (S3-Leitlinie Prostatakarzinom) herangezogen [15].

Das nicht öffentliche Stellungnahmeverfahren und die Nutzertesting wurden durchgeführt und die Entscheidungshilfe wurde entsprechend überarbeitet.

Die vollständige Entscheidungshilfe ist in Anhang A dargestellt.

6 Fazit

Die Entscheidungshilfe zu Eingriffen bzw. Behandlungsoptionen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom wurde nach den Methoden des Instituts erstellt und ist auf www.gesundheitsinformation.de veröffentlicht, inklusive druckbarer Version. Die dort veröffentlichte Fassung wird zukünftig regelmäßig aktualisiert und kann sich deshalb von der Fassung in diesem Rapid Report unterscheiden.

Die Entscheidungshilfe ist auf www.gesundheitsinformation.de in das Thema „Örtlich begrenzter Prostatakrebs“ eingebettet. Auf diese Informationen wird in der Entscheidungshilfe verwiesen.

7 Literatur

1. Elwyn G, Kreuwel I, Durand MA et al. How to develop web-based decision support interventions for patients: a process map. *Patient Educ Couns* 2011; 82(2): 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.034>.
2. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Behandlungsgespräche; Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen? HTA-Bericht im Auftrag des IQWiG [online]. 2024 [Zugriff: 24.06.2024]. URL: <https://doi.org/10.60584/HT22-01>.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 7.0 [online]. 2023 [Zugriff: 06.10.2023]. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-7-0.pdf.
4. Elwyn GJ, O'Connor A, Stacey D et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ* 2006; 333(7565): 417. <https://doi.org/10.1136/bmj.38926.629329.AE>.
5. Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; 358: j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
6. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I et al. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation [online]. 2017 [Zugriff: 02.12.2025]. URL: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf>.
7. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation; ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. [online]. 2016 [Zugriff: 06.10.2023]. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf.
8. Hickey BE, James ML, Daly T et al. Hypofractionation for clinically localized prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; (9): CD011462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011462.pub2>.
9. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Prostatakrebscreening mittels PSA-Test: Abschlussbericht [online]. 2020 [Zugriff: 02.12.2025]. URL: https://www.iqwig.de/download/s19-01_psa-screening_abschlussbericht_v1-1.pdf.
10. Rosenberg JE, Jung JH, Edgerton Z et al. Retzius-sparing versus standard robotic-assisted laparoscopic prostatectomy for the treatment of clinically localized prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; (8): CD013641. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013641.pub2>.

11. Vernooij RW, Lancee M, Cleves A et al. Radical prostatectomy versus deferred treatment for localised prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2020; (6): CD006590.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006590.pub3>.
12. Riiikonen JM, Guyatt GH, Kilpelainen TP et al. Decision Aids for Prostate Cancer Screening Choice: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med 2019; 179(8): 1072-1082.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0763>.
13. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. N Engl J Med 2016; 375(15): 1425-1437.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1606221>.
14. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2023; 388(17): 1547-1558.
<https://doi.org/doi:10.1056/NEJMoa2214122>.
15. Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Prostatakarzinom [online]. 2025 [Zugriff: 02.07.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/043-022OL>.

Anhang A Entscheidungshilfe Niedrig-Risiko-Prostatakrebs



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Niedrig-Risiko-Prostatakrebs

Welche Möglichkeiten habe ich?

Bei Ihnen wurde ein Niedrig-Risiko-Prostatakrebs entdeckt. Das bedeutet: In Ihrer Prostata wurden einzelne Bereiche mit Krebszellen gefunden, aber der Krebs wächst nur sehr langsam – oder auch gar nicht. Über 15 Jahre sterben etwa 3 von 100 Männern mit Niedrig-Risiko-Prostatakrebs an ihrem Tumor. Anders ausgedrückt: Etwa 97 von 100 Männern sterben in den darauffolgenden 15 Jahren nicht daran.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, mit Niedrig-Risiko-Prostatakrebs umzugehen. Der Krebs kann operativ entfernt oder bestrahlt werden. Es gibt auch die Möglichkeit, regelmäßig zu kontrollieren, ob der Krebs wächst. Nur dann wird er operiert oder bestrahlt.

Diese Entscheidungshilfe soll Sie dabei unterstützen, sich gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten für eine geeignete Behandlung zu entscheiden. Wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen eine Operation empfohlen hat, haben Sie das Recht auf eine unabhängige zweite ärztliche Meinung.

ES GIBT FOLGENDE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN:

- aktive Überwachung** — regelmäßige Kontrolluntersuchungen
- Strahlentherapie**
 - äußere Bestrahlung durch die Haut
 - innere Bestrahlung (Brachytherapie)
- Operation** — Entfernung der Prostata (Prostatektomie)

Die Vor- und Nachteile dieser Behandlungen sind auf den folgenden Seiten beschrieben.

Bei Männern, die älter sind oder andere schwere Erkrankungen haben, kommt auch ein „abwartendes Beobachten“ infrage. Hierbei behandeln Ärztinnen und Ärzte nicht den Krebs, sondern nur mögliche Folgebeschwerden wie Schmerzen. Es werden keine Untersuchungen gemacht, um den Krebs zu kontrollieren.

INFORMIERT ENTSCHEIDEN

Diese Entscheidungshilfe enthält wahrscheinlich nicht alle Informationen, die für Sie wichtig sind. Sie kann ein Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt nicht ersetzen, soll es aber unterstützen.

Die Alternativen haben unterschiedliche Vor- und Nachteile. Es gibt daher keine richtige oder falsche Entscheidung. Die Wahl ist vor allem eine Frage der persönlichen Abwägung. So wollen manche Männer möglichst sichergehen, dass der Krebs aus dem Körper entfernt wird, und nehmen dafür notgedrungen Nebenwirkungen wie ungewollten Harnverlust in Kauf. Andere wollen solche Nebenwirkungen möglichst vermeiden und sind dafür bereit, regelmäßige und teils aufwendige Kontrolluntersuchungen wahrzunehmen.



Auch wenn Ihre Diagnose Sie sehr belastet: Nehmen Sie sich die Zeit, sich in Ruhe zu informieren, und lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen.

VOR- UND NACHTEILE DER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

	aktive Überwachung	äußere Strahlentherapie	innere Strahlentherapie (Brachytherapie)	Entfernung der Prostata
Wie läuft die Behandlung ab?	<p>Der Krebs wird mithilfe von regelmäßigen Bluttests, Magnetresonananz-Tomografien (MRT) und Gewebeentnahmen (Biopsien) kontrolliert. Falls er wächst, wird er bestrahlt oder operiert.</p> <p>Die aktive Überwachung berücksichtigt, dass Niedrig-Risiko-Prostatakrebs oft nur sehr langsam oder gar nicht wächst und daher oft nicht behandelt werden muss. Sie kann helfen, unnötige Therapien und ihre Nebenwirkungen zu vermeiden.</p>	<p>Der Krebs wird von außen durch die Haut bestrahlt. Ziel ist, möglichst alle Krebszellen zu zerstören.</p> <p>Der Krebs wird über einen Zeitraum von etwa 2 Monaten an 5 Tagen in der Woche bestrahlt. Eine Behandlungssitzung dauert etwa 30 bis 45 Minuten. Es gibt auch Verfahren mit einer kürzeren Behandlungszeit.</p>	<p>Der Krebs wird von innen bestrahlt. Ziel ist, möglichst alle Krebszellen zu zerstören. Dazu werden mit Hohladeln reiskorngroße radioaktive Stifte (Seeds) in die Prostata eingesetzt.</p> <p>Der Eingriff dauert etwa 2 bis 3 Stunden. Außerdem ist ein Termin zur Planung des Eingriffs und ein weiterer zur Kontrolle erforderlich. Der Eingriff wird unter Narkose durchgeführt.</p>	<p>Die Prostata wird samt Krebs herausoperiert. Neben der Prostata werden auch die Bläschendrüse und Teile der Samenleiter entfernt.</p> <p>Es ist ein Krankenhausaufenthalt von einigen Tagen nötig. In der Regel dauert es einige Wochen, bis man sich von der Operation erholt hat. Der Eingriff wird unter Narkose durchgeführt.</p>
Wie viele Männer sterben an ihrem Prostatakrebs?	Etwa 3 von 100 Männern sterben in den nächsten 15 Jahren.	Etwa 3 von 100 Männern sterben in den nächsten 15 Jahren.	Für die Brachytherapie gibt es noch keine verlässlichen Daten. Fachleute gehen davon aus, dass ähnlich viele Männer sterben wie bei einer äußeren Strahlentherapie.	Etwa 3 von 100 Männern sterben in den nächsten 15 Jahren.
Wie viele Männer entwickeln Metastasen?	7 von 100 Männern entwickeln in den nächsten 15 Jahren Metastasen.	4 von 100 Männern entwickeln in den nächsten 15 Jahren Metastasen.	Wie häufig Männer Metastasen entwickeln, ist nicht bekannt.	4 von 100 Männern entwickeln in den nächsten 15 Jahren Metastasen.

VOR- UND NACHTEILE DER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

	aktive Überwachung	äußere Strahlentherapie	innere Strahlentherapie (Brachytherapie)	Entfernung der Prostata
<p>Wie oft kommt es zu Beschwerden beim Wasserlassen oder ungewolltem Harnverlust (Harninkontinenz)?</p>	<p>Während der aktiven Überwachung besteht kein Risiko. Wenn sich ein Mann später doch operieren oder bestrahlen lässt, kann es zu Harnproblemen kommen.</p>	<p>Während der Strahlentherapie und in den ersten Wochen danach können sich Blase und Harnröhre entzünden. Dies kann sich zum Beispiel durch erhöhten Harndrang oder Brennen beim Wasserlassen äußern. Es besteht ein geringes Risiko für einen ungewollten Harnverlust. Schätzungsweise 2 von 100 Männern brauchen deswegen langfristig Einlagen.</p>	<p>Beim Einsetzen der Seeds können die Harnwege verletzt werden und die Prostata stark anschwellen. Dies kann zu starken Schmerzen beim Wasserlassen führen. Zudem kann der Harndrang zunehmen und der Harnstrahl schwächer werden. Manchmal ist vorübergehend ein Blasenkatheter erforderlich, weil der Harn nicht mehr abfließt. Beschwerden beim Wasserlassen oder Halten des Urins verschwinden meist innerhalb von 1 bis 2 Jahren oder lassen nach.</p>	<p>Während der Operation kann der Harnröhrenmuskel verletzt werden. Dadurch entwickeln 30 von 100 Männern eine Harninkontinenz. Etwa die Hälfte dieser Männer benötigen deswegen langfristig Einlagen. Durch die Bildung von Narben am Blasenhals kann es außerdem zu Problemen beim Wasserlassen kommen.</p>
<p>Wie oft kommt es zu Darmproblemen oder ungewolltem Stuhlabgang (Stuhlinkontinenz)?</p>	<p>Während der aktiven Überwachung besteht kein Risiko. Wenn sich ein Mann später doch bestrahlen lässt, kann es zu ungewollten Stuhlabgängen kommen.</p>	<p>Vor allem während der Strahlentherapie und in den beiden Jahren danach kommt es bei etwa 4 von 100 Männern zu ungewollten Stuhlabgängen. Bis zu 4 von 100 Männern haben langfristig mit flüssigem Stuhl zu tun. Es kann auch Blut im Stuhl sein.</p>	<p>Nach bisherigen Studien scheint die Brachytherapie seltener zu Darmproblemen zu führen als eine äußere Strahlentherapie.</p>	<p>Es besteht kein Risiko für Darmprobleme.</p>

VOR- UND NACHTEILE DER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

	aktive Überwachung	äußere Strahlentherapie	innere Strahlentherapie (Brachytherapie)	Entfernung der Prostata
Wie oft kommt es zu Erektionsstörungen?	<p>Während der aktiven Überwachung besteht kein Risiko.</p> <p>Wenn sich ein Mann später doch operieren oder bestrahlen lässt, kann es zu Erektionsstörungen kommen.</p>	<p>Bei 35 von 100 Männern führt die Strahlentherapie in den ersten Monaten zu Erektionsstörungen. Bei der Hälfte bleiben die Erektionsstörungen bestehen.</p>	<p>Die Brachytherapie führt seltener zu Erektionsstörungen als eine Entfernung der Prostata.</p> <p>Im Vergleich zur äußeren Strahlentherapie treten Erektionsstörungen ähnlich häufig auf.</p>	<p>Bei 45 von 100 Männern führt der Eingriff in den ersten Monaten zu Erektionsstörungen. In der Regel bleiben die Erektionsstörungen bestehen.</p>
Was ist noch wichtig?	<p>Man kann sich jederzeit umentscheiden und sich später doch operieren oder bestrahlen lassen. Gründe dafür können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die regelmäßigen Untersuchungen sind zu anstrengend. • Der Gedanke belastet sehr, Krebs im Körper zu haben. • Der Krebs wächst. <p>Die Biopsien können schmerzhaft sein und vorübergehend zu Blut im Urin oder der Samenflüssigkeit führen. Bei etwa 1 von 100 Gewebeentnahmen kommt es zu Komplikationen wie einer Infektion. Wie oft Biopsien sinnvoll sind, kann man mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen.</p>	<p>Die Bestrahlung erhöht langfristig das Risiko, dass sich ein anderer Krebs bildet. Dieses Risiko ist aber sehr gering.</p>	<p>Die Seeds bleiben in der Prostata. Manchmal wandern einzelne Seeds in andere Teile des Körpers. Die gesundheitlichen Risiken davon sind nicht abschließend geklärt.</p> <p>Da es sich um einen Eingriff handelt, besteht ein allgemeines Risiko für Infektionen und Probleme durch die Narkose.</p>	<p>Nach der Operation benötigen die meisten Männer für einige Tage einen Blasenkatheter.</p> <p>Bei der Operation kann es zu Komplikationen kommen, wie Blutungen, Infektionen, Thrombosen und Wundheilungsstörungen. Außerdem besteht ein allgemeines Narkoserisiko.</p>

IHRE ENTSCHEIDUNG

Nun können Sie die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlungen für sich bewerten. Welche passt am ehesten zu Ihnen und Ihrer Lebenssituation – und welche eher nicht?

WAS IST IHNEN BEI DER ENTSCHEIDUNG WICHTIG?

Hier können Sie festhalten, was Sie bei der Wahl der Behandlung besonders beschäftigt. Welche Überlegungen spielen für Ihre Entscheidung eine Rolle? Wie wichtig sind sie Ihnen? Kreuzen Sie die Aussagen an, die auf Sie zutreffen, und ergänzen Sie bei Bedarf eigene Aussagen. Sie können eine Reihenfolge festlegen: Markieren Sie die für Sie besonders wichtigen Aussagen zum Beispiel mit einer 1, die etwas weniger wichtigen mit einer 2 und so weiter.

Welche Aussagen treffen auf mich zu?		Meine Reihenfolge (1, 2, ...)
Ich möchte möglichst sichergehen, dass der Krebs verschwindet.	<input type="radio"/>	
Mir ist wichtig, schwere Komplikationen aufgrund einer Behandlung zu vermeiden.	<input type="radio"/>	
Ich kann mit dem Wissen leben, Krebs im Körper zu haben.	<input type="radio"/>	
Mir fällt es schwer, aufwendige Kontrolluntersuchungen wahrzunehmen.	<input type="radio"/>	
Ich möchte einen operativen Eingriff vermeiden.	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	

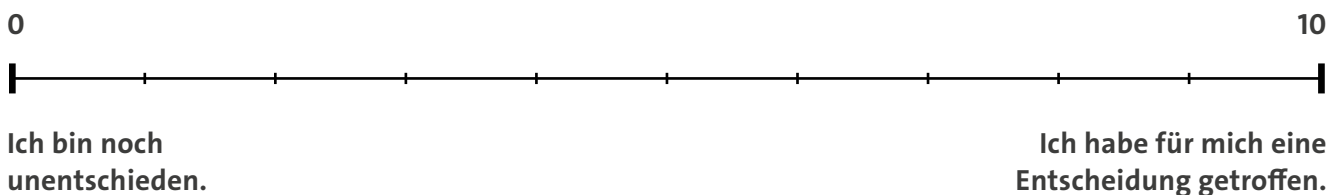
WELCHE BEHANDLUNG KOMMT FÜR SIE INFRAGE?

Hier können Sie die einzelnen Behandlungen einschätzen. Kreuzen Sie in der Tabelle an, welche Behandlungsmöglichkeit Sie sich vorstellen können, und tragen Sie ein, was für Sie dafür und dagegen spricht.

Welche Behandlung kommt für mich infrage?		Was spricht für mich dafür?	Was spricht für mich dagegen?
aktive Überwachung	<input type="radio"/>		
äußere Strahlentherapie	<input type="radio"/>		
innere Strahlentherapie (Brachytherapie)	<input type="radio"/>		
Entfernung der Prostata	<input type="radio"/>		

WIE WEIT SIND SIE MIT IHRER ENTSCHEIDUNG?

Hier können Sie eintragen, wie weit Sie mit Ihrer Behandlungsentscheidung sind. Markieren Sie den Stand Ihrer Entscheidung auf der Skala von 0 bis 10.



Wenn Sie noch unentschieden sind und weitere Unterstützung brauchen, finden Sie auf den nächsten Seiten Hinweise und weitere Informationen.

WAS BRAUCHEN SIE NOCH FÜR IHRE ENTSCHEIDUNG?

Falls Sie weitere Unterstützung brauchen, können Sie Folgendes tun:

Wissen Wenn Sie das Gefühl haben, nicht ausreichend informiert zu sein	<input type="checkbox"/> Die Fragen aufschreiben, die Sie beschäftigen (siehe unten). <input type="checkbox"/> Diese Entscheidungshilfe und Ihre Frageliste zum nächsten Arzttermin mitnehmen und besprechen. <input type="checkbox"/> Sich zusätzlich informieren, zum Beispiel im Internet – aber achten Sie auf seriöse Quellen! <input type="checkbox"/> Eine zweite ärztliche Meinung einholen. Dazu finden Sie Hinweise auf der nächsten Seite.
Unterstützung Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie weitere Unterstützung benötigen	<input type="checkbox"/> Besprechen Sie die verschiedenen Möglichkeiten mit einer Vertrauensperson (zum Beispiel Ihrer Ärztin, jemandem aus Ihrer Familie oder einem Freund). <input type="checkbox"/> Wenden Sie sich an eine Patientenberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe. Dazu finden Sie ebenfalls Hinweise auf der nächsten Seite. Suchen Sie sich Unterstützung für Ihre Wahl (zum Beispiel finanzielle Unterstützung, Transport oder Begleitung bei nötigen Wegen, Kinderbetreuung). <input type="checkbox"/> Unterstützung, Transport oder Begleitung bei nötigen Wegen, Kinderbetreuung).

HILFE FÜR DAS ARZTGESPRÄCH

Welche Fragen sind noch offen? Was beschäftigt Sie noch? Notieren Sie sich Ihre Fragen oder eigenen Überlegungen für das Gespräch.

Hier finden Sie eine Liste möglicher Fragen:

www.gesundheitsinformation.de/frageliste

AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN ZU FOLGENDEN THEMEN FINDEN SIE IM INTERNET:

	Örtlich begrenzter Prostatakrebs gesundheitsinformation.de/oertlich-begrenzter-prostatakrebs
	Niedrig-Risiko-Prostatakrebs: Aktiv überwachen oder behandeln? gesundheitsinformation.de/nrp-aktiv-ueberwachen-oder-behandeln
	Im Krankenhaus www.gesundheitsinformation.de/im-krankenhaus
	Operationen www.gesundheitsinformation.de/operationen
	Ärztliche Zweitmeinung www.gesundheitsinformation.de/zweitmeinung
	Patientenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen www.gesundheitsinformation.de/selbsthilfegruppen-und-beratungsstellen

HERAUSGEBER

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)

www.gesundheitsinformation.de/ueber-uns

Stand: 01/2026

Das Format dieser Entscheidungshilfe basiert auf folgenden Vorarbeiten:

- Ottawa Personal Decision Guide. O'Connor, Stacey, Jacobsen 2012. Ottawa Hospital Research Institute and University of Ottawa, Canada. [Deutsche Übersetzung und Adaption: IQWiG 2013]
- MAKING SDM A REALITY – Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus – G-BA Innovationsfonds 2023
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Erstellung einer Entscheidungshilfe zu Gebärmutterentfernungen: Rapid Report; Projekt P18-01. 2019.