

# Bei mir wurde Prostatakrebs festgestellt – was nun?

Geschrieben von einem Betroffenen für Betroffene – Verfasser: Ralf-Rainer Damm  
*Dieser Text soll ständig erweitert, ergänzt und auch, wo notwendig, korrigiert werden.*  
Aktueller Stand: 31. Januar 2010

## Vorbemerkung

Dieser Text entstand – und entwickelt sich fort – auf der Grundlage eigener Erfahrungen mit der Krankheit, den Erfahrungen anderer, Fragen, die entweder an mich direkt, in den Internet-Diskussionsforen oder den Selbsthilfegruppen immer wieder gestellt und dort (meistens) auch beantwortet wurden und werden, und allen Arten von Information rund um den Prostatakrebs, die ich im Laufe der Jahre seit meiner eigenen Krebsdiagnose gesammelt habe.

Der Text soll das Grundwissen vermitteln, über das ein Betroffener verfügen sollte, um zu verstehen, was sein Arzt ihm entweder direkt, verklausuliert oder gar nicht sagt, und um auf informierter Basis Entscheidungen über die eigene Behandlung zu treffen. Für diesen Typ von mündigem, aufgeklärten, selbstbestimmten Patienten hat der amerikanische Onkologe und Prostatakrebspezialist Dr. Stephen B. Strum den englischen Ausdruck "empowered patient" geprägt. Mein Text soll Sie ein gutes Stück dorthin bringen, ein empowered patient zu werden.

Er geht von der Situation aus, dass das Vorliegen von Krebs nachgewiesen worden ist, aber es kann natürlich auch jemand, der keinen Prostatakrebs hat oder bei dem nur erst ein Verdacht darauf besteht, sich über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und andere Aspekte rund um diese Krankheit informieren.

Es gibt Männer, die sich nach einer Krebsdiagnose blind darauf verlassen, dass Ihr Arzt schon vollkommen kompetent ist und am besten weiß, was nun zu tun ist, und die gar nicht so genau wissen wollen, was jetzt mit ihnen geschieht und wie danach das Leben für sie aussehen kann.

Auf der anderen Seite gibt es Männer, die davon ausgehen, dass auch ihr Arzt nicht allwissend sein kann, dass sein Wissensstand über den Prostatakrebs vielleicht sogar nicht mehr ganz aktuell ist, die sich erst selbst über ihre Krankheit kundig machen wollen, bevor sie sich für eine Therapie entscheiden, die wissen wollen, welche Therapien es überhaupt gibt, welche davon für sie (noch) in Frage kommt, und mit welchen bleibenden Folgen sie rechnen müssen.

Nachstehend habe ich für diese Männer die Vorgehensweise zusammengestellt, die ich jedem empfehle, bei dem oder bei dessen Angehöri-

gem ein Prostatakrebs frisch diagnostiziert worden ist und der jetzt verzweifelt und ratlos ist und nicht weiß, was er tun soll.

## Der erste Schock

- Viele Männer in Ihrer Situation stellen als erstes die Frage **"wie lange habe ich noch zu leben?"** Diese Frage kann Ihnen niemand beantworten. Es können auch bei einer bereits metastasierten Erkrankung noch viele Jahre sein; François Mitterrand z. B. lebte mit dieser Situation noch 18 Jahre und war in dieser Zeit Präsident seines Landes.

Prostatakrebs verbreitet sich in der Regel viel langsamer als so gut wie alle anderen Krebsarten, und die krankheitsbedingte Sterblichkeitsrate ist vergleichsweise niedrig. Bauchspeicheldrüsenkrebs z. B. führt in aller Regel innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zum Tod, die Sterblichkeit liegt bei über 96 %. Beim Prostatakrebs sind es dagegen etwa dreißig Prozent – aber auch ein Patient, der schließlich an der Krankheit verstirbt, kann nach der Diagnose noch viele Jahre leben.

Es gibt darum für Sie keinen Grund, jetzt Todesfurcht zu bekommen. Natürlich wird eine Zeitlang Ihr erster Gedanke beim Aufwachen sein: "Ich habe Krebs! Wie lange lebe ich überhaupt noch?" oder so ähnlich. Ich sage Ihnen voraus, dass Sie sich mit der Zeit an diesen Zustand gewöhnen und morgens andere Gedanken haben werden.

Trotzdem kann es nicht schaden, in dieser Situation, und wenn sich bei Ihnen alles ein wenig gesetzt hat, über das Leben allgemein und den Tod nachzudenken, siehe meine diesbezüglichen Gedanken am Ende dieses Textes.

Vor einiger Zeit erhielt ich eine Anfrage von einer verzweifelten "betroffenen Freundin". Ihrem Freund hatte ein Arzt gesagt, dass er Prostatakrebs und nur noch neun bis zwölf Monate zu leben habe (Mitterrand waren von seinem Arzt noch höchstens drei Jahre gegeben worden). Punkt. Ich halte eine derartige Aussage für sträflich. Der in diesem Fall Betroffene gab jede Hoffnung auf und bereitete sich nur noch auf das Sterben vor, kümmerte

sich nicht mehr um nähere Einzelheiten (PSA-Wert, Gleason-Summe, klinisches Stadium, siehe zu diesen weiter unten), wollte nichts mehr von eventuell doch noch möglichen Therapien wissen und brach den Kontakt zu seiner Freundin ab. Ich weiß nicht, was aus ihm geworden ist.

Die dreisteste ärztliche Aussage, von der ich gehört habe, stammt von einem renommierten Professor. Er sagte zu einem Patienten: "Wenn Sie sich nicht jetzt operieren lassen, sind Sie in einem halben Jahr tot!"

Wenn Sie unbehandelt tatsächlich innerhalb von sechs Monaten an Prostatakrebs sterben würden, dann hilft Ihnen eine Operation auch nicht mehr, denn dann ist der Krebs bereits sehr weit fortgeschritten, und es müsste eine systemische (den gesamten Körper erfassende) Therapie eingeleitet werden. Das wusste auch dieser Professor. Seine Aussage war reine Angstmache, um den Patienten zur OP zu bewegen.

### Diagnostik, pathologischer Befund

Die Stanzproben, die bei einer Biopsie gewonnen werden, werden zum Begutachten zu einem Pathologen geschickt, das ist ein Facharzt für u. a. das Begutachten von Gewebeproben. Der Pathologe fertigt einen Bericht, den er dem behandelnden Arzt zusendet. Als Patient haben Sie Anspruch darauf, eine Kopie dieses Berichts zu bekommen. Anscheinend gibt es Ärzte, die ihren Patienten wortlos den pathologischen Bericht in die Hand drücken, ohne sich die Mühe zu machen, ihn allgemeinverständlich zu übersetzen. Im Internet-Diskussionsforum zum Prostatakrebs<sup>1</sup> bitten diese neudiagnostizierten Männer dann oft um eine Interpretation des für sie unverständlichen Textes.

Es beginnt z. B. mit einer kryptischen Angabe wie dieser: "ICD-C61". Das ist einfach eine Katalognummer (ähnlich einer Bestellnummer in einem Versandhauskatalog) in einem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellten Katalog aller Krankheiten, und steht schlicht für "Adenokarzinom<sup>2</sup> der Prostata".

Es kann dann noch eine Angabe folgen wie "ICD-O M 8xyz/3". Auch dies ist eine Art Katalognummer, die besagt, dass es sich um eine onkologische Erkrankung handelt, und dass sie ein bestimmtes Erscheinungsbild (Morphologie) hat. Im Grunde sind diese Angaben für Sie un-

<sup>1</sup> <http://forum.prostatakrebs-bps.de/index.php>

<sup>2</sup> Als Adenokarzinom bezeichnet man einen bösartigen Tumor, der aus Drüsengewebe hervorgegangen ist

bedeutend, denn Sie wissen bereits, dass Sie Prostatakrebs haben. Wichtiger für Sie ist zu wissen, wie aggressiv dieser Krebs ist und wie weit er sich bereits ausgebreitet hat, soweit sich dies überhaupt feststellen lässt. Darüber geben die folgenden Angaben im pathologischen Bericht Auskunft:

- Die **Gleason-Summe** oder auch Gleason-Score (sprich "Gliesen-Skorr"), benannt nach dem amerikanischen Arzt Dr. Donald Gleason. Sie wird als Summe zweier Zahlen, der **Gleason-Grade**, angegeben, z. B. 4 + 3. Dabei bedeutet die erste Ziffer den Gleason-Grad (GG) des entarteten Zelltyps, der in den Biopsaten am häufigsten (zu 55 bis 95 Prozent) vorgefunden wurde, die zweite Ziffer steht für den Zelltyp, der am zweithäufigsten (von fünf bis 45 Prozent) vorkam. Die Gleason-Grade können die Werte 1 bis 5 haben und geben auch Aufschluss über die Aggressivität des Krebses, d. h. seine Neigung, sich im Körper weiter auszubreiten: GG 1 ist ein absoluter "Haustierkrebs", GG 5 ein hoch-aggressiver "Raubtierkrebs". Dabei sind Zellen vom Typ 1 praktisch nicht oder kaum von gesunden Zellen zu unterscheiden, selbst GG 2 ist nach Angaben mancher Pathologen schwer zu erkennen. Ein pathologischer Befund, in dem ein Zelltyp 1 angegeben wird, ist suspekt und sollte auf jeden Fall Anlass für ein Zweitgutachten sein (siehe hierzu weiter unten).

- Die TNM-Einstufung (**klinische Einstufung**) nach WHO bedeutet folgendes:

**T** steht für Ausbreitung des **Tumors** (Stufen 1-4), dabei ist diese international gebräuchliche Gradeinteilung ein etwas seltsames Gemisch zwischen tatsächlicher Ausbreitung des Tumors und der Art, wie er festgestellt wurde,

T1-Tumore nämlich sind solche, die zufällig festgestellt wurden, z. B. bei der Behandlung einer gutartigen Vergrößerung der Prostata, die aber nicht zu ertasten sind. Damit ist aber nichts darüber ausgesagt, wie weit die Prostata tatsächlich befallen ist, die niedrige Ziffer suggeriert einen geringfügigen Befall, so kommen manchmal unsinnige Angaben zustande. Die weiteren Grade sind (vereinfacht dargestellt, weil es weitere Unterteilungen gibt):

T2 ⇒ der Tumor ist auf die Prostata begrenzt,

T3 ⇒ Der Tumor hat die Kapsel der Prostata durchbrochen,

T4 ⇒ der Tumor ist fixiert oder hat andere

Nachbarstrukturen als die Samenblasen infiltriert, z. B. den Blasen Hals, den äußeren Blasen schließmuskel oder den Enddarm.

**N** steht für Lymphknotenbefall (von lat. **nodus**, engl. **node**, Knoten):

NX ⇒ regionäre Lymphknoten (d. h. Beckenlymphknoten) können nicht beurteilt werden,  
 N0 ⇒ keine regionären Lymphknotenmetastasen,  
 N1 ⇒ regionäre Lymphknotenmetastasen.

**M** steht für (Fern-) **Metastasen**, die Zahlenangaben sind sinngemäß wie vorstehend für den Lymphknotenbefall.

Dies ist nur eine etwas grobe Darstellung der TNM-Klassifikation, deren Definitionen sich auch etwas geändert haben. Genaues kann unter [www.prostatakrebs.de](http://www.prostatakrebs.de) ⇒ "Texte" ⇒ V. Grundlagen, Beratung ⇒ "[Leitlinien zur Diagnostik von Prostatakarzinomen](#)" nachgelesen werden.

Manchmal ist der T-Angabe ein "c" vorangestellt, das für "klinisch" steht, also "cT". Das ist ein Befund aufgrund der Diagnostik **vor** einer Behandlung. Ein **pathologischer** Befund ("pT") kann dagegen erst im Anschluss an eine operative Entfernung der Prostata erstellt werden, wenn der Chirurg das Operationsfeld, und der Pathologe die vor ihm liegende herauspräparierte Prostata endgültig beurteilen kann.

Der cT-Befund wird gemäß Definition anhand des Tastbefundes getroffen. Weitere im Allgemeinen frühzeitig, d. h. bei Verdacht auf das Vorliegen eines Karzinoms, eingesetzte diagnostische Verfahren, die in das Bestimmen des klinischen Tumorstadiums mit einfließen können, sind:

- die Biopsie (Entnahme von Gewebeproben aus der Prostata,
- die Ultraschalluntersuchung der Prostata und ihrer Umgebung,
- die Computertomographie (CT)
- die Skelettszintigraphie (nach einer positiven Biopsie, d. h. es wurde Krebs festgestellt, zum Prüfen, ob bereits Knochenmetastasen vorliegen)

Neben der Gleason-Summe wird häufig auch das "Grading" nach der Definition des deutschen "Pathologisch-urologischen Arbeitskreises Prostatakarzinom" angegeben, das die Aggressivität eines Tumors anhand des Erscheinungsbildes der Biopsate unter dem Mikroskop beurteilt.

Aus dieser Angabe kann entnommen wer-

den:

G1a bis G2a (oder G1a bis G11a oder einfach I bis IIa): günstige Prognose, d. h. der Krebs ist nicht sehr aggressiv,

G2b bis G3b (oder G11b bis G111b): ungünstige Prognose (aggressiver Tumor).

Bei der **Biopsie** ist es Glückssache, ob der Arzt, der die Biopsie vornimmt, wirklich ins "Schwarze" oder daneben trifft oder ob er den Tumor gerade streift. Der auf diesen Untersuchungen basierende Befund ist darum in aller Regel der günstigste Fall. Günstiger als gemäß dieser Einschätzung können die Ausbreitung und die Aggressivität des Tumors nicht sein, wohl aber ungünstiger, und dies kommt leider gar nicht selten vor (Ausbreitung weiter fortgeschritten als gedacht, Aggressivität höher). Auch ein zweibegutachtender Pathologe ist auf diese Stanzproben angewiesen, und was in ihnen nicht enthalten ist, kann auch er nicht finden; er kann allenfalls etwas genauer hinschauen (und tut es in der Regel auch).

Ein Ultraschallbild hat eine recht geringe Aussagekraft.

Die CT und das Szintigramm zeigen befallene Lymphknoten bzw. Skelettmetastasen erst an, wenn sie mindestens etwa 5-6 mm groß sind.

Der Pathologe bestimmt anhand der ihm vorliegenden Gewebeprobe den **Malignitäts-** oder **Differenzierungsgrad**. Er sagt etwas aus über die Entwicklungsstufe des Tumors und damit über die Aggressivität des Krebses (nicht alle Krebse sind gleich aggressiv). Man unterscheidet vier verschiedene Differenzierungsgrade:

Malignitätsgrad I	<b>gut differenziert</b> , im Tumorgewebe lassen sich Charakteristika des Ursprungsgewebes erkennen.
Malignitätsgrad II	<b>mäßig differenziert</b> , bedeutet, dass der Tumor stärker "verwildert" ist.
Malignitätsgrad III	<b>schlecht differenziert</b> , das Ausgangsgewebe ist kaum mehr zu erkennen.
Malignitätsgrad IV	<b>undifferenziert</b> , heißt, dass bei dieser höchsten "Verwildierungsstufe" das Herkunftsgewebe nicht mehr erkennbar ist.

Eine möglichst präzise Feststellung der Situation sollte unabdingbare Voraussetzung für das Abschätzen der Erfolgsaussichten der möglichen Therapien sein, aber leider wird hier häufig sehr gespart. Manchen Urologen genügt eine simple Ja/Nein- (Krebs / kein-Krebs-) Aussage, weil sie automatisch davon ausgehen, dass bei positivem Befund die Prostata entfernt wird, basta.

Es werden in Deutschland derzeit zwei Verfahren angeboten, mit denen sich präziser als mit anderen feststellen lässt, wie weit die Erkrankung bereits fortgeschritten ist, das sind die **Magnetresonanztomographie mit endorektaler Spule (MRTS)** und die **Positronenemissionstomographie, kombiniert mit Computertomografie (PET/CT)** mit  $C_{11}$ - oder  $F_{18}$ -Cholin als Tracer (Marker). Beide Verfahren werden mittlerweile an einer ganzen Reihe von Instituten angeboten. Eine Aufstellung der Standorte, an denen das PET/CT-Verfahren angeboten wird, erreichen Sie über die *KISP*-Seite  $\Rightarrow$  "Texte"  $\Rightarrow$  "Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin...". Für das MRTS-Verfahren existiert meines Wissens noch keine solche Übersicht.

An der Diakonischen Klinik in Flensburg (und bisher leider nur dort) wird die **Artifizielle Neuronale Netzwerk-Analyse (ANNA)** angeboten, das ist ein auf Ultraschall basierendes Verfahren zum Lokalisieren krebserdächtiger Areale in der Prostata. Es ist meiner Ansicht nach das Verfahren der Wahl, wenn zwar ein konkreter Verdacht auf das Vorliegen von Prostatakrebs besteht (z. B. durch einen hohen PSA-Wert, Biopsien dies aber nicht bestätigen konnten oder noch nicht durchgeführt wurden). ANNA erkennt verdächtige Areale mindestens so gut oder sogar besser als andere Verfahren. Es kann dann vor Ort gleich der verdächtige Bereich biopsiert werden.

Nähere Ausführungen zu diesen Verfahren würden hier zu weit führen, bitte sehen Sie zu weiteren Informationen auf der *KISP*-Seite im "Forumextrakt"  $\Rightarrow$  "Diagnostik"  $\Rightarrow$  "MRTS", "PET/CT" bzw. "ANNA" nach.

Gesetzliche Krankenkassen bezahlen diese technisch fortschrittlichen Untersuchungen in der Regel nicht<sup>3</sup>. Sie müssen es mit sich selbst ausmachen, ob Ihnen die größere Diagnosesicherheit die u. U. selbst zu tragenden Kosten wert ist.

3 Mir wurde von einem Patienten berichtet, dass die Kosten für das ANNA-Verfahren von seiner Krankenkasse doch übernommen wurde.

Ein ganz neues Diagnoseverfahren zum Erkennen bereits *befallener Lymphknoten*, das allen anderen derzeit üblichen in der Aussagekraft überlegen zu sein scheint, ist das **USPIO**-Verfahren (USPIO = Ultrasmall Paramagnetic Iron Oxide).

Dabei werden dem Patienten sehr kleine Eisenoxidpartikel injiziert, die sich an die roten Blutkörperchen anlagern und von diesen weiter im Körper verteilt werden. Nach 24 Stunden wird ein MRT mit endorektaler Spule und extrem starkem Magnetfeld (3 Tesla) vorgenommen und damit untersucht, wo sich die Teilchen angelagert haben. Lymphknoten, die keine der Eisenoxidpartikel aufweisen (im Bild weiß bleiben) sind krebserkrankt. Auf diese Weise lässt sich feststellen, ob der Krebs lokal bereits über das Organ hinaus weiter fortgeschritten ist (die normale Reihenfolge der *regionalen* Ausbreitung ist Prostata – Samenblasen – Lymphknoten – Knochen) und ob ein Entfernen der Prostata samt den als befallen erkannten Lymphknoten somit überhaupt noch sinnvoll ist.

Darüber, wie früh ein Tumor bereits im Körper gestreut haben kann, herrscht Uneinigkeit. Urologen neigen dazu, das Risiko herunterzuspielen, weil lokale Therapien sonst keinen Sinn mehr machen würden. Es gibt aber auch nachdenkliche Ärzte, die einräumen, dass ein Streuen viel früher geschieht, als gemeinhin angenommen und zugegeben.

Das USPIO-Verfahren kann auch genutzt werden, um nach einer Radikalen Prostatektomie<sup>4</sup> oder Bestrahlung und dem Auftreten eines biochemischen Rezidivs (= steigender PSA-Wert) nach der Ursache (= Quelle des PSA) zu suchen.

Das Verfahren wird weltweit erst an zwei Instituten angeboten, eines davon befindet sich in Europa, an der [Radboud Universiteit Nijmegen](#) (Niederlande) (Anschrift siehe Anhang 2).

Mehr zum USPIO-Verfahren ist nachzulesen im bereits genannten "Forumextrakt"  $\Rightarrow$  "Diagnostik"  $\Rightarrow$  "USPIO".

Pathologen haben viele verschiedene Gewebeproben zu begutachten, die von den unterschiedlichsten Organen des menschlichen Körpers stammen, und können sich darum in der Regel nicht weiter spezialisieren. Es gibt einige wenige Pathologen in Deutschland, die sich ganz

4 Radikale Prostatektomie (zusammengesetzt aus Prostata + Ektomie) = operatives Entfernen der Prostata

auf das Begutachten von Prostatagewebe spezialisiert haben. Wegen der Bedeutung, die ein möglichst genaues Bild Ihrer Lage auf Ihre Therapie-Entscheidung haben kann, kann es Sinn machen, Ihre Stanzproben von einem dieser spezialisierten Pathologen zweitbegutachten zu lassen. Bitten Sie, wenn Sie ein Zweitgutachten wünschen, den Pathologen, der die Biopsate beurteilt hat, die Schnitte an eines der in Anhang 1 genannten besonders renommierten pathologischen Institute zu senden. Sie haben einen Anspruch auf diese Zweitmeinung, die Krankenkassen übernehmen die Kosten dafür, wenn der behandelnde Arzt sie anfordert. Lassen Sie sich nicht einschüchtern, wenn Ihr Arzt der Meinung ist, eine Zweitmeinung sei vollkommen überflüssig. Eine möglichst präzise und zutreffende klinische Einstufung Ihres Falles muss Grundlage jeder Therapie-Entscheidung sein, das sollte auch ein Arzt wissen.

### Die Partin-Tabellen

- Gehen Sie mit Ihren so gut wie möglich abgesicherten Daten (PSA-Wert, klinisches Stadium, Gleason-Summe) in die **Partin-Tabellen**. Sie finden Sie z. B. als direkten Link auf der *KISP*-Seite. Die Partin-Tabellen geben Ihnen die statistische Wahrscheinlichkeiten für
  1. Beschränkung des Krebses auf die Prostata,
  2. Kapseldurchbruch oder -austritt,
  3. Samenblasenbefall,
  4. Lymphknotenbefall.
- Wundern Sie sich nicht, wenn Ihr Urologe die Partin-Tabellen nicht kennt oder sie als unwichtig oder überholt abtut. Deutsche Urologen (natürlich nicht alle) sind so. Die Partin-Tabellen entstanden an einem der renommiertesten Institute in den USA, den Johns Hopkins Medical Institutions, Department of Urology, in Baltimore/Maryland, wo auch der "Papst" aller Prostata-Operateure weltweit, Dr. Patrick Walsh, tätig ist (auf dessen sonstige Statistiken sich deutsche Urologen sonst sehr gerne beziehen, weil sie so erfreulich gut sind; Dr. Walsh sucht sich seine Patienten nämlich aus). Er hat z. B. die sog. nervschonende Operationsmethode entwickelt, und er war am Entstehen der Partin-Tabellen beteiligt (Dr. Alan Partin ist Arzt am gleichen Institut).
- Mit den Werten aus den Partintabellen haben Sie einen Anhaltspunkt dafür (aber keine Sicherheit, da eine Statistik nie etwas über

einen Einzelfall aussagen kann), ob Ihr Krebs wahrscheinlich noch auf die Prostata beschränkt ist oder sich mit höherer Wahrscheinlichkeit bereits weiter im Körper ausgebreitet haben kann.

Die **erste**, nicht die zweite Angabe ist wichtig. Der Kapseldurchbruch ist nicht die einzige Möglichkeit für den Krebs, die Prostata zu verlassen und sich weiter auszubreiten – im Gegenteil. Häufiger benutzt er die Bahnen der das Organ verlassenden Nerven, quasi einen "Hinterausgang", um sich davon zu machen. Dies ist die "perineurale Invasion" oder "perineurale Ausbreitung", von der manchmal im Bericht des Pathologen die Rede ist. Voraussetzung, sie zu diagnostizieren ist natürlich, dass bei der Biopsie der entsprechende Nerv überhaupt getroffen wurde. Sie kann also auch vorliegen, ohne erkannt zu werden.

Es gibt Pathologen, die sich mit ihrer Untersuchung des Organs und ihrem Bericht keine große Mühe geben, weil sie aus der Erfahrung wissen, dass der beauftragende Urologe dem pathologischen Befund wenig Beachtung schenkt und seine Patienten routinemäßig zur Radikalen Prostatektomie drängt. Auch aus diesem Grund kann die Zweit-, besser die Erstmeinung eines erfahrenen und auf den Prostatakrebs spezialisierten Pathologen wichtig oder sogar ausschlaggebend für Ihre Therapie-Entscheidung sein.

Nach der Analyse des pathologischen Berichtes und nach Ihrem persönlichen Befinden sollten Sie entscheiden, ob Sie sich einer lokalen, d. h. nur die Prostata betreffenden, oder einer systemischen, d. h. den ganzen Körper erfassenden, Therapie unterziehen wollen. Diese Entscheidung kann Ihnen niemand abnehmen, und Sie sollten sie sich auch nicht von Ihrem Arzt abnehmen lassen, denn *Sie allein* müssen mit dem Ergebnis für den Rest Ihres Lebens zurechtkommen.

### Die Therapie-Entscheidung

- Lassen Sie sich von niemandem – auch nicht von Ihrem Arzt – zu einer raschen und damit möglicherweise übereilten Entscheidung drängen. Wenn Ihr Arzt den Beleidigten spielt, weil Sie sich mehr Bedenkzeit ausbedingen, statt seinem Rat zu folgen und sich unverzüglich in den nächsten Tagen zur Operation ins Krankenhaus zu begeben, dann wechseln Sie schleunigst den Arzt. Es geht nicht um die persönliche Befindlichkeit dieses Mannes, sondern darum, wie **Ihr** weiteres Leben verlaufen wird, **Sie** müssen mit den

Folgen leben können! Wenn Sie sich nicht trauen, dem Arzt fest gegenüberzutreten, dann lassen Sie sich von jemandem mit robusterer Natur begleiten, Ihrer Frau, Ihrem Sohn, Ihrer Tochter, einem Freund, wem immer. Sie haben das Recht, eine Person Ihres Vertrauens mitzubringen.

- Es gibt keine allein seligmachende Therapie, die allen anderen überlegen wäre (die meisten Urologen halten trotzdem die RPE für den "Goldstandard"), und es gibt keine "Therapie light", d. h. eine ohne jegliche Beeinträchtigung leicht wegzusteckende Behandlung, wobei ich das beobachtende Abwarten ("Watchful Waiting") nicht zu den Therapien zähle. Jede Therapie hat Vor- und Nachteile, die zum Teil nur subjektiv zu beurteilen sind.
- Die Behandlungsergebnisse anderer Patienten geben auch bei gleicher oder ähnlicher Ausgangslage nur sehr bedingt etwas für Ihren Fall her. Jeder Krebs und auch jeder Patient ist anders, und was bei dem einen Patienten gut gewirkt hat, kann bei dem anderen versagen, was den einen Patienten umhaut (z. B. eine Chemotherapie – dazu weiter unten mehr –), verkraftet der andere recht gut. Der eine kann 14 Tage nach der Entfernung seiner Prostata schon wieder kontinent sein und seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen, der andere sein Leben lang nicht mehr.
- Machen Sie sich vor jeder Entscheidung über die möglichen Therapien mit ihren Erfolgsaussichten, Risiken und Nebenwirkungen so umfassend wie möglich kundig. Dabei helfen Ihnen die Seiten der Kontakt-, Informations- und Selbsthilfestelle Prostatakrebs (*KISP*) ([www.prostatakrebs.de](http://www.prostatakrebs.de)) und des Bundesverbandes Prostatakrebs-Selbsthilfe (BPS) ([www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de)). Beachten Sie bei *KISP* auch die weiteren Themen im "Forumextrakt". Darin sind Forumsbeiträge ebenfalls Betroffener nach Themen geordnet zusammengestellt, die seit Bestehen dieses Forums, Ende des Jahres 2000, eingingen, darunter zu den Themenkreisen
  - ⇒ Therapien,
  - ⇒ Therapie-Entscheidung,
  - ⇒ Therapie-Erfahrungen,aber auch zu vielen anderen für Sie sicher interessante Themen.
- Der Prostatakrebs ist von allen über 200 Krebsarten, von denen der Mensch befallen

werden kann, der sich am langsamsten ausbreitende Krebs überhaupt. In aller Regel haben Sie darum genug Zeit, sich mit den Vor- und Nachteilen der in Betracht kommenden Therapien vertraut zu machen, bevor Sie eine Entscheidung treffen. Wirkliche Eile, aber dennoch keine Entscheidung innerhalb von Tagen, ist nur geboten bei einem aggressiven (d. h. Gleason-Summe 4+3 oder höher) und/oder einem lokal fortgeschrittenen (klinisches Stadium T3, T4) und/oder sogar metastasierten Prostatakrebs. In diesen Fällen kommt eine lokale Therapie [Radikale Prostatektomie (RPE), Strahlentherapie (extern oder Brachy), hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)] ohnehin nicht mehr in Betracht. Gerade darum ist es so wichtig, das Stadium möglichst genau zu kennen, um sich nämlich gar nicht erst auf eine Therapie einzulassen, die von Anfang an wenig Aussicht auf Erfolg hat, aber einen beträchtlichen Flurschaden hinterlassen kann. Manche Ärzte möchten auch bei erkannter Metastasierung noch die Prostata entfernen, mit der Begründung, dass damit die Tumormasse verringert werde. Fragen Sie diesen Arzt nach einer Studie, die bei dieser Vorgehensweise einen Überlebensvorteil nachgewiesen hat. Er wird Ihnen keine nennen können. Tatsächlich ist dies eine bisher ungeklärte Frage. Dagegen verringert die bei Metastasierung angesagte Hormonentzugstherapie (mit denselben Medikamenten, die auch bei der ↓DHB eingesetzt werden) die Tumormasse häufig in einem Maße, dass der behandelnde Arzt, der oft nur seine RPE kennt, verblüfft ist.

Mit der Entscheidung zu einer Therapie ist jeder Betroffene ganz auf sich allein gestellt, und jeder hat dabei andere Gewichtungen:

- Kann und will ich mit und in dem Bewusstsein leben, vielleicht noch Krebszellen im Körper zu haben?
- Welche potenziellen Einschränkungen der Lebensqualität nehme ich in Kauf? Jede Therapie hat ihre spezifischen Neben- und Folgewirkungen. Eine "Therapie light" gibt es nicht.
- Liegen andere Erkrankungen vor (Diabetes, Herz-Kreislauf-Insuffizienz, MS usw.), die meine Lebenserwartung und Lebensqualität ohnehin einschränken und an denen ich vermutlich eher sterben werde als an einem nicht aggressiv behandelten Prostatakarzinom geringer Aggressivität, mit dem ich auch

unbehandelt noch jahrelang leben könnte, bevor es Symptome zeigt?

- Beraten Sie sich auch mit Ihren Angehörigen und suchen Sie Kontakt zu einer PK-Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe. Adressen finden Sie bei [www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de) ⇒ "Selbsthilfegruppenarbeit" ⇒ "Selbsthilfegruppen in Deutschland". Dem BPS sind bereits über 160 Selbsthilfegruppen angeschlossen.
- Sichere Heilung, d. h. Befreiung von Ihrem Krebs für den Rest Ihres Lebens, kann Ihnen keine Therapie versprechen. Ein Arzt, der Ihnen (wie es immer wieder noch vorkommt) eine z. B. 98-prozentige Heilungschance bei Operation verspricht (aber natürlich nie schriftlich garantieren wird!), hat entweder keine Ahnung vom Prostatakrebs, oder er lügt Sie wider besseres Wissen an<sup>5</sup>. Seriöse Ärzte (z. B. auch der oben genannte Prof. Patrick Walsh) geben selbst bei günstigsten Voraussetzungen (PSA-Wert unter 10 ng/ml, Gleason-Summe 3+3 oder niedriger, T1/T2, N0M0) eine Versagensquote von etwa 25 bis 30 % an, d. h. bei fast jedem dritten bis vierten Prostatektomierten mit günstigsten Voraussetzungen meldet sich der Krebs irgendwann doch wieder und erfordert eine weitere Therapie. Bei weniger günstigen Voraussetzungen, aber auch bei einem ungeübten Operateur, ist die Rückfallquote noch höher. Bisher gibt es keinen Weg sicher vorherzusagen, wer zu den glücklichen 70 % Geheilten und wer zu den 30 % nicht Geheilten gehören wird.

Wenn Sie sich zur RPE entschließen, dann lassen Sie sie unbedingt von einem Operateur vornehmen, der jährlich mindestens 200 dieser Eingriffe durchführt!

- Ärzte, die auf eine gute Erfolgsstatistik Wert legen, operieren aus diesem Grunde niemanden mit einem PSA-Wert >10 ng/ml, einer Gleason-Summe von 7 oder größer und einem T3, geschweige denn T4. Die derzeit neueste Entwicklung auf dem Gebiet der Prostatektomie ist das DaVinci-Verfahren, eine Weiterentwicklung des laparoskopischen Eingriffs. Dabei sitzt oder steht der Operateur nicht mehr am Operationstisch, sondern an einem Computerarbeitsplatz. Von dort aus steuert er mit speziellen Instrumenten ausgestattete Sonden, die über kleine Schnitte in das Innere des Körpers ein-

gebracht werden. Die Instrumente an den Sonden haben eine 360-Grad-Beweglichkeit und sind vom Operateur wie eine Hand in allen Freiheitsgraden steuerbar. Der operierenden Arzt steuert auch eine Kamera im Körper des Patienten. Durch sie erhält er ein dreidimensionales Bild vom Operationsgebiet, das bis 12-fach vergrößert werden kann. Mit Hilfe dieser Technik erreicht der Arzt höchste Präzision und damit größtmögliche Sicherheit für den Patienten. Selbstverständlich erfordert auch diese Operationstechnik ein handwerkliches Geschick des Arztes. Sie stellt aber die derzeit fortschrittlichste Operationsmethode dar. Immer mehr Kliniken in Deutschland legen sich die entsprechende Gerätschaft zu.

Viele Chirurgen entfernen bei der RPE zunächst die der Prostata nächstgelegenen **Beckenlymphknoten** und lässt sie sofort von einem Pathologen auf Krebsbefall untersuchen. Sind sie positiv, d. h. krebsbefallen, dann bricht dieser Chirurg die Operation ab und rät zu einer systemischen Behandlung, weil die Wahrscheinlichkeit zu hoch ist, dass sich der Krebs über die Lymphbahnen bereits im Körper weiter ausgebreitet hat. Es gibt aber leider auch Chirurgen, die munter darauf los operieren, auch wenn die Heilungschance nahe Null ist.

Im Allgemeinen wird niemand mehr operiert, der über 70 Jahre alt ist, wegen der körperlichen Belastung durch eine Operation (eine Prostatektomie ist kein leichter, sondern ein schwerer Eingriff!), weil ein Mann in diesem Alter kaum eine Chance hat, seine Inkontinenz noch einmal in den Griff zu bekommen, und weil er demgegenüber auch ohne Operation, sondern mit einer der anderen, weniger belastenden Behandlungsoptionen eine gute Chance hat, in hoffentlich gesegnetem Alter an etwas anderem zu sterben als an seinem Prostatakrebs.

- Nahezu sicher sind Ihnen bei einer Prostatektomie nur die **Nebenwirkungen**, zu denen viele Urologen schon weitaus schweigsamer werden: Zumindest vorübergehende – im schlimmsten Fall aber auch lebenslange – Harninkontinenz und in den allermeisten Fällen bleibende Impotenz. Die oft versprochene "nervenschonende Operation", bei der die Erektionsnerven erhalten bleiben sollen, ist in den meisten Fällen eine schöne Illusion. Einer der bekanntesten deutschen Prostata-Chirurgen, Prof. Huland vom Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf, nannte ein-

<sup>5</sup> Aus ärztlicher Sicht gilt als "geheilt", wer nach fünf Jahren noch keinen PSA-Wiederanstieg ("biochemisches Rezidiv") zu verzeichnen hat.

mal die folgenden Zahlen: Vollständige Erektionen gaben 17,2 Prozent der einseitig nervenschonend und 56,1 Prozent der beidseitig nervenschonend behandelten Patienten an. Ich verweise hier noch einmal auf die Seite "Th.-Erfahrungen" ⇒ "RPE" im "Forum-extrakt" mit durchaus unterschiedlichen Erfahrungsberichten. Wurden die Erektionsnerven bei der Operation beschädigt, dann helfen auch Viagra, Cialis und Co. nicht mehr, entgegen den kühnen Behauptungen mancher Urologen!

Wenn Sie sich für eine Prostatektomie entschieden haben, dann sollten Sie **umgehend** mit einer [Beckenbodengymnastik für Männer](#) beginnen! Es gibt Berichte, dass Männer, die so verfahren sind, sehr viel weniger Probleme mit Inkontinenz nach dem Eingriff hatten.

Eine kosmetische Nebenwirkung der RPE, die von den Urologen auch gerne mit Schweigen übergangen wird, ist die **Verkürzung des Penis**. Mit der Prostata wird ein Stück der Harnröhre entfernt, entsprechend der Länge der Prostata. Das können bei sehr großen Prostatae bis zu ca. 4 cm sein. Die beiden Stümpfe der Harnröhre (am Blasen Hals und zum Penis hin) werden wieder zusammengefügt (diese Nahtstelle wird als *Anastomose* bezeichnet). Dazu muss der Penis in den Körper hineingezogen werden (die Blase wird kaum nachgeben); der außerhalb des Körpers liegende Teil wird entsprechend kürzer. Als Folge ist die Vorhaut zu lang, was u. a. Probleme bei der Hygiene verursachen kann. Manche Männer leiden dann unter ständigen Entzündungen der Eichel.

In einer amerikanischen Studie gaben **71 %** der befragten Männer an, dass ihr Penis nach der Operation kürzer war als vorher.

Wenn Sie zu starker Narbenbildung neigen (vielleicht wissen Sie es von einer früheren Operation her), dann haben Sie ein hohes Risiko, dass auch die Anastomose nach einiger Zeit wuchert und Ihre Harnröhre verschließt oder sie zumindest stark verengt (sog. "anastomotische Striktur"). Es gibt Männer, die sich regelmäßig einem Eingriff unterziehen müssen, um wieder "durchlässig" zu werden.

Viele Männer merken erst einige Zeit nach der Operation, wie sehr ihnen alle diese mit der RPE verbundenen potenziellen Nebenwirkungen physisch und psychisch zu schaffen machen.

- Bei der **Bestrahlung** sind mehrere Möglichkeiten zu unterscheiden.

Es gibt die externe (perkutane = durch die Haut vorgenommene) Bestrahlung, bei der das Gewebe zwischen Bestrahlungsgerät und Prostata die größte Strahlenlast abbekommt, und die Brachytherapien (von griechisch *brachy* = nah), entweder mit der Implantation von sog. "Seeds" (radioaktiven Partikeln kurzer Halbwertszeit, auch "Low-dose radiation brachy", LDR-Brachy genannt) oder das "Afterloading"<sup>6</sup> ("High-dose radiation brachy", HDR-Brachy), wobei zunächst mittels einer Schablone nichtstrahlende Hohlنadeln in die Prostata gestoßen werden, in die dann in mehreren Sitzungen für eine genau bemessene Zeit radioaktive Stäbchen eingeführt und anschließend wieder entfernt werden. Die Heilungschancen sind ähnlich wie bei der RP, wobei neueste Untersuchungen der Uniklinik Kiel, wo das Verfahren entwickelt wurde, zu dem Ergebnis kommen, dass mit der HDR-Brachy eine etwas höhere Heilungsrate erzielt wird als mit der LDR-Brachy, so dass sie wohl zu bevorzugen ist, wenn anhand der Ausgangssituation eine Brachytherapie in Betracht kommt und schließlich gewählt wird.

Eine fortschrittliche externe Bestrahlungstechnik, bei der die Strahlen möglichst exakt dosiert und platziert werden, ist die "Intensitätsmodulierte Strahlentherapie" (IMRT). Sehr ausführliche Beschreibungen einschließlich Berichten über die eigenen Erfahrungen mit der IMRT finden Sie aus den Federn von Helmut Illini und Rolf Liczmanski bei *KISP* ▶ "Texte".

Impotenz tritt bei den Formen der Bestrahlung seltener auf<sup>7</sup>, recht häufig sind dagegen zumindest vorübergehende Nebenwirkungen durch die Bestrahlung und die Schädigung auch des gesunden Gewebes in der Umgebung der Prostata. Befindet sich der Tumor nahe der Harnröhre (die Mehrzahl der Tumore entwickeln sich allerdings in der Außenzone der Prostata), kommt es nach der Bestrahlung oft zu Beschwerden beim Wasserlassen, die aber in den meisten Fällen mit der Zeit abklingen. Wer allerdings schon vor der Behandlung Probleme mit dem Wasserlassen hatte, weil z. B. die auch gutartig wuchernde

<sup>6</sup> das heißt soviel wie "Nachladen"

<sup>7</sup> Allerdings las ich die Angabe eines erfahrenen Strahlentherapeuten, dass nach einer Brachytherapie je nach Alter der Patienten nach einiger Zeit bis zu 30 % von ihnen nach der Behandlung impotent werden. Dies erscheint mir eine ehrliche Aussage, die Sie von nur wenigen anderen Ärzten hören werden.

Prostata die Harnröhre abschnürte, der sollte es sich zweimal überlegen, ob er sich bestrahlen lässt, denn seine Probleme werden zunehmen. Das gleiche gilt, wenn Sie bereits einen Diabetes haben. Bei Diabetikern sind die Gefäßwände bereits spröde, also vorgeschädigt. Eine Bestrahlung würde diesen Zustand noch verschlimmern. Ich bezweifle, dass alle onkologischen Radiologen diesen Umstand hinreichend in Betracht ziehen.

Worüber kein Mann spricht, und worüber darum auch im Diskussionsforum absolut nichts erscheint, obwohl es vorkommt, ist *Stuhlinkontinenz* durch Schädigung des Darmschließmuskels nach einer lokalen Therapie. Das Rektum (der Enddarm) befindet sich ja nur wenige Millimeter von der Prostata entfernt. Schätzungen darüber, wie oft so etwas vorkommt, liegen bei einigen Prozent (bei der RPE durch Beschädigung des Darmschließmuskels bei etwa 5 %). Gute Strahlenkliniken, wie z. B. die Uniklinik in Kiel, die in Deutschland mit den besten Ruf genießt, die Klinik am Ring in Köln oder die Städtischen Kliniken in Offenbach<sup>8</sup>, werden von einer Bestrahlung abraten, wenn sich der Tumor, und damit die etwaigen Seeds, zu nahe am Darm befinden. Solche Kliniken setzen auch keine Seeds mehr, wenn das PSA höher ist als 10 ng/ml, die Gleason-Summe größer als 3+3 oder das Tumorstadium ungünstiger ist als T2a, weil sich dann die Erfolgsaussichten für eine tatsächliche Heilung rapide verringern (siehe hierzu z. B. die betreffende Webseite der Urologischen Abteilung der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg:

<http://www.klinikum-mannheim.de/fileadmin/VerzeichnisUrologie/Prostatakarzinom/Prostatakarzinom-Brachytherapie.pdf>.

Die Strahlung nimmt mit dem Quadrat der Entfernung von der Strahlungsquelle ab; etwas davon werden der Darm, die Blase und andere in der Nähe befindliche Organe immer abbekommen. Allerdings sind die verwendeten Isotope so gewählt, dass die Strahlendosis schon nach wenigen Millimetern stark nachlässt, weil sie durch das Gewebe gedämpft wird.

Eine Übersicht über alle strahlentherapeutischen Einrichtungen in Deutschland finden Sie bei

[http://www.degro.org/jsp\\_public/cms/index.jsp](http://www.degro.org/jsp_public/cms/index.jsp)

<sup>8</sup> Dies sollen nur einige Beispiele renommierter Strahlenkliniken sein. Es gibt in Deutschland noch viele weitere.

[?top=40](#).

Eine für Deutschland ganz neue Form der Bestrahlung, bei der der zuvor geschilderte Nachteil des Bestrahleens gesunden Gewebes auf ein Minimum reduziert ist, ist die Protonenbestrahlung. Sie wird derzeit nur vom Rinecker Proton Therapy Center in München (<http://www.rptc.de/>) angeboten.

Die zum Bestrahlen verwendeten Protonen können so gesteuert werden, dass sie praktisch ihre gesamte Energie im Tumor freisetzen und gesundes Gewebe kaum in Mitleidenschaft ziehen. Leider ist das Verfahren sehr teuer, es werden Kosten von 19.500 € für AOK-Mitglieder und 25.000-30.000 € für Privatpatienten genannt. Auch zur Protonentherapie sind weitere Informationen im "Forum-extrakt" zu finden.

Eine Bestrahlung – gleichgültig, nach welchem Verfahren – ist nur **einmal** möglich. Das einmal bestrahlte Gewebe "vergisst" nicht, und bei einem etwaigen nächsten Mal – wenn beim ersten Mal der Krebs nicht beseitigt werden konnte – bestünde die Gefahr, dass sich ein Strahlenkrebs entwickelt. Auch hat sich nach einer Bestrahlung (bereits der ersten!) das Gewebe so verändert, dass eine Operation nun sehr schwierig oder gar nicht mehr möglich ist. Das Gewebe würde nach dem Eingriff nicht mehr heilen. Die Ergebnisse doch versuchter Eingriffe dieser Art werden als nicht zufriedenstellend geschildert.

Alle paar Jahre wird ein neues Bestrahlungsverfahren entwickelt, in der Regel mit dem Ziel, die Wirksamkeit weiter zu erhöhen und die potenziellen Nebenwirkungen zu vermindern. Trotzdem bleibt eine Bestrahlung immer eine *lokale*, bestenfalls eine *regionale*, Therapie.

- Manche Ärzte entfernen – weil sie schon einmal dabei sind – zusammen mit der Prostata auch gleich die Hoden (**Orchiektomie**), zwecks dauerhaftem Hormonentzug. Ich halte das für ein barbarisches Verfahren, und es wird anscheinend hauptsächlich noch in einigen konservativeren Gegenden Deutschlands durchgeführt, warum auch immer. Ein Hormonentzug (oder eine Orchiektomie) gleich im Anschluss an eine RPE deutet darauf hin, dass der Arzt selbst nicht an einen kurativen Erfolg der RPE glaubt. Von dauerhaftem Hormonentzug wie auch durch eine Orchiektomie weiß man, dass er längerfristig unweigerlich zu Osteoporose führt. Es gibt aber Hinweise darauf, dass unter gewissen Umständen ein hoher Testosteronspiegel nach einer Thera-

pie sogar günstiger für den Krankheitsverlauf sein kann als ein dauerhaft im Kastrationsbereich befindlicher. Ich würde bei mir und bei meinem derzeitigen Wissensstand eine Orchiektomie strikt ablehnen.

Der Arzt ist verpflichtet, Sie über **alle Risiken und möglichen Folgen einer Operation und auch über alle verfügbaren Alternativen** umfassend aufzuklären, und zwar nicht erst dann, wenn Sie schon unter dem Einfluss des Narkosemittels sind und auf dem Operationstisch liegen! Tut er das nicht, oder stellen Sie gar erst nach dem Aufwachen aus der Narkose fest, dass Ihnen nebenbei auch die Hoden entfernt wurden, hat der betreffende Arzt eine gravierende, straf- und zivilrechtlich relevante Pflicht- und eine schwere Körperverletzung begangen.

- **Andere lokale Therapien** werden gegenüber diesen beiden genannten seltener angewandt, und es liegen für sie zum Teil noch keine Langzeiterfahrungen (zehn Jahre oder länger) mit großen Patientenkollektiven vor: **HIFU, Kryotherapie**. Dennoch können es interessante Optionen sein, und es könnte sich für Sie lohnen, sie mit in Betracht zu ziehen. Beim **Hochintensiven fokussierten Ultraschall (HIFU)** wird ein starker Ultraschallsender in Form einer Sonde in den Enddarm eingeführt. Die Ultraschallwellen werden fokussiert, die Prostata wird wie beim Aufbau eines Fernsehbildes Zeile für Zeile abgetastet und das Gewebe wird dabei durch die Ultraschallenergie verschmort ("agglutiniert"). Eine Schwierigkeit gibt es, wenn sich in der Prostata Kalkablagerungen (manche Ärzte sprechen von "Prostatasteinen") befinden. Sie reflektieren den Ultraschallstrahl, das zu bestrahlende dahinterliegende Gewebe wird nicht mehr erreicht. Durch eine Verkleinerung der Prostata per zeitlich begrenzter Androgendeprivation ("Hormonblockade") versucht man, diese Kalkablagerungen zu beseitigen, was nach meiner Erfahrung (nach zwei Runden Androgendeprivation waren die Ablagerungen weiterhin nachweisbar) zumindest nicht immer gelingt. Die **Kryotherapie** (Kältebehandlung) wird in Deutschland selten als Behandlungsmöglichkeit genannt; in USA scheint sie etwas weiter verbreitet zu sein. Bei dieser Therapie werden die Krebsherde mehrmals hintereinander tiefgefroren und wieder aufgetaut. Das Gewebe – natürlich ist auch gesundes Gewebe dabei – stirbt dabei ab und wird anschließend vom Körper abgebaut und entsorgt.

Auf der Seite des [National Cancer Institute](#) (USA) fand ich folgende ergänzende Information dazu:

"Bei der Kryotherapie wird der Chirurg durch Ultraschall geführt. Sie wird oft angewandt, wenn der Krebs zwar fortgeschritten, aber noch auf die Prostata begrenzt ist<sup>9</sup>, und wenn eine Operation nicht in Betracht kommt. Hierbei wird die Prostata nicht entfernt.

Bei der Kryotherapie können der Enddarm (das Rektum) beschädigt werden, der Hodensack (das Skrotum) anschwellen, der Penis schmerzen oder taub sein, der Urinfluss blockiert sein. In einem von 200 Fällen stellt sich zwischen dem Rektum und der Prostata eine Verbindung (eine Fistel) ein. Das Ergebnis ist in hohem Maße von Geschick und Erfahrung des Arztes abhängig. Die Erfolgsrate ist möglicherweise nicht so hoch wie bei der Prostatektomie oder jeder Form externer Bestrahlung. Langzeitergebnisse sind noch nicht bekannt."

Eine Liste deutscher Kliniken, an denen die Kryotherapie angeboten wird, finden Sie [hier](#).

- Gelegentlich wird nach der **Hyperthermie** gefragt. Sie wird meines Wissens als Therapie gegen den Prostatakrebs in Deutschland nur von einem einzigen Institut angeboten. Ich kenne nur ganz wenige Erfahrungsberichte, und die klingen nicht überzeugend. Bei der Hyperthermie wird eine Sonde in die Harnröhre eingeführt und mit ihrer Hilfe das Gewebe auf 42 °C erwärmt. Krebsgewebe verträgt diese Erwärmung schlechter als gesundes Gewebe und stirbt ab – so die Theorie. Das trifft bei bestimmten Krebsarten auch zu, bei denen der Tumor gut zugänglich ist, und dort wird die Hyperthermie wohl auch ganz erfolgreich eingesetzt. Beim Prostatakrebs ist aber das Problem, dass 70 bis 80 Prozent der Tumore in der *Peripherie* der Drüse, nahe der Kapsel entstehen und somit relativ weit weg von der Sonde. Dazwischenliegendes gesundes Gewebe wird stärker erwärmt und damit auch stärker belastet als das eigentliche Zielgebiet, das vielleicht gar nicht im gewünschten und erforderlichen Maß erfasst wird.

<sup>9</sup> Ob ein Krebs auf die Prostata beschränkt ist, kann mit einiger (aber auch nicht hundertprozentiger) Sicherheit nur bei einer Prostatektomie festgestellt werden, wenn die Schnittränder und die Samenblasen frei und keine Lymphknoten befallen sind. Bei der Kryotherapie besteht diese Möglichkeit nicht, was ein Nachteil dieser wie auch anderer Behandlungsformen ist.

- Von solchen Außenseiter-Therapien wie z. B. der "**Selektiven Tumor-Therapie**" (STT) kann ich Ihnen nur dringend abraten, sie sind in meinen Augen Scharlatanerien, ebenso wie Versprechungen, mit allerlei Kräutern den Krebs heilen zu können, nach dem Motto "der liebe Gott hat gegen jede Krankheit ein Kräutlein wachsen lassen". Lassen Sie sich mit solchem Unfug nicht das Geld aus der Tasche ziehen!

Von *einer* Pflanze ist allerdings tatsächlich Wirkung auf den Prostatakrebs bekannt, das ist die *Eibe* in ihren beiden Varianten, der europäischen und der pazifischen. Aus deren Rinde bzw. Nadeln werden halbsynthetisch die Taxane (von lat. taxus = Eibe) gewonnen, das sind Zytostatika, die das Zellwachstum hemmen. Das bekannteste Präparat aus dieser Gruppe ist das Medikament *Taxotere*<sup>®</sup>, das seit Ende 2004 für die Behandlung von *hormonrefraktärem* Prostatakrebs zugelassen ist. Seine Anwendung gehört in den Bereich der Chemotherapie (dazu weiter unten mehr) und kann mit nicht unbeträchtlichen Nebenwirkungen verbunden sein – soviel zum Thema Kräutlein!

- Eine andere Therapie, nach der gelegentlich gefragt wird, ist die "**Breuss-Kur**". Es gibt, kurz gesagt, keinen wissenschaftlich nachprüfbareren Fall, in dem mit ihrer Hilfe irgendjemand von irgendeiner Art Krebs geheilt worden wäre.
- Noch in der **Studienphase** ist die "**Galvanotherapie**" (<http://www.galvano-therapie.de>), bei der zwei Elektroden direkt in den Muttertumor eingebracht werden. Zwischen ihnen fließt ein Strom, der die Tumorzellen zerstören soll. Dies scheint mir zumindest ein plausibler Ansatz zu sein, es liegen aber natürlich überhaupt noch keine Angaben zu einer Verlaufskontrolle über einen aussagekräftigen Zeitraum hinweg vor, und es ist wie die die meisten anderen angebotenen Therapien eine *lokale* Therapie, die bereits gestreuten (metastasierten) Krebs nicht beseitigen kann.
- Manchmal wird gefragt, ob es nicht reichen würde, die Prostata einfach **auszuschaben** und so die Krebszellen zu entfernen. Um es gleich zu sagen, es reicht *nicht*, das Risiko eines Rezidivs (Wiederauftreten der Erkrankung) ist sehr hoch. Etwa 80 % der Tumorerde entwickeln sich in den *Außenbezirken* der Prostata (darum das Abtasten durch den Urologen als "Krebsfrüherkennung"). Beim

Ausschaben wird der Chirurg immer einen mehr oder weniger breiten Randbezirk innerhalb der Prostata übriglassen, um nicht versehentlich die Kapsel zu durchstoßen. Gerade in diesem Restgewebe können die Krebsherde aber stecken. Ferner ist das Risiko hoch, dass durch den Eingriff in erheblicher Anzahl Krebszellen aus ihrem Verband gelöst und in den Blutkreislauf geschwemmt werden.

- Eine systemische, d. h. den ganzen Körper betreffende, Therapie wird seit Ende der 1990er Jahre in Deutschland zunehmend bekannt, wird aber von kaum einem Arzt von sich aus angeboten, geschweige denn empfohlen, die sog. "**Dreifache Hormonblockade**" (DHB)<sup>10</sup>, die in den USA von einigen auf den Prostatakrebs spezialisierten *Onkologen* entwickelt wurde. Über die DHB wird in den einschlägigen Internet-Foren recht viel geschrieben und diskutiert. Ich selbst habe die DHB von Dez. 2000 bis März 2002 durchgeführt, und ich würde es wieder so machen (meine Gründe für die Wahl dieser Therapie und der Verlauf seit dem Ende der Behandlung sind nachzulesen auf der *KISP*-Seite unter "Texte" ⇒ Warum ich mich für die Dreifache Hormonblockade entschied<sup>10</sup>). Seit März 2007 befinde ich mich in der „zweiten Runde“, hatte aber dazwischen eine fünfjährige Therapiepause in ausgezeichneter körperlicher Verfassung.

Die DHB ist keine *permanente*, d. h. zeitlich unbegrenzte, Androgenblockade, sondern sie wird in der Regel über einen Zeitraum von 13 Monaten ausgeführt, an die sich eine allerdings lebenslange Erhaltungstherapie mit nur noch einem Präparat (Proscar oder Avodart) anschließt. Die 13 Monate sind kein Zuckerschlecken, aber danach gewinnen Sie Ihre volle Lebensqualität wieder.

Ich kann Ihnen nur empfehlen, sich auch über diese Option kundig zu machen. Vom BPS wurde dazu eine Sammlung von Artikeln herausgegeben, die auch ich Ihnen bei Inter-

<sup>10</sup> Genaugenommen ist der Ausdruck "Hormonblockade" unpräzise, da nicht alle Hormone des Körpers, sondern nur zwei, das Testosteron und sein Metabolit Dihydrotestosteron (DHT) unterdrückt werden. "Androgenblockade" oder vornehmer "Androgendeprivationstherapie (ADT)" wäre präziser ("Androgene" ist der Sammelbegriff für die männlichen Hormone). Das "Dreifache" der DHB bezieht sich nicht auf die Anzahl der blockierten Hormone, sondern auf die der eingesetzten Medikamente.

esse gerne zusende.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf einer [Internet-Präsenz](#), die sich ausschließlich mit der DHB befasst, sowie im "Forum-extrakt" unter "Therapien" und "Th-Erfahrungen".

Ganz aktuell<sup>11</sup> ist in Zusammenarbeit zwischen dem BPS und der Uniklinik Homburg/Saar eine Studie über die Wirksamkeit der DHB und der Erfahrungen der Patienten mit ihr in Vorbereitung. Erste Ergebnisse aus dieser Studie sind natürlich erst in ein, zwei Jahren zu erwarten.

Ferner propagieren einige Ärzte die sog. "Intermittierende Androgenblockade" (IAB, IHB, IADT). Dabei folgt auf eine zeitlich befristete Androgenblockade eine "Auszeit", in der der Körper wieder Androgene produzieren darf und der Patient sich dadurch viel besser fühlt (man weiß erst, wozu das Testosteron gut ist, wenn man keins mehr hat!). Ist das PSA wieder auf einen willkürlich gewählten Wert angestiegen – z. B. den ursprünglichen Wert oder die Hälfte davon –, wird die Prozedur wiederholt. Sowohl über die Zeitdauer der Blockade als auch den Schwellwert des PSA, bei dem die Auszeit zu beenden ist, herrscht weitgehend Uneinigkeit; nahezu jeder Arzt wählt sie anders, und vermutlich häufig zu kurz bzw. zu niedrig.

Viele Urologen kennen die Hormonblockade (die dann meistens nur mit einem Medikament oder höchstens zweien durchgeführt wird – die sog. "komplette Androgenblockade") nur als letztes Mittel, wenn nacheinander durchgeführte Operation und Bestrahlung versagt haben (von uns Patienten resignierend "**PK-Karriere**" genannt). Wenn aber anscheinend eine Therapie noch etwas bewirken kann, nachdem andere bereits versagt haben, warum soll man dann nicht mit ihr den Anfang machen? Da sie aber vielfach erst dann eingesetzt wird, wenn der Fall schon hoffnungslos ist, oder nach einem falschen Protokoll (zeitlich zu kurz oder zu lang<sup>12</sup> oder nicht entschieden genug) durchgeführt wird, hat sie bei den Urologen einen schlechten Ruf.

Wenn Sie sich für die Hormonblockade entschieden und außerdem einen Arzt gefunden haben, der bereit ist, sie durchzuführen (Adressen kann ich Ihnen zusenden, wenn Sie mir Ihre Postleitzahl bzw. die des Betrof-

fenen nennen), dann lassen Sie vor Beginn der Behandlung unbedingt Ihren Testosteronspiegel bestimmen, auch wenn Sie es selbst zahlen müssen. Drängen Sie darauf! Sie brauchen den Wert später, nach dem Ende der Behandlung, zum Vergleich. Lassen Sie auch sicherstellen, dass Ihre Leber topfit ist, sie wird einige Zeit lang verstärkt belastet werden.

Sie sollten auch wissen, dass die DHB bestenfalls als experimentelle Therapie betrachtet wird, da keine wissenschaftlichen Studien über ihre Langzeitergebnisse vorliegen, nur die Praxisstatistik des Arztes, der sie weltweit am vehementesten propagiert, Dr. Robert Leibowitz in Los Angeles<sup>13</sup>. Dr. Leibowitz berichtet von einer Erfolgsrate von 99,5 % nach fünf Jahren und mehr, die auch Patienten umfasst (20 % aller von ihm nach der DHB behandelten Patienten), die aufgrund Ihrer Ausgangssituation nicht mehr operiert oder bestrahlt worden wären. Ich bin der Meinung, dass auch jede andere Therapie im konkreten Einzelfall ein Experiment mit ungewissem Ausgang ist, und außerdem – jede heutige "Standardtherapie" hat einmal als "experimentelle Therapie" angefangen und ist im Laufe der Jahre ggf. verfeinert und verbessert worden!

Es sei zum Thema Hormontherapie hinzugefügt, dass es durchaus auch Patienten gibt, die mit einer einfacheren Form der Androgenblockade<sup>14</sup> ihren Krebs unter Kontrolle halten, über einen zumindest längeren Zeitraum oder permanent. Auch hier gilt, dass jeder Krebs sich anders verhält.

Meine Empfehlung – sofern ich als Nichtmediziner überhaupt eine medizinische Empfehlung geben darf – wäre allerdings, sich nicht auf eine abgespeckte Form einzulassen. Viele Ärzte sehen das – nicht zuletzt mit Blick auf ihr Arzneimittelbudget – naturgemäß anders.

- Sie werden auch von **Chemotherapien** gehört haben, wie sie z. B. beim Brustkrebs der Frauen bereits frühzeitig eingesetzt werden. Die wirken zwar, wie die Hormonblockade,

<sup>13</sup> Compassionate Oncology Medical Group  
2080 Century Park East, Suite 1005  
Los Angeles, California 90067  
Tel.: +1 310 229 3555  
Fax: +1 310 229 3554

<sup>14</sup> Z. B. mit LHRH-Analagon allein (ADT1) oder mit LHRH-Analagon + Antiandrogen wie täglich 50 mg Casodex (ADT2), diese Therapien werden aber über einen unbegrenzten Zeitraum durchgehalten.

<sup>11</sup> Oktober 2006

<sup>12</sup> Bei zu langem Androgenentzug (über zwei Jahre) besteht die Gefahr der Osteoporose.

auch systemisch, sind aber beim Prostatakrebs allesamt keine Ersttherapien und werden erst dann eingesetzt, wenn alle anderen Therapien einschließlich der Hormonblockade versagt haben und der Krebs auf eine hormonelle Behandlung nicht mehr anspricht. Solange der Krebs dies aber tut, ist die Hormontherapie bei Vorliegen einer systemischen Erkrankung die **erste Wahl**. Man mag darüber grübeln, warum, anders als beim Brustkrebs, beim Prostatakrebs Chemotherapeutika wie das oben bereits genannte Taxotere® erst relativ spät eingesetzt werden, statt zu versuchen, ihn in einem frühen Stadium zu vernichten. Der Grund ist schlicht, dass noch niemand entsprechende Studien durchgeführt hat. Die Behandlung des Prostatakrebses ist den Urologen zugewiesen, und die wollen das tun, was sie gelernt haben – operieren. Die Gynäkologen scheinen ihnen einen Schritt voraus zu sein.

Der bereits genannte Onkologe/Hämatologe Dr. Leibowitz in Los Angeles und sein früherer, jetzt in Singapur tätige Praxispartner, Dr. Steven Tucker, haben eine ausgeklügelte kombinierte, niedrig dosierte Vierfach-Chemotherapie mit relativ geringen Nebenwirkungen und offenbar hoher Wirksamkeit entwickelt, die sie frühzeitig bei Patienten mit androgenunabhängigem Prostatakrebs (AUPK), aber auch bei Patienten mit neu diagnostiziertem PK einsetzen, bei denen mindestens *ein Hochrisikofaktor* vorliegt.

Diese Hochrisikofaktoren sind:

- ein PSA-Wert über 20 ng/ml,
- eine Gleason-Summe von 7 und höher,
- nachgewiesene Metastasen oder Lymphknotenbefall.

Bei neudiagnostizierten Männern mit einem dieser Risikofaktoren verabreicht Dr. Leibowitz diese "niedrig dosierte, metronomische" Chemotherapie sofort gleichzeitig zur Dreifachen Hormonblockade, während Dr. Tucker inzwischen erst den Erfolg der DHB in Form des PSA-Abfalls abwarten will und dann erst entscheidet, ob er noch die Chemotherapie hinzunimmt. Die beiden Ärzte sind sich darin einig, dass sie nicht sagen können, welche Strategie die bessere ist, sie sind aber nach meiner Einschätzung ihren deutschen Kollegen um einiges voraus.

Ein gravierender Nachteil dieser Chemotherapie ist der hohe Preis einiger der verwendeten Therapeutika, von denen wiederum eines,

Carboplatin, keine Zulassung für die Behandlung von Prostatakrebs aufweist, und dessen Kosten deshalb von den Gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen wird (sein Einsatz bei Prostatakrebs ist ein sog. Off-Label Use). Die Behandlungskosten können leicht an die 20.000 € gehen.

Uns ist in Deutschland auch gerade einmal etwa ein halbes Dutzend Ärzte bekannt, die sich mit dieser Therapie auskennen, und die diese z. T. auch nur dann anwenden, **wenn der Patient mit einer entsprechenden Verordnung aus Los Angeles bzw. Singapur kommt**.

Patienten, die Näheres zu dieser Chemotherapie und zur Praxis von Dr. Leibowitz bzw. Dr. Tucker erfahren möchten, mögen mich direkt kontaktieren.

- Es gibt Karzinome mit hohem Gleason-Grad – 4 und 5, entsprechend Gleason-Summen 8 bis 10 – die nur noch ganz wenig PSA ausschütten und deshalb kaum an erhöhten PSA-Werten zu erkennen sind, die aber hochaggressiv sind und mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Androgenentzug, Bestrahlung und Chemotherapie kaum oder gar nicht ansprechen. Wenn eine solche Krebszellpopulation vorliegt, bedeutet das Probieren dieser drei Therapiearten nur einen Zeitverlust und gibt dem Krebs Gelegenheit, sich derweil weiter auszubreiten.

Ob eine derartige Zellpopulation vorliegt, kann der Pathologe (z. B. Prof. Bonkhoff) durch eine zusätzliche ("immunohistochemische") Untersuchung feststellen. Besteht ein solcher Verdacht (hoher Gleason-Grad bei niedrigem PSA trotz relativ großen Tumorumfangs), dann ist der wahrscheinlich beste Rat, den man geben kann, diese Untersuchung machen zu lassen, bei Prof. Barentsz in Nijmegen etwaige bereits befallene Lymphknoten lokalisieren zu lassen und sich anschließend, wieder in Deutschland, *die Prostata, gezielt diese Knoten und darüberhin-aus alle weiteren ca. 20 regionalen Lymphknoten entfernen zu lassen*. Es ist in dieser Situation die nach derzeitigem Stand der Kenntnis und der Medizin einzige Chance, die Sie haben!

- Eine sehr gute und umfangreiche Zusammenfassung aller gängigen Therapien mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen und Anwendungsprofilen von dem amerikanischen Onkologen Dr. Mark Scholz gibt es als deutsche Übersetzung bei den *KISP*-"Texten".

Lesen Sie auch, was ein mir bekannter, mit der Behandlung von Prostatakrebs erfahrener niedergelassener Urologe einmal über die Vorgehens- und Verhaltensweise mancher seiner Standeskollegen geschrieben hat (Anhang 3).

### Kliniksuche

Auf den Internetpräsenzen von KISP und des BPS ("Texte" => "Kliniken" bzw. "Medizinisches" => "Kliniken") finden Sie Listen von Kliniken, die Behandlungen wie Brachytherapie, HIFU und Kryotherapie anbieten. Es ist vom Goodwill der Hersteller der betreffenden Gerätschaften abhängig, ob diese Listen auf dem aktuellen Stand sind, aber die meisten sind es.

### Begleitende Maßnahmen

Es ist Stand der Medizin, beim nachgewiesenen Vorliegen von Knochenmetastasen ein Medikament aus der Gruppe der Bisphosphonate zu verabreichen. Dies sind chemische Verbindungen, die den Knochen stärken und Knochenschmerzen verringern sollen. Die beiden am häufigsten verwendeten Bisphosphonate sind Zometa® und Aredia®. Diese beiden werden einmal monatlich intravenös per Tropfinfusion verabreicht (es gibt auch oral einzunehmende Bisphosphonate, deren Wirkung aber wesentlich schwächer ist als die der beiden genannten Präparate). Vor dem ersten Verabreichen insbesondere von Zometa sollte unbedingt zweierlei beachtet werden:

1. Ein Zahnarzt sollte gründlich den Zahnstatus untersuchen und gegebenenfalls erkennbar in naher Zukunft erforderliche Zahnextraktionen *jetzt* vornehmen. Der Grund ist eine sehr unangenehme potenzielle Nebenwirkung, die glücklicherweise relativ selten auftritt, und wenn, dann erst nach längerem (länger als etwa ein Jahr) Verabreichen des Mittels, eine *Kiefernekrose* nach einer Zahnextraktion. Dabei löst sich der Kieferknochen auf und liegt frei. Diese Komplikation ist nur sehr schwer zu behandeln, wenn sie erst einmal eingetreten ist.

2. Das Präparat sollte in mindestens 500, besser 1.000 ml Flüssigkeit (im Allgemeinen physiologische Kochsalzlösung) aufgelöst sein, und es sollte über eine Zeitdauer von 45 bis 60 Minuten infundiert werden (statt wie vom Hersteller empfohlen, 15 Minuten), sonst können sehr starke grippeartige Nebenwirkungen auftreten, die erst nach etwa zwei bis drei Tagen

abklingen. Bei nachfolgenden Infusionen ab der dritten oder vierten tritt der Effekt dann nicht mehr auf.

### Statistiken

Die Angaben der Urologen über bleibende Nebenwirkungen ("Toxizitäten") sind oft zu optimistisch und/oder beziehen sich auf Ergebnisse an erstklassigen Kliniken in den USA, aber bis auf wenige Ausnahmen nicht auf die der eigenen Klinik.

Im "Forumextrakt" finden Sie unter der Rubrik "Statistiken" Angaben aus ehrlichen Studien zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Impotenz nach RPE und Bestrahlung mit Verlaufskontrolle über fünf Jahre.

### Die psychische Seite

Die wenigsten Männer machen sich nach der Krebsdiagnose und bei der Therapie-Entscheidung klar, welche psychischen Probleme nach einer Therapie, die die Gefahr bleibender belastender Nebenwirkungen birgt, wie Inkontinenz und Impotenz, auf sie *und ihre Ehefrau/Partnerin* zukommen können. Lesen Sie darum *vor* Ihrer Entscheidung im "Forumextrakt" auch die Seiten "PK und Psyche" und "PK im Kopf". Noch einmal: Die "Therapie light" gibt es nicht!

Übrigens: Als Krebspatient haben Sie einen Anspruch auf psychologische Hilfe, das wird Ihnen Ihr Urologe auch nicht gesagt haben. "Psychologische Behandlung" hat nichts mit einer psychischen Erkrankung, sondern der Behandlung einer psychischen Notsituation zu tun. Sie können einen Psychologen Ihrer Wahl konsultieren, die Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten.

Das Schlechteste, was Sie machen können, ist, nur noch über Ihre Erkrankung nachzugrübeln, darüber, worum es gerade *Sie* getroffen hat, und dabei die Lebensfreude zu verlieren. Ich lernte kürzlich diese Weisheit, die Sie, wie ich meine, beherzigen sollten: "Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben!"

### Ernährung, Nahrungsergänzungen

Sehr häufig wird die Frage nach einer Diät oder nach Nahrungsergänzungsmitteln gestellt, mit denen man den Krebs wieder loswerden oder wenigstens wirksam bekämpfen könne. Ich möchte hier Dr. Steven Tucker zitieren:

"Sie haben Ihren Krebs nicht durch Ihre Ernährung bekommen, und Sie werden ihn durch Ihre Ernährung auch nicht wieder los. Aber ich bin

ein sehr großer Freund der Mäßigung. Essen Sie, worauf Sie Appetit haben, aber essen Sie es in Maßen. Es muss nicht jeden Tag z. B. Fleisch sein.“

Viel frisches Obst, Gemüse und Seefisch, aber wenig Fleisch und tierisches Fett ist eine allgemein akzeptierte Grundregel.

Über kaum etwas gehen auch die Meinungen so weit auseinander wie über Sinn und Unsinn von Nahrungsergänzungsmitteln. Sicher ist, dass Sie allein mit Nahrungsergänzungsmitteln Ihren Krebs nicht los werden. Berühmt-berüchtigt ist hier Dr. Rath mit seinen hochkonzentrierten und teuren (sprich überteuerten) Vitaminpräparaten, die er aus dem Ausland vertreiben muss, weil er es in Deutschland nicht dürfte. Dr. Rath hat bis heute keinen medizinischen Nutzen seiner Präparate nachweisen können. Ich kenne aber auch Patienten, die angeben, dass Rath-Präparate zumindest ihr Wohlbefinden steigern.

Dieser letzte Punkt gilt auch für die Misteltherapie, nach der recht häufig gefragt wird. Sie wird Sie nicht vom Krebs befreien, aber viele Patienten, die sie machen oder gemacht haben, berichten, dass sie sich durch die Therapie allgemein wohler fühlen.

Aber auch bei anderen Nahrungsergänzungsmitteln gibt es zu fast jeder Studie, die einen Nutzen belegen will, eine Gegenstudie, die das Gegenteil behauptet, so dass auf diesem Gebiet alles andere als Klarheit herrscht. Was es an einigermaßen gesichertem Wissen gibt, hat Udo Ehrmann in einem [Artikel](#) zusammengefasst, den Sie bei den *KISP*-"Texten" finden. Ein weiterer sehr ausführlicher Artikel dort zu dem selben Thema mit dem Titel "Dr. Bobs und Dr. Steves Liste empfohlener Vitamine" stammt von den bereits genannten Dres. Leibowitz und Tucker. Er enthält allgemeine Ernährungsvorschläge und bezieht sich nicht nur auf die Ernährung bei PK. Ein dritter Artikel, "Bor – bewahrt die Knochen, Gelenke, Neuronen und verringert vielleicht das Risiko für Prostatakrebs" aus der Feder des amerikanischen Onkologen und PK-Experten Dr. Stephen B. Strum hebt die Bedeutung des Elements Bor für den Körper allgemein und für das Skelett im Besonderen hervor.

Prostatakrebs metastasiert insbesondere in die Knochen, deshalb ist es besonders wichtig, das Skelett zu stärken und widerstandsfähig gegen die angreifenden Krebszellen zu machen. Die Bedeutung des Elements Bor hierbei wurde gerade genannt. Kalzium und Phosphor können mit einer ausgewogenen Ernährung zugeführt werden. Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Vitamin D, insbesondere des D<sub>3</sub> (Cholecalcife-

rol). Es wird in der Haut durch den ultravioletten Anteil des Sonnenlichts gebildet, nur reicht in unseren Breiten insbesondere im Winter die natürliche Sonneneinstrahlung nicht aus, so dass eine Zufuhr von Vitamin D<sub>3</sub> anzuraten ist. Es gibt Vitamin D<sub>3</sub> rezeptfrei und nicht allzu teuer in der Apotheke. Ich bevorzuge das reine Vitamin D<sub>3</sub>, also nicht, wie viel angeboten, in der Kombination mit Kalzium (z. B. "Vigantolekten" von Merck Pharma). Das Kalzium führe ich lieber durch die Nahrung zu. Ein Zuviel an Kalzium im Blut (Hypercalzämie) ist schädlich für den Körper. Von Dr. Tucker stammt die folgende Angabe: Wenn der Vitamin-D<sub>3</sub>-Spiegel im Blut um die 60 ng/dl liegt, sollten täglich etwa 1.000 Internationale Einheiten (IU) zugeführt werden, bei einem Wert von unter 60 ng/dl sollte die Zufuhr entsprechend höher gewählt werden.

In jüngster Zeit hat Granatapfelexier großes Interesse gefunden, weshalb ich hier etwas ausführlicher darauf eingehe. Tatsächlich haben Studien in USA und Israel eine günstige Wirkung bei Prostatakrebs gezeigt. Das Elixier (nicht der einfache Granatapfelsaft aus dem Reformhaus) ist mit einem Literpreis von fast 60,- Euro nicht gerade billig. Dafür enthält eine Halbliterflasche laut Angabe des Herstellers (Fa. [Dr. Jacob's Medical GmbH](#) in Taunusstein) die Inhaltsstoffe von 40 bis 50 Granatäpfeln. Auf der Webpräsenz des BPS finden Sie unter „Medizinisches“ - „Ernährung“ - „Der Granatapfel“ eine Informationsbroschüre im PDF-Format.

Mit aller Zurückhaltung möchte ich sagen, dass Sie wahrscheinlich nichts verkehrt machen, wenn Sie täglich 200 µg Selen, 3-12 mg Bor, 500 bis 1.000 IU Vitamin D<sub>3</sub> (manche Ärzte empfehlen bis zu 4000 IE!) und viel Tomatensaft und andere Tomatenprodukte – Ketchup, Tomatenpaste usw. – zu sich nehmen. Ich selbst trinke regelmäßig täglich zwei Gläser Tomatensaft mit Olivenöl und nehme die vorgenannten Ergänzungsmittel ein. Tomate ist reich an Lykopen, von dem eine vor Prostatakrebs vorbeugende Wirkung nachgewiesen wurde, und Lykopen ist fettlöslich, daher das Öl.

Als Selenpräparat sollten Sie (Natrium-) **Selenit** nehmen, **nicht Selenmethionon!** Letzterem wird eine *vorbeugende* Wirkung gegen Prostatakrebs nachgesagt – es wäre also etwas für Ihre Söhne und Töchter (gegen Brustkrebs) –, ersterem eine therapeutische Wirkung bei manifestem Prostatakrebs. Sie können Bor ("Boron") und Selenit z. B. online bestellen bei <http://www.nutrio-shop.com>. Es empfiehlt sich, jeweils gleich mehrere Verpackungseinheiten zu bestellen, so teilen sich die Versandkosten ent-

sprechend auf.

Diese und weitere Informationen finden Sie im "Forumextrakt" unter der Rubrik "Ernährung".

Aber noch einmal – nur durch diese oder andere Nahrungsergänzungen werden Sie Ihren Krebs nicht los. Sie machen ihm günstigstenfalls das Dasein ein bisschen schwerer.

## Schmerzbehandlung

Wenn bei Ihnen die Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist, leiden Sie unter Umständen Schmerzen. Es ist eine beklagenswerte Tatsache, dass im deutschen Gesundheitswesen die Schmerzbekämpfung nach wie vor vernachlässigt wird. Aus unerfindlichen Gründen wird den Patienten oft die Hilfe verweigert, die medizinisch möglich wäre und auf die sie einen Anspruch hätten. Diesem Missstand will die [Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.](#) begegnen, auf deren Internetpräsenz Sie u. a. Informationen darüber entnehmen können, wo in Ihrer Nähe sich ein Schmerzzentrum befindet, an das Sie sich wenden können.

Dann gibt es die Deutsche Schmerzliga, die eine eigene Webpräsenz <http://www.schmerzliga.de/> betreibt (Kernaussage: "In Deutschland leiden viele Millionen Menschen unnötig an akuten und chronischen Schmerzen. Schmerzen sind jedoch keine schicksalsgewollte, unausweichliche Last, die Patienten zu tragen haben. Sie haben das Recht auf eine kompetente Behandlung."). Rudolf Stratmann in Hamburg, der ebenfalls eine Webseite für Prostatakrebspatienten pflegt, hat zur Schmerzbehandlung eine eigene Rubrik angelegt (<http://www.promann-hamburg.de>), der Sie weitere Informationen entnehmen können.

## Medikamente

Es kann sein, dass Ihr Arzt Ihnen Medikamente verschreibt, deren Namen Ihnen zunächst nichts sagen werden, und der Arzt hat möglicherweise keine Zeit, Ihnen etwas über die beabsichtigte Wirkung und mögliche Nebenwirkungen zu sagen.

Zu nahezu jedem einschlägigen Medikament finden Sie im "Forumextrakt" Informationen, sowohl unter der Rubrik "Medikamente" als ggf. auch unter der Rubrik "Nebenwirkungen"

## Wie komme ich an mehr Informationen, wer beantwortet mir weitere Fragen?

Unter der Rufnummer

**0 8 0 0 – 7 0 8 0 1 2 3**

bietet der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) eine Beratungshotline an. Die Berater sind zu erreichen Dienstags, Mittwochs und Donnerstags (nicht an bundesweiten Feiertagen) in der Zeit von 15 Uhr bis 18 Uhr. Sie erhalten unter dieser Servicrufnummer Informationen von Patienten für Patienten. Die Berater sind selbst Betroffene, überwiegend erfahrene Leiter von Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen und durchweg keine Mediziner oder Juristen. Aus juristischen Gründen weist der BPS daher darauf hin, dass Sie von den Beratern keine medizinische oder rechtliche Beratung im Sinne des Heilpraktikergesetzes bzw. des Rechtsberatungs- oder Rechtsdienstleistungsgesetzes erhalten. Die Informationen der Berater ersetzen in keinem Fall die persönliche Beratung durch einen Arzt oder einen Rechtsanwalt (*ebenso wenig wie dieser Text übrigens!*).

Die Kosten eines Telefonats betragen 14 Cent pro Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom. Bei anderen Anbietern sowie aus Mobilfunknetzen können die Kosten abweichen. Wenn Sie einen **Internet-Zugang** haben, dann können Sie sich mit Ihren Fragen auch an die im gemeinsamen Prostatakrebs-Diskussionsforum von BPS und KISP ständig präsente große deutschsprachige "PK-Gemeinde" wenden. Sie erreichen das Diskussionsforum mit täglich 1500 bis 2000 Zugriffen sowohl von der KISP- als auch von der BPS-Webseite aus unter "**Forum**". Nehmen Sie sich, bevor Sie Fragen stellen, die Zeit und schreiben Sie Ihre ganz persönliche bisherige PK-Geschichte, dann haben diejenigen, die antworten möchten, es leichter, Ihre Situation einzuschätzen, und Sie ersparen sich so Rückfragen. Eine Anleitung dazu, was beim Schreiben einer **Prostatakrebsgeschichte** (PKG) zu beachten ist, finden Sie auf der KISP-Seite über den Button "Schreiben Sie".

Der bereits genannte Rudolf Stratmann bietet auf seiner Internet-Präsenz <http://www.promann-hamburg.de> noch viele weitere Informationen und gesammelte Artikel.

Wolfhard Frost aus Bielefeld hat auf seiner Seite <http://www.prostata-sh.info/> unter Anderem eine umfangreiche Infothek, in der zu einschlägigen Begriffen nachgeschlagen werden kann.

Wenn Sie keinen Internetzugang haben, dann sollte jetzt der Zeitpunkt gekommen sein, ernsthaft darüber nachzudenken, ob Sie sich einen zulegen. An vielen Volkshochschulen werden Kurse zum Benutzen des Internets – auch für "Senioren" – angeboten. Viele ältere Männer stellen sich das Bedienen eines PCs viel schwieriger vor, als es tatsächlich ist. Man muss ja

nicht alle Funktionen und Programme beherrschen – Internetzugang und E-Mail-Funktion sind leicht zu erlernen und bereits eine wirkliche Bereicherung –, und vielleicht kann Ihnen zur Not der Sohn, die Tochter oder das Enkelkind helfen, wenn Sie einmal nicht mehr weiterwissen.

Die Informationen, Beratungs- und Diskussionsmöglichkeiten, die das Internet auf den einschlägigen hier genannten Seiten bietet und ermöglicht, sind durch nichts zu ersetzen.

Haben Sie keinen Platz, einen PC samt Monitor zu stellen (Flach- bzw. TRT-Bildschirme nehmen nicht viel Raum ein), so tut auch ein Notebook (tragbarer Computer) gute Dienste. Wenn auch dies nicht möglich ist, dann gibt es immer noch das Angebot von Internet-Cafés, wo man Ihnen auch gerne bei der Bedienung hilft.

### **Führen Sie Aufzeichnungen!**

Legen Sie von Beginn an eine Art **Tagebuch** an, in das Sie eintragen, was wann bei Ihnen gemacht wurde – PSA-Messungen, die Biopsie, die CT oder MRT, die Skelettszintigraphie, die Operation, Seeds-Implantation oder LHRH-Spritze, ab wann Sie welches Medikament oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen haben usw., jeweils mit welchem Ergebnis, wann Sie welche Nebenwirkung gespürt haben, wann Sie mit wem gesprochen haben, sofern es für Ihre Entscheidung oder Behandlung wichtig war. Später werden Sie diese Daten vielleicht brauchen!

Der BPS hat in Zusammenarbeit mit einigen namhaften Ärzten den "**Prostata-Pass**" entwickelt, der sich sehr gut für das Führen von Aufzeichnungen eignet. Sie können beim BPS<sup>15</sup> oder auch bei mir<sup>16</sup> ein Exemplar anfordern, das wir Ihnen gerne per Post zusenden.

### **Unverständliche Fachbegriffe und Abkürzungen**

Häufig werden Sie in ärztlichen Berichten, einschlägigen Seiten im Internet, Büchern zu dem Thema usw. Angaben und Abkürzungen finden, die für den Laien unverständlich sind, und Sie werden rätseln, was sie zu bedeuten haben (manche Ärzte lieben es, ihre Latein- und Alt-

15 Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.  
Alte Str. 4  
D-30989 Gehrden  
Tel.: 05108 / 92 66 46  
Fax: 05108 / 92 66 47  
E-Mail: [info@prostatakrebs-bps.de](mailto:info@prostatakrebs-bps.de)  
16 per E-Mail: [kisp-beratung@t-online.de](mailto:kisp-beratung@t-online.de)

griechischkenntnisse heraushängen zu lassen). Eine umfangreiche und ständig ergänzte Sammlung solcher Abkürzungen und medizinischen Ausdrücke in deutsch und in englisch habe ich angelegt, und Sie finden sie bei Bedarf auf der KISP-Seite unter dem Button "Abkürzungen".

### **Anerkennung einer Behinderung**

Ein ganz anderer Punkt wird selten von den Ärzten angesprochen: Wer Krebs hat, kann die Anerkennung einer Behinderung beantragen. Bei Prostatakrebs wird ein Grad der Behinderung von mindestens 50 % für zumindest fünf Jahre anerkannt. Dies können Sie steuerlich geltend machen. Bei 50 % Behinderung wird Ihnen ein jährlicher Freibetrag von derzeit 570,- € gewährt, außerdem haben Sie gegenüber Ihrem Arbeitgeber einen verbesserten Kündigungsschutz. Mehr auch hierzu im "Forum-extrakt" ⇒ "Rechtliches" ⇒ "Anerkennung des Vorliegens einer Behinderung".

### **Literatur**

Viele Bücher sind über den Prostatakrebs geschrieben worden, in der Regel von Urologen. Ein Buch aber möchte ich vor allem empfehlen, weil es, wie ein (aufgeschlossener) Urologe in seiner Rezension schrieb, die Fortschritte im Kampf gegen den Prostatakrebs aus verschiedenen Fachdisziplinen wie Pathologie, Strahlentherapie und Onkologie übersichtlich zusammenfasst und viele Tipps im Umgang mit dem Ärztestand sowie Anleitungen zur Dokumentation der eigenen Krebsgeschichte liefert:

#### **Ein Ratgeber zum Prostatakrebs**

Die Anleitung für den selbstbestimmten Patienten  
von Dr. med. Stephen Strum (Onkologe)  
und

Donna Pogliano (Partnerin eines Mitsreiters)  
ISBN: 3-00-017057-X

zu beziehen vom Verlag C.V. Engelhard ([info@cv-engelhard.de](mailto:info@cv-engelhard.de)) gegen 15,04 € Vorkasse auf das Konto Nr. 000-015578 bei der Sparkasse Hannover, BLZ 250 501 80.

Wundern Sie sich bitte nicht, dass im Geleitwort des Herausgebers (des BPS) im Zusammenhang mit der Übersetzung mein Name auftaucht. Ich empfehle das Buch nicht, weil ich an seiner deutschen Ausgabe mitgearbeitet habe, sondern ich habe mitgearbeitet, weil ich das Buch wert fand, auch auf Deutsch zu erscheinen.

## Gedanken zum Tod

Nach der Krebsdiagnose haben Sie sich vielleicht erstmals in Ihrem Leben mit dem Gedanken auseinandergesetzt, dass auch *Sie* nicht unsterblich sind. Irgendwann kommt das Sterben auf jeden von uns zu, die Frage ist nur wann, wodurch, und wie sieht der letzte Lebensabschnitt davor aus. Jeder von uns wird irgendwann sterben, das ist Milliarden Menschen vor uns nicht anders ergangen. Nicht jedem ist so ein leichter Tod vergönnt wie einem meiner beiden Großväter, der sich in gesegnetem Alter zu einem Mittagsschläfchen niederlegte und nicht mehr aus ihm erwachte (mein anderer Großvater starb wahrscheinlich an Prostatakrebs, aber erst im Alter von 89 Jahren, und von ihm habe ich diese Krankheit wohl geerbt).

Es liegt mir fern, Ihnen hiermit bedeuten zu wollen, dass Sie sich jetzt auf einen baldigen Tod vorbereiten sollten. Die Mehrheit der von PK betroffenen Männer sterben *mit* Prostatakrebs, nicht *an* ihm, und Sie haben eine sehr gute Chance, noch viele Jahre zu leben, trotz der Erkrankung. Akzeptieren Sie trotzdem, dass irgendwann das Sterben auf Sie zukommen wird. Wenn Sie religiös sind, dann ist jetzt vielleicht ein geeigneter Zeitpunkt gekommen, mit Ihrem Seelsorger einmal zwanglos über den Tod zu sprechen. Ich selbst bin dazu gelangt, die Sache ziemlich gelassen und nüchtern zu sehen, jedenfalls bilde ich es mir ein.

## Zum Schluss

Niemand kann es Ihnen abnehmen, sich möglichst gründlich und umfassend selbst mit den Behandlungsmöglichkeiten für Ihre Krankheit und deren sämtliche Aspekte auseinanderzusetzen und anhand des erworbenen Wissens schließlich *Ihre* Therapie-Entscheidung zu treffen. Andernfalls unterwerfen Sie sich blind der Entscheidung Ihres Arztes.

Für *Ihre* ganz persönliche Therapie-Entscheidung wünsche ich Ihnen eine glückliche Hand!

Ralf-Rainer Damm

[kisp-beratung@t-online.de](mailto:kisp-beratung@t-online.de)  
[www.prostatakrebs.de](http://www.prostatakrebs.de)

*Dieser Text ist als reine Information für Prostatakrebspatienten und deren Angehörige zu verstehen und gibt ganz allein nur **meine persönliche Meinung** wieder. Er soll keine Empfehlung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsform oder für oder gegen ein bestimmtes Medikament darstellen und kann auf keinen Fall die Beratung durch einen erfahrenen Arzt ersetzen.*

## Anhang 1

### Die beim Beurteilen von Prostatakrebs renommiertesten pathologischen Institute in Deutschland

Referenzzentrum für Uro- und Prostatapathologie  
Prof. Dr. Helmut Bonkhoff  
Postfach 450211  
12172 Berlin  
(Tietzenweg 129, 12203 Berlin)

Tel: 030/8430 9500 (Sekretariat),  
Fax: 030/833 0335  
E-Mail: [bonkhoff@prostapath.de](mailto:bonkhoff@prostapath.de)  
<http://www.prostapath.org/deutsch/d-main.html>

#### **Prof. Bonkhoff bittet um folgendes:**

1. *Vor dem Einsenden von Biopsaten bei ihm anrufen! Angabe PSA, GS (falls bereits vorliegt); Problem und Fragestellung schildern.*
2. *GKV-Versicherte sollten vorab mit ihrer GKV die Kostenübernahme klären (Prof. Bonkhoff sagt dann gleich, was es etwa kosten wird).*

---

Hegau Klinikum  
Institut für Pathologie  
Prof. Dr. Burkhard Helpap  
Virchowstr. 10  
78224 Singen/Htwl.  
Telefon: 07731/892100  
Telefax: 07731/892105

---

*Besser ist es nach meiner Meinung, gleich den Urologen zu bitten, den ERSTbefund bei Prof. Bonkhoff oder Prof. Helpap machen zu lassen, dann gibt es auch keine Probleme mit der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.*

## Anhang 2

### Das USPIO-Verfahren

#### **Anschrift:**

Prof. Dr. Jelle O. Barentsz  
Radboud Universiteit Nijmegen  
Postbus 9101 0  
6500 HB NIJMEGEN  
Niederlande  
Tel.: 0031 24 3614545  
E-Mail: [j.barentsz@rad.umcn.nl](mailto:j.barentsz@rad.umcn.nl)  
<http://www.umcn.nl/scientist/>

#### **Prof. Barentsz hat folgendes mitgeteilt:**

"Zunächst muss durch eine Biopsie gesichert werden, dass tatsächlich Prostatakrebs vorliegt. Da eine hormonale Therapie die Aussagekraft der Biopsie beeinträchtigt, wird empfohlen, ggf. hiermit bis nach der Untersuchung zu warten. Auch die Biopsie kann auf Wunsch bei uns in Nijmegen durchgeführt werden. Nach Vorliegen der erforderlichen Daten (Ausgangs-PSA und Gleason-Summe) wird entschieden, ob das Risiko auf eine Lymphknotenmetastasierung hoch genug ist, um eine USPIO-MRT zu rechtfertigen. Ist dieses Risiko sehr niedrig, macht die Untersuchung keinen Sinn.

**Die USPIO-MRT dient ausschließlich dem Erkennen befallener Lymphknoten. Für das Erkennen von Knochenmetastasen ist die PET/CT wahrscheinlich besser geeignet.**"

Prof. Barentsz spricht fließend deutsch.

## Anhang 3

### **Ein zorniger Ausruf eines Urologen**

*hier wiedergegeben mit dem Einverständnis dieses mir bekannten Arztes*

Immer, wenn sich Urologen und Chefärzten großer Kliniken treffen, kommt über kurz oder lang das Gespräch auf die radikale Prostatektomie – meist nach dem Motto "Wieviele Radikale habt Ihr dieses Jahr schon gemacht?" Über Komplikationen hört man nichts. Wahrscheinlich gibt es auch keine – neuen. Die alten (Impotenz, Inkontinenz, gelegentlich starker transfusionsbedürftiger Blutverlust) kennen wir – über die Häufigkeit kann nur spekuliert werden. Die veröffentlichten Zahlen stimmen nicht.

Was aber viel schlimmer ist – die Operateure diskutieren nicht über eine intelligente Auswahl der Patienten (= Indikation). Jeder versucht auf seine OP-Zahlen zu kommen – ob die Patienten von der OP profitieren, scheint leider zweitrangig zu sein.

Es ist unstrittig, dass viele Männer ein Prostatakarzinom bekommen, aber nur wenige daran sterben. Die Biologie des Prostatakarzinoms ist immer noch nicht genau erforscht – aber es gibt Fortschritte. Neben dem Gleason Score können inzwischen eine ganze Reihe von Zusatzuntersuchungen angefordert werden, um die Aggressivität des Tumors genauer einzuschätzen.

Viele Arbeiten belegen die Bedeutung des Krebsvolumens. Wenn in einer ordentlich durchgeführten Gewebeentnahme nur eine von zehn Stanzbiopsien positiv und der Zylinder beispielweise nur zu 30 % befallen ist, wird das Karzinomvolumen wohl sehr niedrig sein. Beurteilt der Experte (!!!) dann das Gewebe mit Gleason 3+3=6 und ist der Patient über 65 Jahre alt, kann man den Sinn einer "Radikalen" erheblich in Frage stellen. Zumindest sollte mit dem Patienten über die Möglichkeit einer aktiven abwartenden Strategie mit regelmäßigen Kontrollen gesprochen werden. Ich glaube nicht, dass viele Chirurgen das tun.

Andererseits werden Patienten mit sehr ungünstigen Ausgangsbefunden "radikalisiert" – z. B. bPSA 45, Gleason 5+4=9. Bei dieser Befundkonstellation liegen mit hoher Wahrscheinlichkeit Mikrometastasen vor – auch wenn das Knochenszintigramm, das Routine-CT oder auch das Cholin-PET/CT negativ sein sollte. Der Patient erfährt dann von dem Operationsergebnis vielleicht so: "Wir haben befallene Lymphknoten gefunden und alles mit der Prostata entfernt".

Alle Patienten mit befallenen Lymphknoten bekommen ein PSA-Rezidiv! Üblicherweise wird dann Casodex verordnet, weil eine von der Industrie gut vermarktete Studie die Urologen fast dazu zwingt. Die Androgen-Deprivation mit drei Medikamenten (ADT) über 12 oder 16 Monate im Sinne einer intermittierenden Androgenblockade wird nicht diskutiert.

Die genaue Bestimmung des Status (Wieviel Krebs ist vorhanden? Wie aggressiv ist die einzelne Krebszelle?) unter Einbeziehung moderner bildgebender

Verfahren und der Einsatz möglichst vieler Algorithmen (Kattan, Partin und andere) können dann die Frage "lokal begrenztes Karzinom oder systemische Erkrankung?" sehr genau beantworten. Natürlich geht es um Wahrscheinlichkeitsberechnungen. Manche Patienten glauben wirklich, sie gehören zu den drei von hundert, die durch eine Operation geheilt werden können.

Ob die auch in ein Flugzeug steigen würden, wenn wahrscheinlich nur drei von 100 sicher landen??

"Wenn wir auch nicht alles entfernt haben – den größten Teil haben wir erwischt." Vielen von Ihnen werden wohl die Ohren klingeln. Das Zauberwort "Tumormassenreduktion". Na sicher wollen wir das. Aber warum ausgerechnet mit der im wahrsten Sinne des Wortes einschneidenden Maßnahme? Gelingt Tumormassenreduktion nicht auch mit einer ADT3 ± Ketokonazol oder niedrigdosierter Chemotherapie ± konsolidierender Strahlentherapie von Prostata ± Lymphknoten? Die lokale Therapie bei ganz offensichtlich systemischer Erkrankung hat den großen Nachteil, dass die systemische Therapie oft Monate verzögert wird. In dieser Zeit können Mikrometastasen munter weiter wachsen und mutieren. Wertvolle Zeit geht verloren.

Für alle Situationen, in denen nicht klar ist, ob eine lokale oder systemische Erkrankung vorliegt, bietet sich als biologischer Stresstest die ADT3 an. Patienten die innerhalb von 3-4 Monaten einen PSA-Wert von 0,05 ng/ml oder kleiner erreichen, haben eine lokale Erkrankung. Die überragende Bedeutung des PSA-Tiefstwertes (= Nadir) hat sich leider noch nicht herumgesprochen. Das gilt nicht nur für die Hormontherapie: Wenn nach einer "Radikalen" der erste PSA-Wert z. B. 0,01 ng/ml ist, kommt es so gut wie nie zu einem PSA-Rezidiv. Das heißt die Erkrankung war lokal. Das gilt genauso für die Strahlentherapie, Seeds, HIFU, Kryotherapie etc.

Ich habe nicht den geringsten Zweifel, dass die überwiegende Mehrzahl der Operateure ihr Handwerk beherrscht. Nochmal: Es geht um die richtige Auswahl der Patienten. Viele Krankenhäuser sind in den roten Zahlen. Da werden keine vom Urologen eingewiesenen Patienten wieder nach Hause geschickt. Das würde auch den Zuweiser erheblich verärgern, weil dadurch seine Kompetenz in Frage gestellt wird.

Sollte nicht die Gesundheit des Patienten im Mittelpunkt stehen?

Der Patient erkennt meistens zu spät, dass irgend etwas nicht stimmt – stellt aber nur selten seine und die Entscheidung des Operateurs in Frage, weil er glaubt, es hätte keine Alternative gegeben.

Es gibt Alternativen: Umstellung der Ernährung, Sport, Stressabbau, kontrolliertes Zuwarten bei niedrigem Risiko – Androgenentzug, Strahlentherapie, Seeds, und eine intelligente Kombination von Medikamenten bei mittlerem und hohem Risiko. Die "Radikale" hat ihre Berechtigung und wird bleiben. Aber ich fürchte, die Herren Chefärzte werden sich in Zukunft am Stammtisch über wesentlich weniger "Radikale" unterhalten müssen.