

**Urologe Dr. Frank Eichhorn schrieb zum Jahreswechsel 2004/2005 am 31.12.2004:**

Liebes Forum !

Die Tage rund um den Jahreswechsel laden dazu ein sich einmal ein paar grundsätzliche Gedanken zu machen – über das vergangene Jahr – über das neue Jahr.

Der Bundesverband hat sich erstaunlich gut entwickelt – das zeigen die Mitgliederzahlen - das zeigen die Fortbildungsveranstaltungen und auch die Beiträge im Forum. Der Vorstand, allen voran Wolfgang Petter, hat ein großartiges organisatorisches Geschick bewiesen und ist dabei die selbgesteckten Ziele umzusetzen. Dazu gehört auch die Schulung der Gruppenleiter, an der ich mich gerne beteiligen werde.

Aber, es gibt noch viel zu tun – auf allen Seiten: Patienten , Ärzte, Angehörige, Institutionen und Verbände – wir alle Miteinander müssen offen und lernfähig bleiben.

Ich möchte im folgenden einige Themen aufgreifen die mir aus der Praxis heraus besonders wichtig erscheinen:

### **1. Vorsorge**

Ich kann die Diskussion um die Sinnhaftigkeit einer Vorsorgeuntersuchung zum Prostatakrebs nicht nachvollziehen. Ohne irgendwelche Studien zu zitieren oder auf diese näher einzugehen nur folgender einfacher Gedankengang – und der gilt für alle bösartigen Erkrankungen: Wenn es gelingt, durch geeignete Vorsorgeuntersuchungen ein Karzinom früh zu erkennen, ist eine Heilung möglich – wenn nicht – nicht! Und da spielt nun mal das PSA eine herausragende Rolle. Der Reflex "PSA – zu – hoch; Biopsie; radikale Prostatektomie", wie im ZDF neulich dargestellt, ist natürlich Unsinn; aber genauso schlimm wäre es, auf den PSA-Test ganz zu verzichten.

Es gibt eine genetische Belastung: alle Männer mit PCA sollten mit ihren Söhnen und Töchtern (Brustkrebs!) reden und sie zur Vorsorgeuntersuchung ermuntern. Zur Vorsorge gehört auch ein vernünftiger Lebensstil: fettreduzierte Ernährung (Gewicht ca. Körpergröße minus 100 in kg) ausreichend Bewegung, keine Zigaretten, wenig Alkohol, ausreichend Schlaf. Wenn diese wenigen Regeln eingehalten werden, ist unser Gesundheitswesen von heute auf morgen saniert !!

Welche Vitamine oder Nahrungsmittelergänzungen in welcher Dosierung dann noch eingenommen werden, ist zweitrangig.

### **2. Stadiengerechte Therapie**

Hier liegt noch vieles im Argen. Ich erinnere an den jedem Studenten der Medizin bekannten Leitsatz: "Das lokal begrenzte Prostatakarzinom sollte lokal, das systemische systemisch behandelt werden".

Dr. Strum hat sich bei seinen Vorträgen in Hannover und München redlich bemüht zu erklären, wie man heute mit Hilfe geeigneter Algorithmen diese Frage erstaunlich genau beantworten kann. In Zweifelsfällen gibt es moderne Untersuchungstechniken (Cholin-PET CT; erMRI mit Spektroskopie oder die USPIO), mit denen Unklarheiten zur Samenblasen-, Kapsel oder Lymphknotenbeteiligung geklärt werden können.

Da ich Patienten aus ganz Deutschland sehe, weiß ich, dass fast überall immer noch auch dann operiert wird, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine systemische Erkrankung vorliegt. Anschließend wird dann bestrahlt, dann Hormontherapie, dann Chemotherapie.

Da sollte dringend ein Umdenken stattfinden. Natürlich kann man bei fortgeschrittenen Karzinomen lokale mit systemischen Behandlungen kombinieren – aber bitte in der richtigen Reihenfolge: zuerst die systemische Therapie (auch ein biologischer Stresstest, der die besonderen Eigenschaften des Karzinoms offenlegt), dann die lokale Therapie für den Resttumor im Sinne einer Konsolidierung.

### **3. Frühzeitige Chemotherapie**

Die Chemotherapie ist leider für viele Patienten (und Ärzte) ein Horrorszenario – zu Unrecht. Ich habe in den letzten fünf Jahren in meiner Praxis sehr viele Chemotherapie-Behandlungen durchgeführt. Oft haben wir Dr. Strum in die Behandlung mit einbezogen und so die Meinung eines erfahrenen Experten einholen können. Hier meine Erfahrungen:

Meistens wird viel zu spät mit einer Chemotherapie begonnen. Viele Patienten sind uneinsichtig, weil sie keinerlei Beschwerden haben. Als betreuender Arzt sehe ich diese Situation vergleichbar mit einer Schlauchbootfahrt auf einem sanft dahinplätschernden Fluss, der aber zu einem lebensgefährlichen Wasserfall führt.

Wann sollte spätestens mit einer Chemotherapie begonnen werden ?

Wenn ein androgenunabhängiges Prostatakarzinom vorliegt!!! Ganz moderne Konzepte verfolgen eine Behandlungsstrategie, bei der noch früher mit einer Chemotherapie begonnen wird; z. B. neoadjuvant vor einer Operation, adjuvant nach einer Operation oder als kombinierte Chemo-Hormon-Therapie bei einer primär systemischen Erkrankung, wenn klar ist dass es sich um Hochrisikopatienten handelt . Dieses Konzept wird übrigens bei Brustkrebspatientinnen schon lange erfolgreich angewandt.

Wie wird das androgen-unabhängige Prostatakarzinom diagnostiziert ?

Drei ansteigende PSA-Werte im Abstand von vier Wochen bei Testosteron < 0,2 ng/ml!!!

Man sollte immer mit einem Behandlungsschema beginnen, das sich bewährt hat – für mich meistens Taxotere in Kombination mit hochdosiertem Rocaltol (Ausnahme: Karzinome mit einem kleinzelligen Anteil. Wenn die PSA-Werte niedrig sind, kann man auch als erstes einen Behandlungsversuch mit Ketokonazol und Hydrocortison machen. Dr. Strum und Dr. Scholz haben die Erfahrung gemacht, dass Ketokonazol bei hohen PSA-Werten (z. B. 50 oder 100 ng/ml) meistens nicht greift.

Es ist schwer eine Hitliste von den "Besten" Medikamenten zu definieren. Die Patienten sprechen sehr unterschiedlich auf die zur Verfügung stehenden Präparate an. Das liegt an den individuellen genetischen Eigenschaften des Karzinoms.

Ein Vergleich mit Bakterien macht das vielleicht klar: Bei einer Blasenentzündung lässt sich in aller Regel der verursachende Keim identifizieren und ein Antibiotogramm anfertigen. Daraus ist dann abzulesen, welches Antibiotikum zur Therapie geeignet ist und welches nicht (es gibt immer Bakterien die gegen einige Antibiotika resistent sind).

Es wäre wünschenswert, ein ähnliches Verfahren in der Onkologie zur Verfügung zu haben, um sozusagen im Labor austesten zu können, welche Chemotherapie bei welchem Patienten wirkt. Dazu gibt es wissenschaftliche Ansätze, die aber für die Praxis noch nicht geeignet sind (zumindest beim Prostatakarzinom).

Also bleibt nur das "Ausprobieren". Wir sind immer wieder erstaunt, wie oft sich durch einen Wechsel des Behandlungsschemas doch noch eine lang anhaltende Remission einleiten lässt. Neben Taxotere verwenden wir immer wieder auch Östrogene, Epirubicin, Novantron, Ketokonazol oder auch 5FU, Endoxan und Velbe. Zur Kombination mit

Taxotere eignen sich Carboplatin, Gleevec, Thalidomid und Rocaltrol – aber auch Somatuline (Schema nach Koutsilieris). Die große Überraschung 2004 war für uns die hochdosierte Testosterontherapie – wir haben einige Patienten damit in die Vollremission bringen können.

Exkurs: Bestrahlung von Knochenmetastasen

Die Heilung von Knochenmetastasen durch Bestrahlung ist leider eine Illusion. Eine großflächige Bestrahlung zerstört das Knochenmark und damit das blutbildende System. Dadurch können Komplikationen einer Chemotherapie schwerer und häufiger werden. Mit einem länger anhaltenden PSA-Abfall ist nicht zu rechnen. Übrigens – das Knochenscintigramm zeigt Stoffwechselfvorgänge im Knochen – keine Metastasen. Ich habe den Eindruck, dass oft sogenannte hot spots als Metastasen fehlgedeutet werden - insbesondere unter einer Zometa-Therapie - aber eher stoffwechselaktive Reparaturvorgänge darstellen.

#### **4. Ärzte sind nicht immer lieb**

Viele Prostatakrebs-Patienten – vor allem gut informierte BPS-Mitglieder – fühlen sich von Ihrem Urologen schlecht betreut. Warum? Nun – Urologen sind von der Ausbildung her Chirurgen und keine Onkologen. Es gibt Kollegen, die sich zum Beispiel auf das Thema gutartige Prostataerkrankung (BPH), Sexualmedizin, Kinderurologie, Inkontinenz, oder Steinerkrankungen spezialisieren. In vielen Praxen spielt das Thema Prostatakrebs eine eher untergeordnete Rolle. Außerdem haben Prostatakrebspatienten in aller Regel einen großen Beratungsbedarf – sind also extrem zeitintensiv. Leider wird die Beratung von den gesetzlichen Kassen nicht kostendeckend vergütet (ca. 30 Euro in 3 Monaten – unabhängig von der Beratungsdauer).

Ein Tipp: Sprechen Sie diese Dinge bei Ihrem Urologen offen an und bieten Sie eine Extrabezahlung der Beratungszeit an. Sie werden erleben, dass sich dadurch das Gesprächsklima drastisch verbessert, weil Sie zu erkennen geben, dass Sie auch über Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen gut informiert sind.

Hinzu kommt die Budgetierung. Das bedeutet, dass viele Kollegen zum Ende des Quartals, wenn das Budget ausgeschöpft ist, für die Behandlung von Kassenpatienten kein Geld mehr bekommen, also nur noch Kosten produzieren. Als Krönung des Ganzen müssen wir auch noch mit dem Damoklesschwert "Regress" leben – das bedeutet, dass wir (nicht die Patienten) von den Krankenkassen eine sehr hohe Rechnung bekommen können, wenn wir Medikamente auf Kasse verordnen, die für die entsprechende Indikation in Deutschland nicht zugelassen sind (z. B. Östrogene; Bisphosphonate; Casodex und Proscar im Rahmen einer ADT3, Rocaltrol, Gleevec, Carboplatin etc.).

#### **5. Auch Patienten sind nicht immer lieb**

Wir unterstützen die Selbsthilfegruppen, weil wir von Dr. Strums Konzept des "empowerment" (heißt so viel wie Ermächtigung – gemeint ist Wissen vermitteln zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses) überzeugt sind. Für mich ist dieser Ansatz nichts anderes als die konsequente Übertragung der Ideen von Ralph Nader – ein berühmter Verbraucherschützer – auf die Belange von Prostatakrebspatienten. Die Konsumentenbewegung hat viel erreicht (Beispiel Stiftung Warentest). Auch der BPS hat jetzt schon einiges bewegt und kann in Zukunft sicher noch mehr Einfluss - auch auf die Politik - gewinnen.

Im Internetzeitalter ist die Informationsbeschaffung kein Problem mehr – wohl aber die Informationsverarbeitung und -bewertung. Dazu brauchen Sie professionelle Hilfe – in den Selbsthilfegruppen und von Ihrem Arzt. Das ist sicher nicht einfach und sehr zeitaufwendig – aber der gut informierte Patient lebt länger – das ist in wissenschaftlichen

Studien belegt.

Mit der Zeit können Sie selbst zum Berater werden und sich dadurch einen sehr befriedigenden Tätigkeitsbereich eröffnen, neue Bekanntschaften und Freundschaften schließen.

Es gibt aber viele Patienten die von diesem Konzept nichts wissen wollen. Sie lehnen es rundweg ab, sich einer Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen (83 %!!), oder gehen nach Diagnosestellung wieder zu ihrem Hausarzt, Heilpraktiker, Nachbarn und lassen sich dort beraten. Da könnte man jetzt Dr. Bob Leibowitz zitieren "Jeder Mann hat das Recht auf seine eigene – falsche – Meinung".

Es ist lebensgefährlich, sich der Meinung von Freunden, Bekannten aber auch Ärzten anzuschließen, die keine Erfahrung mit Prostatakrebs haben. Fragen Sie doch bitte nach: "Wie viele Patienten mit meiner Erkrankung behandeln Sie im Jahr? Zeigen Sie mir doch bitte Studienergebnisse zu Ihrer Behandlungsmethode – z. B. Hyperthermie, Galvanotherapie, Ukrain, Misteltherapie bei Prostatakrebspatienten (nicht Brustkrebs, Darmkrebs etc.)". Lernen Sie zu unterscheiden, was eine gute und was eine schlechte Studie ist (wer hat die Studie gemacht? Fallzahl? Fragestellung?).

Für den Urologen ist es sehr schwer bis unmöglich, einen Patienten weiter zu betreuen, der grundsätzlich das Gegenteil von dem macht, was man ihm rät und nur noch zu PSA-Kontrollen kommt oder um Hilfe bittet, wenn es zu spät ist.

Dann gibt es noch die "Schnäppchenjäger" – ganz dem Trend der Zeit entsprechend suchen sie ständig nach "Billigangeboten", nach Ärzten, die per Telefon oder Email umsonst beraten – nach gutmütigen Forumslesern, die ihre zum Teil mühsam erworbenen Kenntnisse selbstlos weitergeben – nach Billigmedikamenten im Internet.

Die Politik jubelt zum Jahresende über die Erfolge der Gesundheitsreform – über Einsparungen, die zur Reduzierung von Kassenbeiträgen und Lohnnebenkosten führen sollen. Nur Horst Seehofer hat erkannt, dass dieser Sieg ein Pyrrhussieg ist, wenn die Versorgungsqualität sinkt. Genau das ist nach meiner Einschätzung 2004 passiert.

Wir sollten uns für das neue Jahr überlegen, ob wir nicht wieder etwas mehr Bereitschaft zeigen, für mehr Qualität auch mehr zu bezahlen. Billigflieger werden auf Dauer keine ausreichenden Sicherheitsstandards bieten können – Billigärzte auch nicht !!

In diesem Sinne

Guten Rutsch, Gesundheit, ein niedriges PSA und viel Glück im neuen Jahr

Dr. F. Eichhorn