

Interview Transkript mit PD Dr. med. Dirk Böhmer, Stellvertretender Klinikdirektor und Leitender Oberarzt Klinik f. Radioonkologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Blue Ribbon: Ich freue mich sehr, Sie für das Thema Strahlentherapie als Gesprächspartner gewonnen zu haben. Sagen Sie gerne inwiefern Sie auch zu anderen Bereichen im Rahmen von Prostatakrebs beitragen möchten.

Dr. Böhmer: Ich kenne einige Aspekte der Diagnostik und Therapie. In der Diagnostik werden beispielsweise zwei verschiedene Arten der Ultraschalluntersuchung eingesetzt. Zum einen der Ultraschall der Prostata durch den Enddarm zur Bestimmung der Größe, etc. Die zweite Form ist der Ultraschall von außen, bei dem z. B. eine Restharnbestimmung durchgeführt wird, aber auch die Nieren untersucht werden können.

In der Strahlentherapie wird diese Untersuchungstechnik des transrektalen Ultraschalls auch verwendet. Ein schmaler Ultraschallstab wird in den After eingeführt, um die Prostata zu beurteilen. Der Bereich der Haut am Damm lässt sich sehr leicht desinfizieren. Dadurch erreicht man, dass nur ein geringes Risiko für eine Entzündung entsteht. Danach erfolgt eine lokale Betäubung. Das ist im Grunde wie beim Zahnarzt. Es gibt einen ganz kleinen Piek an der Haut im Dammbereich. Durch das eingespritzte Betäubungsmittel wird das Gewebe rasch unempfindlich. Anschließend legen wir in die Prostata kleine Goldfäden ein. Jeweils zwei in die linke und rechte Seite der Prostata. Die Fäden aus reinem Gold sind sehr dicht und lassen sich dadurch zum Beispiel im Röntgen sehr leicht identifizieren. Jeden Tag vor der Bestrahlung wird die Position des Patienten überprüft, indem man ein CT durchführt und es mit der Soll-Position des Patienten vergleicht. Wenn sich eine Abweichung zeigt, wird die Position des Patienten korrigiert und dann erst wird bestrahlt. An jedem Tag einer Serienbehandlung, wird also die Bestrahlung ganz präzise auf diese Goldfäden und somit die Prostata ausgerichtet. Diese Prozedur findet täglich statt und nennt sich "bildgeführte Bestrahlung" oder IGRT (Image Guided Radiotherapie). Die Implantation der Goldmarker ist nicht bei jedem Patienten möglich. Z. B. bei postoperativen Patienten, bei denen die Prostata entfernt wurde, kann man natürlich keine Goldmarker einbringen. Das gilt also nur für die Patienten, die eine primäre Bestrahlung bekommen.

Blue Ribbon: Und bei weiteren Aspekten der Diagnostik sind Sie da auch die richtigen ASP?

Dr. Böhmer: Nein, das ist klar die Domäne der Urologie. Der Ultraschall spielt ja in der Diagnostik des Prostatakarzinoms keine wesentliche Rolle. Hier ist das multiparametrische MRT (mpMRT) viel besser, was die Genauigkeit der Aussage betrifft, ob ein Tumor vorliegt oder nicht. Und mit Hilfe des mpMRT werden dann gezielt Gewebeproben aus der Prostata entnommen. Das Ultraschallbild der Prostata wird dann mit dem mpMRT im Computer fusioniert, also übereinander gelegt und dann kann man genau aus der krebsverdächtigen Region im MRT eine gezielte Probe durch den transrektalen Ultraschallkopf oder durch den Damm entnehmen. Dabei wird häufig eine Kombination aus gezielten Biopsien und systematischen Biopsien, also über die ganze Prostata verteilte Probenentnahmen, angewendet, um eine möglichst genaue Einschätzung der Krebsausdehnung zu erreichen.

Blue Ribbon: Ok, dann gehen wir inhaltlich erstmal direkt in die Bestrahlung rein. Wann wählt man denn Bestrahlung als Therapie? Wann ist das indiziert?

Dr. Böhmer: Das ist eine schwierige Frage, die aus verschiedenen Perspektiven (Urologie und Strahlentherapie) oft unterschiedlich beantwortet wird. Die Wahl der Therapie ist abhängig von den Risikofaktoren, also PSA Wert, dem feingeweblichen Typ des Krebses (so genannter Gleason-Score)

und der Größe des Krebses in der Prostata. Die Summe dieser Werte erlauben eine Einschätzung der Höhe des Rückfallrisikos nach einer Therapie. Die Datenlage ist aktuell so, dass die Wahrscheinlichkeit einer Heilung in allen Stadien des Prostatakrebses mit der Bestrahlung und der Operation gleich hoch ist. Bei Patienten mit höherem Risiko, z. B. den weit fortgeschrittenen Tumoren, ist die Operation alleine mit einem hohen Rückfallrisiko behaftet. Deswegen wird dann die sogenannte multimodale Therapie angesetzt. Das heißt man operiert in dem Wissen, dass wahrscheinlich der Patient zusätzlich noch eine Strahlentherapie und gegebenenfalls zusätzlich noch eine Hormontherapie braucht. Also verschiedene Modi der Therapie. Im gleichen Fall würde auch die Strahlentherapie kombiniert werden, und zwar mit einer zusätzlichen Hormontherapie. Damit sind dann die Ergebnisse auch optimal.

Was den Therapievergleich angeht, gibt es nur eine abgeschlossene randomisierte Studie aus England, welche drei Gruppen miteinander verglichen hat, die Operation, die Bestrahlung und eine dritte Gruppe, in der die Patienten keine Therapie erhielten, die ProtecT Studie. Eingeschlossen wurden Patienten mit niedrigem und mittlerem Rückfallrisiko. Wir wissen, dass bei niedrigem Risiko nicht unbedingt eine Therapie notwendig ist; wo sowohl die Operation, als auch die Bestrahlung eine Überbehandlung darstellt. Dies betrifft Patienten mit sehr günstigen Risikofaktoren (also niedriger PSA Wert, niedriger Gleason Wert, kleiner Tumor und wenige Stanzbiopsien befallen). Diese Patienten benötigen zunächst gar keine Behandlung. Nach dieser Studie ist klar geworden, dass die Patienten mit günstigen Faktoren also genau so lange leben wie die operierten oder bestrahlten Patienten. Und darum geht es ja eigentlich auch bei der Aufklärung bei Prostatakrebs. Muss man überhaupt eine Therapie machen?

Blue Ribbon: Würden Sie sagen, dass dies eher bei älteren Patienten zutrifft?

Dr. Böhmer: Was das abwartende Verhalten bei günstigen Risikofaktoren betrifft haben Sie recht. Die Frage lässt sich schwieriger beantworten, wenn ein mittleres Risiko vorliegt. Da handeln viele KollegInnen ein wenig aus dem Bauch heraus und vielleicht begründet darauf, was sie von Ihren Altvorderen gelernt haben. Natürlich neigt man bei einem jüngeren Mann immer dazu, eine aktive Therapie zu empfehlen, da er ja eine sehr lange Lebenserwartung hat. Dann hieß es früher oft: ‚Ein junger Patient sollte besser operiert werden.‘ Tatsächlich gibt es keine zweifelsfreien Belege, dafür, ob jüngere Patienten bessere Ergebnisse haben, wenn sie operiert werden oder wenn sie bestrahlt werden. Oder ob sie bei günstigen Risikofaktoren überhaupt nicht behandelt werden. Im Gegenteil. Die Langzeitdaten von diesem ‚Aktive Überwachung‘ genannten und auch als ‚Active Surveillance‘ bezeichneten Vorgehen zeigen keinen Nachteil hinsichtlich des Überlebens. Also heißt das grundsätzlich, das auch einem 55 oder 60 Jährigen diese Active Surveillance Strategie geraten werden kann.

Blue Ribbon: Wahrscheinlich eher verbunden mit der Sorge, dass man den Moment verpasst, wo man doch aktiv werden muss.

Dr. Böhmer: Das Gute an der Active Surveillance Strategie ist, man schickt die Patienten nicht nach Hause und sagt kommen Sie wieder, wenn Sie Beschwerden haben. Sondern es wird alle drei Monate regelmäßig ein PSA Wert bestimmt und innerhalb von sechs bis zwölf Monaten wird empfohlen eine erneute Biopsie zu machen. Das heißt: man überprüft noch einmal: ist der Krebs, den wir da entdeckt haben, der bei der Erstdiagnose sehr günstige Faktoren hatte, unverändert vorhanden, oder ist er vielleicht aggressiver geworden. Zur Infragestellung der aktiven Überwachung gibt es mehrere Regeln. Also wenn der PSA schnell oder über einen bestimmten Wert ansteigt, entsteht die Empfehlung, das aktive Überwachen in eine aktive Therapie zu überführen, weil der Tumor anscheinend doch aktiver oder aggressiver ist, als man gedacht hat.

Wenn das aber nicht so ist: also wenn der PSA-Wert nur sehr langsam steigt (eine normale Situation, wenn keine Therapie erfolgt, denn der Krebs wächst meist langsam), dann kann die aktive Überwachung problemlos fortgesetzt werden. Auch die Größe der Prostata ist hier zu berücksichtigen. Patienten mit einer kleiner Prostata haben auch ohne Prostatakrebs einen niedrigeren PSA Wert als solche mit einer großen Prostata (mehr gesunde Zellen produzieren jeweils eine geringe Menge PSA, also höherer Gesamtwert). Ein weiterer Grund, warum man dann diese erneute Probe entnimmt ist, dass man weiß, dass man tatsächlich durch jede systematische Biopsie, auch durch die Zielbiopsie kleine Krebsherde verfehlen kann. Häufig wird vor der erneuten Probeentnahme nochmal ein MRT durchgeführt, um festzustellen, ob sich der Krebs in Größe und Form geändert hat. Wenn dann bestätigt wird, dass alle Faktoren weiterhin günstig sind, kann man sehr guten Gewissens diese Active Surveillance Strategie weiter fortsetzen. Als Nebeneffekt dient die zweite Probenentnahme auch der Beruhigung des Patienten.

Sollte es anders kommen und die Werte sich verschlechtern, so hat ein offenes Gespräch mit dem Patienten oberste Wichtigkeit. Die Nachricht, dass sich der Krebs doch nicht so ruhig verhalten hat, wie wir gehofft haben, hat dann nämlich für den Patienten die Folge, dass die Aktive Überwachung verlassen und in eine aktive Therapie überführt wird. Wir haben aus der ProtecT-Studie gelernt, dass ungünstige Risikofaktoren ein zunehmendes Risiko für das Auftreten von Fernmetastasen zur Folge haben. Diese Unterschiede waren signifikant, dass heißt nicht zufällig, sondern durch den Krebs bedingt.

Blue Ribbon: Irgendwer muss ja dann die Entscheidung treffen: wird operiert oder bestrahlt? Sie deuteten an, manchmal ist es etwas politisch. Aber gibt es auch Dinge, die eindeutig darauf hinweisen, jetzt ist das Eine oder das Andere besser?

Dr. Böhmer: Diese Entscheidungen sind von Patient zu Patient unterschiedlich. Ich gebe Ihnen ein Beispiel. Einen 59-jährigen Patienten mit Prostatakrebs, der in seinem Leben viel geraucht hat und Herzinfarkte und Diabetes hat und ein schwerkranker Mann ist, wird man eher nicht operieren, sondern vorrangig bestrahlen, weil man weiß, dass die Operation selbst, aber auch die Narkose usw. ein erhöhtes Risiko bedeutet, schwere Nebenwirkungen durch die Operation oder die Narkose zu erleiden. Andersherum: ein 80-jähriger, der im letzten Jahr den Berlin Marathon gelaufen ist und topfit ist und von der Biologie aussieht, wie ein 65-jähriger, den würde man ebenso operieren wie bestrahlen.

Ich will damit sagen, die Strahlentherapie ist auch bei sonst schwer kranken Menschen möglich und dann mit geringeren schweren Nebenwirkungen verbunden. Was die Operationsfolgen betrifft, so kehren sich ab dem 70.-75. Lebensjahr die Risiken und Nebenwirkungen im Vergleich zum Nutzen um. Die Nachteile sind dann größer als der Nutzen; hier ist insbesondere die Inkontinenz ein wichtiger Aspekt. Wenn also ein alter Patient, der auch gewisse Nebenerkrankungen hat und vielleicht schon eine leichte Inkontinenz hat, eine Strahlentherapie erhält, wird dies die Kontinenzlage weniger verschlechtern als die Operation.

Es gibt nicht eine klare Grenze, das man sagt ab 70 wird nicht mehr operiert. Natürlich wird auch ein fitter 80-jähriger noch operiert. Das ist immer vom individuellen Fall des Patienten abhängig. Um so kranker der Patient ist, desto mehr würde man bei einer Operation zurückhaltend sein. Das heißt aber nicht, dass nur die kranken Männer bestrahlt werden. Sondern wenn es im typischen Alter zwischen 65 und 75 die Option gibt operiert oder bestrahlt zu werden, kann man beides als gleichwertig betrachten. In der ProtecT-Studie aus England war die Chance einer Krebskontrolle des Tumors bei der bestrahlten und der operierten Gruppe gleich. Dies ist also für Patienten mit günstigen oder mittleren Risikofaktoren nachgewiesen.

Der wichtige Aspekt für alle Prostatakrebspatienten ist die Verfügbarkeit aller Informationen und eine Aufklärung durch den Operateur und den Strahlentherapeuten. Wenn also ein Patient ein mittleres

Risikoprofil hat (z.B. PSA-Wert 12,0 ng/ml Gleason 3+4), sind sich alle einig, dass eine Therapie notwendig ist. Das Therapiekonzept muss dann in einer interdisziplinären Prostatakrebskonferenz besprochen werden. Dabei sitzen SpezialistInnen von allen Fächern, die mit Prostatakrebs befasst sind, wie Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Urologie und Radioonkologie, zusammen und überlegen sich für den individuellen Patienten die bestmögliche Therapie. Und die Empfehlung würde für den oben genannten Patienten heißen: „Es besteht die Indikation zu einer definitiven Therapie. Hier stehen die radikale Prostata Entfernung mit Lymphknotenentfernung oder eine definitive Strahlentherapie zur Verfügung.“ Diese Empfehlungen stehen gleichwertig nebeneinander.

Anschließend kommt der entscheidende Punkt, nämlich wie der Patient seine Erkrankung therapiert haben möchte. Ich habe beispielsweise mit einem Patienten gesprochen, der sagte: „Wissen Sie, ich kann keine Nacht mehr schlafen, seit ich weiß, dass ich Prostatakrebs hab, und ich will dass dieser Krebs aus meinem Körper entfernt wird. Erst dann kann ich wieder ruhig schlafen.“ Kann man gut verstehen. Manche Menschen können mit dieser Vorstellung ‚der Krebs ist in meinem Körper‘, nicht leben. Für diese ist die Operation wahrscheinlich die richtige Entscheidung. Ein solcher Patient würde nicht glücklich mit einer Strahlentherapie. Andererseits gibt es auch umgekehrt die Patienten, die sagen. „Ich schlafe jede Nacht gut und ich habe den Eindruck bei der Operation könnte eine Inkontinenz drohen. Wenn möglich, möchte ich die Chance auf geringere Nebenwirkung dieser Art. Ich lasse mich bestrahlen.“ Es kommt also vorrangig auf Patienten-individuelle Faktoren an, deren Wichtigkeit von Patient zu Patient variieren kann. Die ÄrztInnen können oft nicht einschätzen, wie der Patient denkt oder fühlt. Es gibt Patienten, die kommen zu mir. „Ich hab schon seit Jahren ein bisschen Inkontinenz. Wenn ich dann ein zwei Vorlagen am Tag brauche, das stört mich nicht. Ich lass mich operieren.“ Häufig sagen Berufstätige: „Die schlimmste vorstellbare Situation für mich wäre, wenn ich in irgendeiner Besprechung bin und es riecht auf einmal, weil ich ein paar Tröpfchen verloren habe. Das geht überhaupt nicht.“ Auf diese Weise entscheiden Patienten, die eine umfassende Aufklärung erhalten haben, welche Nebenwirkungen sie bereit sind zu akzeptieren und welche nicht. Eine gute Aufklärung bedeutet also, die Methoden die verfügbar sind, mit allen Vor- und Nachteilen klar und offen zu kommunizieren.

Blue Ribbon: Spannend, das wäre jetzt auch meine Frage gewesen, ob ein Patient da im Zweifel auch mitsprechen kann. Manchmal gibt es ja auch Ängste vor einer Operation.

Dr. Böhmer: Das ist richtig, aber hier ist wichtig zu verstehen: Nach Sichtung aller Unterlagen und Bilder und der Vorgeschichte des Patienten sagt der Operateur: „Ja, sieht super aus, kann ich gut operieren. Klappt toll, wird eine gute Operation.“ Das gleiche kommt auch von der Strahlentherapie: „Wird ne tolle Strahlentherapie. Er hat keine Nebenerkrankungen, also wird es wenig Nebenwirkungen geben.“ Das ist für den Patienten nicht hilfreich. Es ist natürlich wichtig, dass man über alles spricht. Aber letztendlich sind es die Eigenheiten der Patienten, die den Ausschlag geben, als die subjektiven Einschätzungen von OperateurIn oder StrahlentherapeutIn.

Ich geb Ihnen auch da mal ein Beispiel. Das ist jetzt bestimmt schon ein paar Jahre her. Da kam ein Patient und sagte: „Ich bin noch unentschieden. Ich hab auch mit dem Urologen gesprochen. Ich weiß es nicht. Erzählen Sie doch mal.“ Und dann hab ich mit ihm über verschiedene Aspekte der Strahlentherapie geredet. Und plötzlich sagte der: „Sie können aufhören, mir das weiter zu erklären, ich lass mich bestrahlen.“ Da war ich natürlich neugierig und hab gefragt: „Sagen sie mal, was hab ich denn jetzt gesagt, dass Sie so plötzlich...“ „Das ist im Prinzip ganz einfach. Meine Ehefrau, für die ist die Sexualität so unglaublich wichtig, - für mich zwar auch, aber nicht so - dass ich Angst habe sie verlässt mich, wenn ich nicht potent bleibe. Und wenn Sie mir sagen, und das hat der Urologe auch gesagt, es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Impotenz durch die Operation und wenn Sie mir ein besseres Ergebnis verschaffen, dann sind mir alle anderen Nebenwirkungen egal, dann entscheide ich mich für die Strahlentherapie.“

Und das ist dann für mich ein Augenöffner. Wo ich denke: Schau an, es kommt gar nicht immer so darauf an, dass man sagt: so uns so viel Prozent Risiko hier und dort. Oft sind es solche einfachen individuellen Dinge, die wir als Behandler gar nicht so sehr in den Vordergrund stellen von medizinischer Seite; wir versuchen ja offen und ausgewogen aufzuklären. Sondern es sind dann solche individuellen Fakten, warum sie dann sagen: „Diese Therapie können Sie vergessen.“

Übrigens hatte ich einen ähnlichen Fall kurze Zeit später, wo der Patient mich unterbrochen hat und gesagt hat. „Sie können aufhören zu reden, ich lasse mich operieren.“ Und da habe ich natürlich auch sofort gefragt: „Was habe ich denn jetzt gesagt, dass Sie sich jetzt so vehement für die Operation entscheiden?“ Und da sagt er: „Das können Sie vielleicht nicht verstehen, aber sie haben mir erzählt, es kann bei der Strahlentherapie in seltenen Fällen zu einer chronischen Darmschleimhautentzündung mit Blutabgängen kommen.“ Das stimmt, das Risiko ist zwar gering. Das erzähle ich auch jedem Patienten. Und dann sagte er zu mir: „Für mich ist Zeit meines Lebens wichtig, normalen Stuhlgang zu haben. Wenn das Risiko besteht, dass sich das dadurch verändert und ich sogar bluten könnte, dann ist das für mich eine Therapie, die ich niemals machen würde.“

Und dann habe ich auch bemerkt. Mensch, das ist so ein Aspekt, da wäre ich nie drauf gekommen, so eine wichtige Entscheidung wie Krebsbehandlung an so etwas festzumachen. Aber es ist so, wie es ist und Menschen sind eben so. Letztendlich ist der aufgeklärte Patient das Entscheidende. Strahlentherapie oder Operation, die optimale Situation ist die gemeinsame Aufklärung von Urologen und Strahlentherapeuten. Auch das Internet ist ein wichtiger Faktor geworden, weil alle Informationen zu allen Therapien dort verfügbar sind. Die Situation, dass Patienten nur dann zur Strahlentherapie kamen, wenn sie von der Urologie geschickt wurden, passiert heute nicht mehr. In der Regel ist die Zweitmeinung Standard und sollte es auch sein.

Blue Ribbon: Prostatakrebs ist ja auch sehr individuell in der Art, wie man es behandeln kann und damit umgeht. Wenn dann natürlich auch noch diese Patienten individuellen Faktoren im Privatleben dazukommen, ist es ja eigentlich um so wichtiger, dass da wirklich dieses Gespräch auf Augenhöhe stattfinden kann und wirklich alles offen gelegt wird, was relevant ist. Wie Sie selber sagen, vielleicht wissen die ÄrztInnen in dem Moment einfach nicht, was in dem Fall der ausschlaggebende Faktor ist, weil es nichts mit der medizinischen Situation in dem Augenblick zu tun hat. Zumindest, wenn es egal ist, ob Operation oder Bestrahlung stattfindet und der Patient dann auch mitreden kann. Vielleicht fühlt er sich auch einfach besser, weil er da irgendwie selber eine Entscheidung mittreffen kann.

Dr. Böhmer: Man darf das gar nicht klein reden. Diese Mitsprache ist für die allermeisten Patienten (nach meiner Einschätzung bei 90 oder 95%) total wichtig. Sie wahrzunehmen als Person, die individuelle Bedürfnisse und Vorlieben und Ängste hat, ist wichtig. Und ich sage meinen Patienten auch immer: „Wissen Sie, nur weil Sie jetzt hier bei mir sitzen, will ich Sie nicht von der Strahlentherapie überzeugen. Ich will Sie davon überzeugen, DASS Sie behandelt werden, weil es etwas Behandlungsbedürftiges ist. Aber ob Sie sich dann für die Operation oder Bestrahlung oder etwas Drittes entscheiden, das können Sie dann, wenn Sie von allen Seiten umfassend aufgeklärt werden. Und da freut sich der Patient in der Regel, dass er gesagt bekommt: ja, wir geben alle Information von urologischer, strahlentherapeutischer und sonstiger Seite und dann sind Sie derjenige, der die Waage so ein bisschen in die eine oder andere Richtung neigt, durch Ihre individuellen Bedürfnisse. Da spielen Selbsthilfegruppen auch eine Rolle. Ich persönlich war auch schon in Selbsthilfegruppen und habe dort Vorträge gehalten. Aber ich frage immer Patienten, die dort waren genau aus, wie das so war und da kriege ich tatsächlich ein gemischtes Bild. Manche sagen: „Das war toll, ich habe da viele wichtige Informationen für meine Entscheidung bekommen.“ Andere sagen: „Das war ganz furchtbar. Ich habe da nur Schwerstkranke mit schwersten Komplikationen nach Operationen und Bestrahlung gesehen und das hat mir nur Angst gemacht und gar nicht geholfen, was meine Entscheidung betrifft.“ Ich persönlich kann das nicht bewerten, weil ich da zu selten bin, als dass ich sagen könnte, dass das stimmt aber es ist das, was die Patienten so

empfinden und das zählt. Ich glaube Selbsthilfegruppen haben eine sehr große Verantwortung in der Beratung von neuen Patienten, in welche Richtung es gehen soll und natürlich ist jedes Einzelschicksal mit Komplikationen oder Nebenwirkungen traurig und wir bemühen uns natürlich alle, das so etwas nicht passiert aber wir wissen, dass es passiert. Ein kleiner Teil der Patienten hat schwere Nebenwirkungen, bei jeglicher Therapie.

Blue Ribbon: Sind Selbsthilfegruppen vielleicht auch ein bisschen den Foren im Internet ähnlich? Es finden sich dort vermehrt die PatientInnen, die Schlimmeres erlebt haben. Die, denen es locker von der Hand gegangen ist, die brauchen den Austausch weniger und sind daher dort auch weniger präsent?

Dr. Böhmer: Ich weiß nicht, wie ich reagieren würde. Man kann sich ja nicht vorstellen, wie die Diagnose Krebs ist, wenn man gesund ist. Also ist das nur hypothetisch, aber ich würde möglicherweise auch bei bestimmten Erkrankungen Selbsthilfegruppen zu Rate ziehen. Es sind manchmal eben Informationen, die man im Arztgespräch nicht bekommt, die aber da durchsickern und bei denen man denkt: ‚Mensch, das ist für mich aber doch wichtig. Warum haben wir nie darüber gesprochen? Vielleicht weil ich selber auch nicht dran gedacht habe oder weil es in dem Moment für mich keine Rolle spielte.‘ Insofern, glaube ich die Selbsthilfegruppen sind sehr wichtig für die Patienten und sie haben eben eine sehr hohe Verantwortung, nicht irgendwelche vereinfachte Darstellung von Komplikationen zu geben. Nach dem Motto: ‚Guck mich an. Ich bin vollkommen inkontinent.‘ ‚Guck mich an. Ich habe eine strahlenbedingte Proctitis und einen künstlichen Darmausgang.‘ Auch wenn so etwas bei weniger als einem von 5.000 Patienten passiert, ist es für diejenigen, der darunter leidet sehr schlimm. Sei es Inkontinenz bei der Operation oder Darmentzündung bei der Bestrahlung. Das muss man kennen, aber man darf das nicht so formulieren, dass Menschen, die noch nicht wissen, wie sie sich behandeln lassen wollen, in eine Richtung gedrängt werden, weil gerade dieser Mensch einen Rat gegeben hat. Und das ist total wichtig, diese Verantwortung auch zu kennen, innerhalb der Selbsthilfegruppe. Das haben die meisten aber auch! In der Prostatakrebs-Leitlinienarbeit sind ja Patienten der Selbsthilfegruppen beteiligt, die mitdiskutieren, die die Patientenperspektive darstellen, das ist extrem wichtig. Deswegen fließen diese Aspekte auch in die Empfehlungen der Leitlinie ein.

Blue Ribbon: Was passiert denn eigentlich bei einer Bestrahlung?

Dr. Böhmer: Sie meinen, wie die Bestrahlung abläuft? Ich hatte ja die Goldmarker schon erwähnt. Die werden dort eingelegt. Dann als nächstes kommt der Patient in die Computer Tomographie, wo ein Bild seines Körpers in Bestrahlungsposition aufgenommen wird. Denn genau so, wie er dort aufgenommen wird, liegt er jeden Tag in der Bestrahlung. Und anhand der Bilder wird dann von den ÄrztInnen das Zielgebiet in jeder Schicht des CT eingemalt und die Risikogebiete also Blase, Darm und Knochen, Hüftköpfe usw. und dann wird von unseren MedizinphysikerInnen eine auf den individuellen Patienten ganz präzise zugeschnittene Bestrahlung berechnet. Diese Berechnung, die dauert - es ist unterschiedlich lang - einige Tage würde ich mal sagen, bis dann ein optimaler Strahlungsplan resultiert. Das heißt der Patient kommt zum Bestrahlungsplanungs-CT, dann wird die Aufnahme gemacht und dann kann er wieder nach Hause gehen und dann beginnt ca. 6 Tage später die Bestrahlung. Diese ist täglich von Montag bis Freitag, an Samstagen und Sonntags ist Pause. Der Therapiezeitraum ist unterschiedlich lang. Wenn die Berechnung abgeschlossen ist, dann überprüfen die ÄrztInnen, ist das Zielgebiet korrekt erfasst, ist die Dosis, die ich haben wollte dort auch eingestrahlt und sind die gesunden Organe optimal geschont. Und diese optimale Schonung erreicht man heutzutage durch die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT). Die tägliche Lagekontrolle und Korrektur der Patientenposition heißt ja IGRT. Der Standard ist heutzutage also eine Kombination der optimalen Zielgebietserfassung mit Schonung der gesunden Gewebe (=

IMRT) und der täglichen genauen Justierung der Therapie (= IGRT), um das mal in einem Satz zusammenzufassen.

So, dann kommt der Patient also zu seiner ersten Bestrahlung. Dann legt er sich genau so hin, wie er das trainiert hat. Viele legen sehr großen Wert darauf, auch wir in der Charité, dass die Blase halb gefüllt und der Darm entleert ist, damit im kleinen Becken keine großen Bewegungen stattfinden. Und die Blase, die hebt sich sozusagen durch die Füllung aus dem Bestrahlungsfeld raus, denn unterhalb der Blase liegt die zu bestrahlende Prostata. Und dadurch schont sich die Blase. Würde die Blase komplett leer sein, dann fällt sie zusammen, wie ein Luftballon und liegt im Bestrahlungsfeld und das will man natürlich nicht.

Dann findet die Bestrahlung statt und zwar indem wir zuerst die bildgeführte Positionskorrektur machen und dann die Behandlung starten. Die Bestrahlung dauert an unserem schnellsten Bestrahlungsgerät ca. eineinhalb Minuten. Das heißt der Patient verbringt auch nicht viel Zeit bei uns. Die Vorbereitung ist zeitaufwändiger, als die eigentliche Strahlentherapie. Und nach anderthalb Minuten ist er vom Behandlungstisch. Dann geht er bei uns sofort zur Toilette und kontrolliert die Urinmenge. Vor der Behandlung erfährt der Patient, dass er ca. 300 ml einhalten sollte. Das heißt, der Patient hat immer auch eine Aufgabe, mit Biofeedback seine Blasenfüllung so optimal wie möglich zu gestalten. Anschließend geht er nach Hause. Und dann hat er wieder 23 Stunden und 45 Minuten Ruhe vor uns.

Blue Ribbon: Und merkt man da irgendwas während der Bestrahlung?

Dr. Böhmer: Nein nichts. Das ist wie Röntgen oder wie ein CT. Strahlen kann man nicht fühlen. Der Mensch hat keinen Sensor, kein Sinnesorgan, was Strahlen erkennen lassen könnte. Man kann die Auswirkungen von Strahlen spüren. Zum Beispiel bei der Strahlentherapie von Patienten mit Tumoren im Kopf-Hals Bereich. Die Schleimhaut im Mund ist sehr strahlenempfindlich und reagiert mit einer Schleimhautentzündung. Aber man merkt das nicht während der Therapie, sondern nach mehreren Sitzungen, dann beginnt die Schleimhaut auf die Dosis zu reagieren. Diese Nebenwirkungen gehen ca. zweieinhalb Wochen nach Abschluss der Bestrahlung wieder vollständig zurück. Ähnliche Akutreaktionen haben Prostatakrebspatienten zum Beispiel in der Enddarmschleimhaut. Oder in der Harnröhre, denn die verläuft in der Prostata und liegt so mitten im Bestrahlungsgebiet. Ein Symptom ist dann z. B. dass es dann beim Wasserlassen brennen kann, oder man häufiger zur Toilette muss. Das passiert erst gegen Ende der Bestrahlungsserie. Das sind die sogenannten Akutnebenwirkungen. Dazu gehört übrigens auch, dass man häufiger Stuhldrang hat. Das sind die Akutreaktionen des gesunden Gewebes. Und diese bilden sich dann, so 10-14 Tagen nach Abschluss der Behandlung weitestgehend zurück. Und nur bei wenigen Patienten, meist solche, die andere Begleiterkrankungen haben, dauert es ein bisschen länger und kann auch über mehrere Wochen anhalten. Das ist also der Ablauf der Behandlung.

Wir versuchen immer durch Beratung zu erreichen, dass sie bestimmte Verhaltensregeln einhalten. Also dass man z. B. nicht Radfahren sollte, da der Sattel in die Prostataregion drückt, die gerade bestrahlt wird. Auch auf die Ernährung wird eingegangen. Es gibt Studien, die zeigen, dass während der Strahlentherapie eingenommene Vitamintabletten Nachteile haben. Vitamin D, C, A und E sind die am häufigsten eingenommenen Vitamine und weil es Antioxidantien sind, können sie einen Schutz der Tumorzellen vor der Bestrahlung ausbilden. Wenn also in einer Tumorzelle ein hoher Vitamin C Spiegel ist, können die durch die Bestrahlung entstehenden Radikale, von Vitamin C abgefangen werden, sag ich jetzt mal ganz umgangssprachlich. Und dann kann die Wirkung der Bestrahlung abgeschwächt werden. Durch hohe Vitaminspiegel sinkt die Chance der Tumorzellzerstörung. Das gilt nur für die Zeit der Strahlentherapie. Ebenso ist Kurkuma auch so ein Antioxidans. Das findet sich z. B. in Curry. Also gilt die Empfehlung auf indische Gerichte zu verzichten. Letztlich kann man die Ernährung ja nicht Fruchtfrei gestalten. Also einen Apfel oder Birne zu essen oder ein Glas

Orangensaft trinken ist nicht schlimm, wenn man dies *nach* der Bestrahlung tut. Dann ist die Bestrahlung vorbei und bis zum nächsten Tag sind diese Stoffe meistens vom Körper abgebaut und kein Problem mehr.

Blue Ribbon: Also einfach mal ungesund leben in der Zeit der Bestrahlung.

Dr. Böhmer: Das kann manchmal tatsächlich der Rat sein. Das wir sagen, essen Sie mal ein bisschen mehr Junk Food, nämlich dann z. B. wenn Patienten, die dazu neigen, dass sie einen dünneren Stuhl oder in seltenen Fällen flüssigen Stuhl haben, als Akutnebenwirkung. Dann ist es besser so ein bisschen stopfende Nahrung zu essen. Wenn man dann auf Gemüse, Obst und Vollkorn setzt, dann treibt das ja den Stuhlgang noch an. Also da haben Sie recht. Das ist dann manchmal tatsächlich der Rat: „Essen Sie mal ein bisschen mehr Reis, Kartoffeln und Nudeln. Dann geht es Ihnen besser.“ Aber das empfehle ich dann immer von Patient zu Patient individuell, je nach Situation. Die meisten Prostatakrebspatienten reagieren mit dem Darm nicht besonders stark. Bei den lokalisierten Bestrahlungen der Prostata ohnehin selten.

Blue Ribbon: Und über die Dauer wollten Sie noch etwas ergänzen.

Dr. Böhmer: Ja, also. Die Standardstrahlentherapie, wenn die Prostata noch im Körper ist, geht etwa über acht Wochen. In einigen Abteilungen sind es 38 in anderen 42 oder 44. Es werden 5 Bestrahlungssitzungen pro Woche über 8 Wochen lang gegeben, macht also 40 Bestrahlungen. Das war der Standard seit vielen Jahren. Neue Studien, die in den Anfang 2000-ern begonnen haben, konnten zeigen, dass man die Bestrahlungsdauer verkürzen kann, indem man die tägliche Strahlendosis erhöht. Das nennt sich dann „hypofraktionierte“ Bestrahlung. Das bedeutet also eine dosis-dichtere Bestrahlung. Höhere Tagesdosis, kürzere Gesamtdauer der Bestrahlung und die Wirkung und die Nebenwirkungen sind tatsächlich genau gleich. Das heißt die Heilungschancen sind genau so hoch, wie wenn man acht Wochen bestrahlt, obwohl man jetzt nur noch vier Wochen bestrahlt und die Nebenwirkungen sind auch in den meisten Konzepten unverändert gering.

Dieses Konzept der hypofraktionierten Bestrahlung wird häufiger in Deutschland eingesetzt seit der Veröffentlichung einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie. Es gibt Abteilungen, die das nicht so gerne machen aus Respekt vor der hohen Dosis. Die Studienergebnisse sind hier aber ganz eindeutig. Viele meiner Patienten wünschen die verkürzte Bestrahlung und sagen: „Toll ich brauche nur vier Wochen kommen statt acht, das ist doch klasse.“ Die Akutnebenwirkungen an Darm oder Blase können wegen der verkürzten Therapie höher sein, die Spätnebenwirkungen sind aber gleich gering.

Im Vergleich muss man sich das so vorstellen: der Patient, der acht Wochen bestrahlt wird, hat seine höchsten Akutnebenwirkungen in der achten Woche, wenn die gesamte Dosis in seinem Körper ist und zu diesem Zeitpunkt hat derjenige, der nur vier Wochen bestrahlt wurde, bereits eine fast vollständige Erholung erreicht. Insofern ändert das im Grunde nichts an den Gesamtnebenwirkungen der Strahlentherapie. Daher ist das zu einem gängigen Konzept weltweit geworden, diese verkürzte Strahlentherapiezeit einzusetzen.

Ich biete meinen Patienten beide Möglichkeiten an. Einige möchten die Therapie mit der ich die meiste Erfahrung habe. Wir machen seit 30 Jahren die acht-wöchige Bestrahlung, aber die verkürzte Bestrahlung ist gleich gut. Patienten entscheiden mal so, mal anders. Ich lasse immer die Entscheidung den Patienten treffen. Manche freuen sich.

Die Entwicklung geht aber weiter. Neue Studien verkürzen die Bestrahlung auf nunmehr 5-7 Bestrahlungssitzungen. Eine erste Studie konnte eine gleich hohe Heilungschance und gleich geringe Nebenwirkungsrisiken zeigen. Da haben die Patienten nach nur eineinhalb Wochen die Bestrahlung

beendet. Dies wird natürlich immer attraktiver, weil die Therapiedauer nun genau so kurz ist wie bei der Operation, bei der nach 5-7 Tagen der Blasenkatheter entfernt wird. Aber da muss man noch mehr Erfahrungen sammeln, bevor man das zu einem Standard erhebt. Dieses Therapiekonzept ist jedoch noch kein Standard, weitere Studien und Langzeitergebnisse müssen dies noch bestätigen. Es ist jedoch bereits heute eine mögliche Therapie, vorausgesetzt die höchsten Qualitätsanforderungen an Therapieplanung und -umsetzung können erfüllt werden.

Blue Ribbon: Ist das auch etwas, was generell gilt: je mehr Erfahrung man mit Bestrahlung hat in seiner Klinik, desto besser sind die Heilungschancen oder desto weniger sind die Nebenwirkungen?

Dr. Böhmer: Ich würde das grundsätzlich bejahen. Das ist wie ein Dach decken. Wenn man das erste Mal ein Dach deckt oder nur zwei Mal im Jahr ist man nicht so gut wie bei 60 Dächern pro Jahr. Das ist nachgewiesen bei ProstataoperateurInnen bei mehr als 25 Prostatektomien pro Jahr. Die meisten großen Zentren liegen ja sogar bei mehreren 100 Operationen. Das heißt es hat schon tatsächlich eine Bedeutung. Bei der Strahlentherapie ist das soweit ich weiß nicht nachgewiesen, dass mehr Erfahrung auch bessere Ergebnisse macht. Da bin ich mir nicht sicher. Es ist eine Kunst, wie Operieren oder wie Dachdecken und wenn man mehr Erfahrung hat, dann ist man wahrscheinlich auch souveräner und besser und das Nebenwirkungsmanagement hat man dann besser drauf. Das kann ich mir vorstellen, ist aber nicht bewiesen.

Blue Ribbon: Und Bestrahlung nach OP? Wann ist das notwendig?

Dr. Böhmer: Es gibt drei Gründe warum man nach OP bestrahlt. Erstens der PSA Wert fällt nicht auf null. Also er bleibt dann irgendwie in einer Höhe über null stehen und steigt dann weiter an.

Blue Ribbon: Kurze Zwischenfrage: Bei einer fokalen Therapie ist ja noch Prostata da. Aber nach einer radikalen OP, kann dann auch noch ein PSA Wert da sein?

Dr. Böhm: Genau, nur die Prostata und Prostatakrebszellen können PSA herstellen. Das heißt, wenn die Prostata entfernt ist und mit ihr alle Krebszellen, dann muss der PSA nach einer radikalen OP null sein. Ist er nicht null, dann sollte man eine frühe ‚Salvage Bestrahlung‘ machen. Der zweite Grund ist, wenn der PSA Wert auf null geht und dann aus dem Nullbereich wieder ansteigt, dann bedeutet dass: es gibt eine Tumoraktivität im Körper. Dann muss man eventuell eine Diagnostik machen um festzustellen, wo könnte diese Aktivität sein. Sollte man nichts finden wird die Prostataloge bestrahlt, insbesondere wenn Risikofaktoren vorliegen, wie kapselüberschreitendes Wachstum oder wenn noch kleine Tumorreste zurück geblieben sind. Das wäre dann eine unvollständige Entfernung. Auch in diesem Fall sollte das Bett der Prostata bestrahlt werden. Und der dritte Grund ist, wenn man einen Prostatakrebs operativ entfernt hat und sehr hohe Risikofaktoren vorliegen, wie kapselüberschreitendes Wachstum, Samenblasenbefall, ein hoher Gleason Wert und z. B. eine unvollständige Entfernung. In dieser Situation würde man eine Bestrahlung empfehlen, weil man weiß, es ist nur eine Frage der Zeit, bis der PSA wieder ansteigt und die Chancen sind dann am besten, wenn man bei sehr sehr niedrigem PSA Wert die Nachbestrahlung macht, nach der Operation. Abzuwarten, bis der PSA in einen Bereich ansteigt, dass man einen sichtbaren Tumor findet, ist nicht sinnvoll, weil die Heilungschancen durch das Abwarten des Tumorwachstums stark abfallen.

Beispielsweise kann man mit einem PET-CT möglicherweise verbliebene oder neue Herde eines Prostatakrebses nach Operation entdecken. Die Chancen sind sehr hoch wenn der PSA-Wert über 1,0 ansteigt. Aber die Chancen, dass man den Patienten dann noch heilen kann, fallen um 50%. Also ist das keine gute Idee. Sondern man empfiehlt ganz klar. Wenn der PSA nach einer Operation ansteigt, dann sollte man früh bestrahlen. In der Leitlinie heißt es unter 0.5 aber tatsächlich gibt es

sehr viele Daten, die sagen, dass bei einem Therapiebeginn bei PSA 0,2 die Ergebnisse besser sind. Und wir haben eine Analyse zusammen mit der Martini Klinik in Hamburg gemacht, wo gezeigt werden konnte, dass Patienten, die mit dem PSA über 0,1 steigen, im weiteren Verlauf meist auch über 0,2 ansteigen werden. Das sind auch klinische Forschungen im Fluss. Die Empfehlungen der Leitlinie sind da etwas großzügig. Ich würde aus der persönlichen Erfahrung empfehlen, je früher man mit der Bestrahlung anfängt, desto besser.

Blue Ribbon: Und was bestrahlt man dann? Die Prostata ist ja dann schon weg.

Dr. Böhmer: Die Prostataloge oder auch das Prostatabett genannt. Das ist der Raum in dem die Prostata vor der Operation lag. Je nach Risiko, wenn also ein Patient z. B. einen Lymphknotenbefall hat, sind auch die Lymphabflusswege in der Umgebung der Prostata Ziel der Bestrahlung. Ist das nicht der Fall und er hat nur lokal ein hohes Risiko, dann bestrahlt man tatsächlich den erweiterten Bereich der ehemaligen Prostataregion. Vor 30/40 Jahren hat man damit angefangen und die ersten Ergebnisse waren so gut, dass man gesagt hat: „Wir sehen zwar nicht, dass da irgendeine Tumorzelle ist, aber von allen Patienten, die dann dort bestrahlt wurden sind 70% in den PSA-Nullbereich abgefallen. Also muss man wohl die Tumorzellen mit der Bestrahlung erreicht haben.“ Patienten reagieren da natürlich sehr empfindlich, weil sie sagen: „Wie jetzt? Sie bestrahlen da irgendwas und sehen gar nicht, was sie bestrahlen?“ Jeder kann verstehen, dass eine Bestrahlung sinnvoll erscheint, wenn die Prostata am Ort liegt. Aber wenn wir nichts sehen und bestrahlen trotzdem.... Aber die Patienten verstehen das natürlich dann, wenn wir sagen, dass 70% der Männer in den Nullbereich fallen, dann ist das wohl ein Zeichen, dass wir mit der Bestrahlung richtig liegen. Hier ist die ausführliche Erklärung und Erläuterung des Vorgehens mit dem Patienten sehr wichtig. Ich versuche das auch immer sehr ausführlich meinen Patienten zu erklären, dort zu bestrahlen, wo man nichts sieht. Dieses Vorgehen wird dann für die Patienten nachvollziehbar, wenn zum Beispiel der Operationsschnitttrand über eine längere Strecke befallen ist. Dann versteht der Patient: es sind im Prostatagebiet noch Tumorzellen vorhanden.

Blue Ribbon: Sind dann da andere Nebenwirkung wiederum stärker vertreten? Wenn man ganz gezielt bei der Prostata bestrahlt, dann kann man auch links und rechts davon gut abgrenzen. Aber wenn man etwas diffuser bestrahlt, dann stelle ich mir das etwas komplizierter vor.

Dr. Böhmer: Der Gedanke ist völlig richtig. Wenn man das Bestrahlungsfeld größer macht, kann es auch mehr Nebenwirkungen geben. Je kleiner man bestrahlt, umso weniger Nebenwirkungen. Aber der Hauptgrund warum es mehr Nebenwirkungen gibt ist, dass man in einer Region des Körpers eine radikale OP gemacht hat mit allen Folgen. Da sind Blutgefäße und Nerven durchtrennt worden, es haben sich Narben gebildet durch die Wundheilung. Das heißt, das Gewebe ist sowieso schon hoch belastet und dann kommt die zweite radikale Methode, nämlich die Strahlentherapie. Und diese beiden radikalen Maßnahmen nacheinander an einem Ort im Körper führen dazu, dass die Gesamtrate an Nebenwirkungen höher ist, als bei der OP alleine oder bei der Strahlentherapie alleine.

Blue Ribbon: Kann man irgendetwas machen vor der Therapie um den Nebenwirkungen entgegenzuwirken? Bei Operationen wird z.B. empfohlen, man könne vorher schonmal Beckenbodentraining machen. Gibt es das bei der Bestrahlung auch?

Dr. Böhmer: Wir geben immer ganz genaue Anweisungen, was man während der Strahlentherapie machen kann. Ich hatte eben über die Ernährung gesprochen mit Vitaminen und Früchten. Auch beim Trinken müssen Patienten aufpassen. Tee, Kaffee und Alkohol treiben stark, dass heißt es kommt zu

vermehrten Beschwerden beim Wasserlassen etc. Wenn man sogar zum unwillkürlichen Urinverlust, also einer Inkontinenz neigt, sind diese Trinkempfehlung während der Strahlentherapie auch wichtig. Wir geben aber noch weitere Empfehlungen. Ich hatte von Radfahren gesprochen, was man nicht machen sollte. Sport und körperliche Betätigung ist sehr wichtig. Sport lässt die Krebstherapie besser vertragen. Und wenn sie nur zwei Mal am Tag eine Runde um den Block gehen. Ein weiterer Rat betrifft die Pflege der Haut, vor allem im Bereich des Anus. Die Patienten bekommen klare Empfehlungen und Vorgaben, damit sie die Therapie gut durchstehen, was in den allermeisten Fällen funktioniert.

Blue Ribbon: Sie sagten ja auch nicht in die Badewanne gehen. Also die Haut, durch die die Bestrahlung stattfindet, kann auch in Mitleidenschaft gezogen werden?

Dr. Böhmer: Die Haut ist total robust. Das muss man sagen. Ringsherum am Bauch und am Po und an den Seiten, da passiert überhaupt nichts. Außer, dass vielleicht im Schambereich ein klein wenig Haarausfall stattfindet. Aber nur im Schambereich, dort wo auch Strahlendosis überhaupt auftritt. Aber auch nur für eine gewisse Zeit. Die Haare hören dann kurzzeitig auf zu wachsen, aber sie wachsen dann auch wieder. Aber das ist keine Hautreaktion, die belastend ist. Der Ort der Haut, der dem Bestrahlungsfeld am nächsten ist, ist aber eben der Anus. Wenn man sich so die Prostata im Körper vorstellt, dann ist der Hautbereich, der räumlich am nächsten zur Prostata ist, der Anus. Sie wissen ja, bei der Vorsorgeuntersuchung wird die Fingeruntersuchung gemacht. Das sind dann so je nach Patienten 2-3 cm, dann ist schon die Prostata zu tasten. Das heißt, wenn man die Region bestrahlt, dann ist es nicht weit zur Hautoberfläche zum Anus.

Deswegen legen wir da auch Wert drauf bei der Aufklärung, dass der After-Bereich aus Strahlentherapie-Sicht gut gepflegt wird. Es gibt ja Menschen, wenn sie Stuhlgang hatten, dann nehmen sie Kernseife und einen Waschlappen und rubbeln dann und machen dann alles, um sauber zu sein. Zusätzlich zur Bestrahlung besteht dann dadurch eine mechanische Belastung, dann durch die Seife auch chemische Reizstoffe, es ist feucht mit Millionen von Bakterien - das ist dann prädestiniert dafür, dass eine Entzündung entstehen kann. Das heißt, wir legen sehr großen Wert drauf, dass auch da die Pflege sehr vorsichtig durchgeführt wird. Zusätzlich kann die Anahaut mit Bepanthen, also so eine panthenolhaltige Pflegesalbe, eingecremt werden.

Blue Ribbon: Hilft ein Reha Programm dem Bestrahlungs-Patienten? Oder ist das eher nicht der Fall?

Dr. Böhmer: Jedem Patienten steht das natürlich rechtlich zu. Wer eine Serienbestrahlung bekommt, dem steht auch eine Reha zu. Die nennt sich dann Anschlussheilbehandlung. Das ist dann direkt im Anschluss an die Therapie. Wir empfehlen und verordnen diese. Jeder Patient muss aber selbst aktiv werden und bei der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung einen Antrag stellen. Bei stationären Patienten wird dies über den Sozialdienst für alle Patienten übernommen. Bei ambulanten hängt es davon ab, ob das Krankenhaus dies anbietet. Wir haben z.B. einen Sozialdienst. Da können die Patienten vorbei gehen, bekommen einen Termin und werden dann beraten, welche Unterlagen sie zusammenstellen müssen. Dazu gehört dann auch ein Brief über die Strahlenbehandlung. Die Kasse oder der Kostenträger schreibt uns in der Regel dann auch an und möchte noch ein paar Details wissen. Zum Beispiel bezüglich der Nebenwirkungen und dem Rehabilitationsziel. Also nehmen wir jetzt mal den typischen bestrahlten Patienten, der primär behandelt wird und nur die Strahlentherapie für seine Prostatakreberkrankung hatte, dann ist es vor allen Dingen die Reizungen der Blase, der Harnröhre und auch des Enddarms, die so bis 10-14 Tage nach Abschluss der Bestrahlung noch ein Problem darstellen. Bei 99% der Patienten sind die Probleme nach 10-14 Tagen auch wieder normalisiert. Das heißt im Vergleich zur Prostataentfernung, wo eben gerade in der ersten Zeit Kontinenzprobleme eine Rolle spielen, ist das Beckenbodentraining ganz wichtig und der muskuläre Aufbau und so weiter. Nach einer Operation

ist das Problem führend, während die Inkontinenz bei der Strahlentherapie eine untergeordnete Rolle spielt. Auch in der ProtecT-Studie konnte nachgewiesen werden, dass eine Strahlentherapie die Rate an Inkontinenz von Patienten im Vergleich zur Patientengruppe, die keine Therapie erhalten hatten, nicht erhöht. In diesen beiden Gruppen ist der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer Inkontinenz das Älterwerden.

Blue Ribbon: Und nehmen denn Strahlentherapie-Patienten eine Anschlussheilbehandlung seltener wahr, als die operierten Patienten?

Dr. Böhmer: Ja wahrscheinlich. Ich kenne viele Patienten, vor allem, wenn sie noch berufstätig sind. Die sagen: „Wenn ich nicht arbeiten gehe, kommt kein Geld rein.“ Und diese Patienten gehen auch während einer Bestrahlung oft weiter arbeiten. Das sind die häufigsten, die fragen: "Was soll ich bei einer Reha oder Anschlussheilbehandlung? Das ist jetzt weder hilfreich noch nötig. Da fahre ich doch lieber mit meiner Frau drei Wochen in den Urlaub." Die meisten Patienten werden auch vor einer Prostataentfernung dahingehend aufgeklärt, dass es sehr sinnvoll ist für die Muskulatur im Becken diese Reha Maßnahme dann auch durchzuführen. Deswegen sind es viel mehr Patienten nach einer Operation, sicher mehr als 95%, die eine Reha-Maßnahme annehmen, im Gegensatz zu bestrahlten Patienten, bei denen diese Reha nur von 50% in Anspruch genommen wird. Auch gibt es verschiedene Zeiträume der Krankschreibung. Da Patienten, die sich operieren lassen, im Schnitt 5-7 Jahre jünger sind als bestrahlte, sind sie häufiger berufstätig. Die Krankschreibung ist ja dann abhängig von der Einschätzung der KollegInnen, die den Patienten kennen und sehen und je nach dem, wie es dem Patienten geht, wird dann kürzer oder länger krank geschrieben.

Blue Ribbon: Ganz allgemein zur Früherkennungsuntersuchung bei Prostatakrebs. Haben Sie da eine starke Meinung, ob das wichtig ist sie wahrzunehmen oder das früh zu machen. Es gibt ja auch die Stimmen, die sagen, es wird übertherapiert. Wie würden Sie das einordnen?

Dr. Böhmer: Das sind tatsächlich zwei Fragen, die Sie in eine gepackt haben. Aber es ist wichtig, das zu trennen. Ich halte Vorsorge für absolut wichtig. Die große Diskussion, die in den letzten 20 Jahren auftauchte, war: Ist die Bestimmung des PSA Wertes notwendig?

Kann durch den Test verhindert werden, dass Patienten an Prostatakrebs sterben? In einer großen Studie aus den USA (US PLCO Trial) wurden Patienten entweder jährlich mit PSA untersucht oder nicht. Die Ergebnisse ergaben, keinen Vorteil der PSA-Testung. Die Studie hatte aber eine große Zahl an Patienten in der Vergleichsgruppe, die so behandelt wurden wie die Kontrollgruppe, was die Ergebnisse stark verfälschte. Eine ähnliche Studie wurde in Europa unternommen (ERSPC-Studie); diese war qualitativ deutlich besser und zeigte einen großen Unterschied des Krebsüberlebens zugunsten der Patienten, die eine PSA Testung unternommen hatten. Das führte dazu, dass also die Meinungen zwischen der amerikanischen Ärzteschaft und der europäischen bezüglich der Frage ‚PSA Test oder nicht?‘ auseinander gingen. Ich akzeptiere es völlig, wenn jemand sagt: „Ich halte das bei den meisten Patienten für nicht sinnvoll, PSA zu messen.“ OK, denn es kostet ja Geld und das muss der Patient bezahlen, denn es ist keine Kassenleistung. Darum ging es ja auch in der Bewertung des PSA Testung durch den gemeinsamen Bundesausschuss.(G-BA).

Dieser hat sich 2020 gegen die PSA Tests zur Früherkennung ausgesprochen. Aber die Vorsorge ist ja eigentlich nicht das Gebiet der Strahlentherapie. Wir behandeln ja dann, wenn schon eine Diagnose gestellt wurde. Trotzdem ist PSA-Screening meiner Meinung nach sehr sinnvoll. Wir wissen ja auch, dass Ultraschall und Tastuntersuchung eine sehr schlechte Diagnosesicherheit haben. Deswegen ist die digitale rektale Untersuchung alleine nicht ausreichend. Aber zusammen mit dem PSA Wert kann das schon einen Hinweis bedeuten, dass man eine weitere Diagnostik machen sollte. Und das ist dann für den Patienten entscheidend. Und jetzt kommt der zweite Teil der Frage, nämlich

zu viel Diagnostik - das ist der eine Punkt und zu viel daraus resultierende Therapie der Zweite. Natürlich, wenn man häufiger nachschaut, findet man auch häufiger Krebs. Das ist leider so. Die Frage ist eben, wie man dann damit umgeht. Also findet man zum Beispiel einen sehr günstigen, sehr langsamen Gleason 6 Tumor in einer von 12 Stanzten, dann ist eben die Standard Behandlungsempfehlung der Leitlinie die Active Surveillance Strategie. Denn, man konnte nachweisen: die Wahrscheinlichkeit an Prostatakrebs zu sterben, wenn man einen sehr günstigen Krebs hat, ist bei Operation und aktiver Überwachung gleich niedrig. Und die genaue und ausführliche Aufklärung darüber, dass Patienten eben keine Angst haben müssen mit einem sehr günstigen, kleinen und nicht aggressiven Krebs einfach weiter zu leben, ohne dass man eine Therapie braucht. Das ist nicht so ganz einfach.

Es gibt natürlich Patienten, die mit einem „Abwarten und nichts tun“ nicht leben können. Dann kann die Entscheidung trotz niedrigem Risiko auch für eine aktive Therapie fallen. Das ist dann aber nicht eine Übertherapie sondern der Wunsch des Patienten. Ich bin überzeugt, dass die meisten KollegInnen mittlerweile diese aktive Überwachungsstrategie häufig einsetzen, wenn sie denn angebracht ist. Es gibt natürlich auch den gegenteiligen Patiententypus, der dann versucht egal wie aggressiv oder wie kritisch so ein Krebs sich darstellt, die aktive Überwachung oder irgendeine fokale Therapie durchzuführen. Und das gehört eben auch zum Aufklärungsgespräch, dass man die gutmütigen Krebse - ich sag nicht gutartig, weil sie sind bösartig, aber gutmütig, sie wachsen langsam, sie metastasieren selten, sie sind nicht aggressiv - dass man die gutmütigen Krebse eher in die aktive Überwachung einbringt und bei Patientenwunsch auch eine aktive Therapie - OP oder Bestrahlung. Aber dass man dem Patienten im Aufklärungsgespräch klar erläutert, dass für die bösartigen und aggressiven und schnell voranschreitenden Krebse eine aktive Therapie sehr sinnvoll ist. Und wenn man das gut macht, dann kann die Vorsorge mit PSA ein sehr wertvolles Instrument sein, um diejenigen Tumore herauszufiltern, die einer dringenden Behandlung zugeführt werden müssen oder sollten.

Blue Ribbon: Eigentlich habe ich nur noch eine letzte Frage, die an Sie persönlich geht, weil wir die Erfahrung machen: Männer sprechen nicht so viel über Krankheit, sprechen nicht über Intimität, über Prostatakrebs eigentlich schon garnicht so gerne. Sie haben ja nun tagtäglich damit zu tun und dementsprechend sprechen Sie ja auch sehr viel und, wie ich jetzt selber erfahren durfte, locker über dieses Thema. Ist das bei Ihnen im Bekannten- und Verwandtenkreis dann auch einfacher darüber zu sprechen? Reden Sie in Ihrem privaten Umfeld eher darüber, als ein Mann, der nicht regelmäßig damit zu tun hat?

Dr. Böhmer: Also das ist eine schwierige Frage und mehrschichtig. Aber grundsätzlich habe ich tatsächlich wenige Hemmungen darüber zu reden, weil ich eben auch mit meinen Patienten offen darüber rede.

Über Impotenz, Sexualität, Verlust der Libido, also dem fehlenden Verlangen nach Sex, und so weiter, das ist für Männer nach meiner Erfahrung oft ein größeres Problem, als für Frauen. Allerdings ist auch bekannt, dass Patientinnen z. B. mit gynäkologischen Tumoren nach Operationen häufig ebenso Probleme haben, wie Männer. Hier ist sicher noch eine Menge zu erforschen, um diese Gruppe der Beschwerden zu optimieren. Bei Männern sind Probleme mit der Potenz ja Teil der Zusatzausbildung für ÄrztInnen, die Zusatzbezeichnung Andrologie.

Ich glaube, das ist für alle Männer schon ein Problem, wenn man ihnen mitteilt: „Pass auf, wenn du eine Strahlentherapie erhältst, dann führt die Hormontherapie dazu, dass deine Sexualität sich für eine längere Zeit verschlechtert.“ Und da ist die Impotenz tatsächlich auch bei der Strahlentherapie ein sehr wichtiges Thema, nämlich wenn zusätzliche eine Hormontherapie nötig wird. Ebenso wie bei der radikalen OP, wenn man die Nerven verletzt, oder nicht gut erhalten kann, wegen des Tumors, dann ist das Risiko für eine Impotenz eben auch hoch. Und die liegt dann nicht

selten über 50%, wenn man einen fortgeschrittenen Tumor hat und die Nerven entfernen muss. Das ist tatsächlich ein Thema, was mit Krebs Patienten auch sehr intensiv thematisiert wird. Und alle Patienten erhalten nach der Operation eine Medikation zur Unterstützung einer Erektion. Diesbezüglich ist viel Aktivität von ärztlicher Seite vorhanden.

Im Privatkreis, das ist tatsächlich anders. Liegt vielleicht auch daran, wie alt man ist. Ich bin jetzt in einem Alter, wo ich bereits zur Vorsorge gegangen bin und dann muss man darüber natürlich auch nachdenken. Über Sexualität redet man aber schon. Das hängt natürlich von der Enge der Freundschaft ab. Ich glaube so im weitesten Sinne Bekannte, mit denen man mal ein Bier trinken geht, mit denen redet man nicht über Impotenz. Vielleicht ist es ein Klischee, dass Männer nicht darüber reden, wie Frauen das vielleicht tun. Ich finde das total wichtig. Wenn man mehr kommunizieren würde, bedeutete das auch, dass man mehr mit der Partnerin oder dem Partner kommunizieren würde, und solche Probleme, die man vermeintlich hat, gar keine sind, weil die Partnerin oder der Partner tatsächlich total verständnisvoll ist und damit gut umgehen kann und sagt, dann machen wir Sexualität eben anders. Viele Paare in meiner Sprechstunde haben sich fantasievoll auch anderen Möglichkeiten der Sexualität zugewandt und gerade bei aufgeklärten und offenen Paaren, sei es homosexuelle oder heterosexuelle Paare, ist das ein offenes Gesprächsthema. Und die gelangen auch zu Lösungen, die total klasse sind.

Manche Hilfsmittel, die einen eher unerotischen Charakter haben, werden zum Beispiel von meinen Patienten kreativ ins Vorspiel eingebaut. Rollenspiele können da über den unangenehmen Teil hinweghelfen. Das passt nicht für jeden. Klar. Für einige Pärchen ist das aber eine Chance, weil sie dachten sie würden nach der Operation nie wieder Sex haben können und so hat es dann doch wieder funktioniert. Es gibt ja auch andere Möglichkeiten. Andere Paare sagen, wir haben keinen normalen Sex mehr, weil die Erektion so schwach ist, dass es für ein Eindringen überhaupt nicht mehr reicht. Diese Paare finden oft alternative Lösungen zur sexuellen Befriedigung. Wie ich meine ein wichtiger Punkt, der oft stiefmütterlich behandelt wird. Wir erfragen diese Problematik auch immer in standardisierten Fragebögen vor der Therapie und in der Nachsorge. Wenn ein Patient dann ganz niedrige Werte ankreuzt und sagt: „Es funktioniert gar nichts mehr und das belastet mich total.“ dann spreche ich das auch aktiv an. Zunächst ist es vielleicht wichtiger den Krebs zu behandeln. Das ist ja alles schön und gut aber trotzdem ist das Leben ja nicht vorbei und deswegen sollte das nach meiner Einschätzung immer auch ein wichtiger Teil des Aufklärungsgespräches sein.

Ich habe ja jetzt positive Beispiele genannt. Aber es gibt natürlich auch die Paare, die seit 30 Jahren verheiratet sind und noch nie über ihre Vorlieben oder Sex geredet haben. Da wird das irgendwie gemacht, weil es sich so gehört. Am Sonntag oder einmal im Monat. Keine Ahnung. Aber man redet nicht drüber. Und für diese Menschen ist es ein großes und scheinbar unlösbares Problem. Oftmals ist aber auch hier Hilfe möglich, das kann zum Beispiel eine psychoonkologische Begleitung sein, die dieses Thema dann vorsichtig in die Beziehung hineinträgt. Da sind ja häufig so viele Vorbehalte und Falschinformationen. Da weiß der Mann nicht, was die Frau möchte und die Frau nicht, was der Mann gut findet. Das kann natürlich für diese Menschen furchtbar sein. Aber jemanden, der so viele Jahrzehnte zusammen ist, dazu zu bringen, diese festgefahrene Kruste aufzubrechen. Und dann biete ich natürlich an, dass man da professionelle Hilfe zur Verfügung hat. Aber oft scheuen die Leute eben auch wieder zurück. Weil das bedeutet ja, sie müssen aktiv etwas unternehmen bei einem Thema, das für sie das totale Tabu ist und in das dunkle Zimmer mit heruntergelassenen Rollläden gehört und nicht in die Öffentlichkeit, also in das Gespräch. Hier kann dann eine psychologische Begleitung oder Paartherapie hilfreich sein, und ich helfe dann zum Beispiel mit Kontaktdaten.

Es gibt wirklich sämtliche Nuancen, die man sich vorstellen kann zwischen Paaren, die eine Rolle spielen. Die einen wollen es, die anderen nicht. Dann gibt es asymmetrische Beziehungen... es ist ein total komplexes Thema. Ein Psychologe würde da seine Freude dran haben, solche Strukturen kennenzulernen und zu versuchen, eine Hilfe zu sein. Wenn alle auf einer Welle sind. Beide wollen es und es klappt nur nicht. Dann geht man in die Richtung: versuchen Sie dies und das und das Dritte

und das Vierte. Dann findet man eine Lösung. Aber wenn einer will und einer nicht, dann wird es schon schwieriger.

Blue Ribbon: Aber dann liegt das ursprüngliche Problem auch nicht mehr in der Prostatakrebs Erkrankung. Das deckt es dann vielleicht nur auf. Und das ist ja dann auch eigentlich außerhalb Ihres Aufgabenbereiches.

Dr. Böhmer: Absolut. Ich versuche natürlich schon Beziehungen dahingehend zu unterstützen. Manchmal, dann rede ich von Nebenwirkungen von Bestrahlung und Hormontherapie und der Vergleich zur Operation. Und dann gibt es Situationen, dann fangen die beiden PartnerInnen vor mir an zu streiten. Weil sie sich bezüglich irgendwas nicht einig sind, was wichtig ist und was nicht. Dann bin ich immer sehr bemüht die Leute wieder zusammen zu bringen und nicht das Problem zu vertiefen. Egal ob ich denke, dass der eine oder die andere Recht oder Unrecht hat. Und dann sage ich: „Hey, wir haben EIN Problem und da arbeiten wir jetzt gemeinsam dran.“ Aber das sind dann auch wieder so Signale, wo ich die Psychoonkologie ins Spiel bringe, denn manchmal kommen Probleme erst durch die Krebserkrankung an die Oberfläche, die man vielleicht kannte, aber man konnte sie nicht benennen. Die brechen dann auf einmal raus. „Du bist mir schon immer auf die Nerven gegangen.“ oder „Du hast mir seit fünf Jahren keine Blumen mehr mitgebracht.“ oder solche Sachen. Dann steht man als Behandler manchmal hilflos da. ‚Moment eigentlich wollten wir doch über Prostatakrebs reden.‘ Das ist ein ganz schwieriges und komplexes Thema.

Blue Ribbon: Es ist so ein spannendes Thema. Sie Männer sollten mehr darüber reden. Also nicht Sie als Arzt, sondern Sie, die Männer.

Dr. Böhmer: Ja genau, ist so. Absolut. Ich sehe das auch so. Es würde viel helfen und viele Probleme lösen.

Blue Ribbon: Na, wir arbeiten ja schonmal dran. Vielleicht erreichen wir ja in ein paar Jahren, dass solche Themen ein bisschen selbstverständlicher werden.

Dr. Böhmer: Es gibt Frauen mit Mammakarzinom, die von ihrem Partner verlassen wurden, weil sie nur noch eine Brust hatten. Und das sind natürlich fatale persönliche Schicksale. Vielleicht ist das nur ein Auslöser, vielleicht ist es auch tatsächlich so, dass das Bild seiner Frau für diesen Mann unerträglich ist, und dass er damit dann nicht umgehen kann. Bei Männern mit Prostatakrebs habe ich es eher selten erlebt, dass Frauen diese aus Gründen, die mit dem Krebs zu tun haben, verlassen haben. Letztlich erfahre ich das meistens aus der Perspektive der Männer. Ich hatte ihnen ja von Patienten erzählt, die um jeden Preis ihre Potenz erhalten wollen, da sie befürchteten von der Ehefrau verlassen zu werden, wenn er impotent ist. Diese Situation ist das Pendant zur oben erwähnten Situation. Dass Männer denken, man wird nur noch ein halber Mann sein, wenn man die Prostata nicht mehr hat und die Erektion nicht mehr so toll ist, wie mit 18. Das ist glaube ich ein Thema, das viele Männer umtreibt. Ich kann das schon nachvollziehen. Ein Mann hat durch die Therapie ein X-%iges Risiko impotent zu werden. Dann kommt der Gedanke auf: "Ich bin dann kein Mann mehr." Deswegen glaube ich, wird das viel seltener artikuliert, weil es so ein geheim gehaltenes Angstthema ist, was Männer nicht so gerne nach außen kehren.

Ich nehme mir sehr viel Zeit für die Aufklärung meiner Patienten. Eine Stunde ist dann in der Regel schon das Minimum bei einer Zweitmeinung oder einer Aufklärung für eine Strahlentherapie. Da kann man schon über Vieles reden. Aber ich habe natürlich auch viel zur Strahlentherapie zu erzählen: Ablauf, Vorbereitung, Qualitätssicherung, Pflege, Ernährung. Es ist eigentlich viel dramatischer für die Patienten, als sie natürlich nach außen zeigen. Und manchmal treffe ich dann mit

einer zufälligen Bemerkung ins Schwarze und es fließen Tränen und ich denke: „Ups, jetzt habe ich genau den Punkt erwischt, wo das Hauptproblem liegt.“ Männer stellen sich oft als harter Kerl dar, zum Beispiel „ich schaff das locker, Bestrahlung Operation, kein Problem.“ Und wenn man dann Fragen stellt, kann es passieren, dass dieses kleine Kartenhaus zusammenbricht, weil sie im Grunde panische Angst davor haben, impotent oder inkontinent zu werden. Das sind die zwei großen Geister, die sie beschäftigen. Und das bedarf einer offenen Diskussion, damit der Mann sich und seine Ängste und Wünsche dann auch einfach mal wahrnimmt. Viele Menschen denken vielleicht: ‚irgendwas stimmt mit meiner Entscheidung vielleicht nicht‘ oder ‚Ich kann mich gar nicht richtig entscheiden.‘ und sind sich gar nicht bewusst, warum das so ist. Aus meiner Sicht sind alle Themen, die wir diskutiert haben und noch viele weitere, sehr wichtig für Patienten mit Prostatakrebs und verdienen es, angesprochen zu werden.

Wir sind Dr. Böhmer für seine spontane Zusage zum Interview sehr dankbar und freuen uns über das facettenreiche Ergebnis, was bei diesem Gespräch entstanden ist.