

Interview Transkript PD Dr. med. Jörn H. Witt, Klinikdirektor Urologie, Paracelsus-Klinik, Düsseldorf Golzheim, Durchgeführt Februar 2022

Blue Ribbon: Was sind aus Ihrer Sicht gute Gründe für die Früherkennungs-Untersuchung?

Dr. Witt: Die Früherkennungsuntersuchung macht aus meiner Sicht Sinn, zumindest in der Altersgruppe zwischen 45 und 75 Jahren auf jeden Fall. Die früh erkannte Prostatakarzinom-Erkrankung beinhaltet die beste Aussicht auf Heilung. Bei einer spät diagnostizierten Situation ist eine Heilung gegebenenfalls nicht mehr möglich. Die Früherkennung führt also zu einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Heilung.

Blue Ribbon: Gibt es auch Gründe aus Ihrer Sicht, die gegen eine solche Untersuchung sprechen?

Dr. Witt: Die Früherkennungs-Untersuchung gibt Hinweise auf eine Erkrankung, jedoch aber keine Beweise. Wenn Auffälligkeiten festgestellt werden, müssen weitere Untersuchungen folgen. Wenn jemand eine weitere Abklärung nicht durchführen lassen möchte, dann macht eine primäre Früherkennungsuntersuchung natürlich keinen Sinn.

Blue Ribbon: Wie läuft die Untersuchung ab?

Dr. Witt: Hier muss man das Vorgehen in Deutschland und International unterscheiden. In Deutschland wird nur die Digital-Rektale Untersuchung, also die Tastuntersuchung vom Enddarm, von den gesetzlichen Versicherungen bezahlt. Dies ist eine sehr unvollständige Maßnahme. Durch die Tastuntersuchung ist nur ein kleinerer Teil, nämlich der Teil der Prostata der zum Rektum, also zum Enddarm gelegen ist, erreichbar. Der Rest der Prostata bleibt dieser Form der Untersuchung verborgen. Hinzu kommt das der tastbare Knoten häufig bereits eine schon eher fortgeschrittene Tumorsituation abbildet. Die Tastuntersuchung ist also als alleinige Maßnahme unvollständig und soll durch die Bestimmung des PSA-Wertes und durch Wertung der Veränderung des PSA-Wertes über die Zeit ergänzt werden. Die Kosten von 20-30 Euro für diese Blutbestimmung müssen in Deutschland unverändert von den Patienten selber getragen werden. Anders verhält es sich bei Privat-Patienten, hier werden die Kosten für den PSA-Wert von den Versicherungen getragen.

Mit Kenntnis dieser Information kann dann eine sinnvolle Patientenberatung über weitere Maßnahmen, wie eine Bildgebung mittels Kernspintomografie oder eine Prostatabiopsie, also eine Gewebeentnahme aus der Prostata, erfolgen.

In anderen Ländern ist die Situation anders. Nachdem international ein Screening, also eine Reihenuntersuchung von Patienten mit einer PSA-Wert-Bestimmung bis vor einigen Jahren kritisch gesehen worden ist, hat sich das in den letzten Jahren deutlich geändert. Durch Auswertung von Langzeitstudien und auch unter der Kenntnis das bei fehlenden regelmäßigen PSA-Kontrollen die Anzahl von fortgeschrittenen Prostatakarzinom-Erkrankungen steigt, wird inzwischen vielfach ein PSA-Screening empfohlen.

Auch in Deutschland hat der Vorschlag dem gemeinsamen Bundesausschuss, der darüber entscheidet, welche Leistungen gesetzlich Krankenversicherte konkret bekommen, vorgelegen. Zum Erstaunen der Fachwelt wurde dieser Vorschlag jedoch kürzlich nochmals abgelehnt.

Blue Ribbon: Wird so etwas dann regelmäßig neu bewertet?

Dr. Witt: Vorschläge an den gemeinsamen Bundesausschuss können von Fachgesellschaften oder auch von Versicherungen gemacht werden. Bei der PSA-Wert-Bestimmung ist die Datenlage meines Erachtens ausreichend für eine positive Entscheidung. Wann eine erneute Bewertung stattfindet ist offen.

Blue Ribbon: War Grund für die Ablehnung die Diskussion um diese zwei bekannten Studien aus USA und Europa?

Dr. Witt: Es wurden leider die bereinigten Ergebnisse dieser beiden großen amerikanischen und europäischen Untersuchungen, mit mehr als einer halben Million Männern, nicht zur Kenntnis genommen. Genau aus diesem Grunde waren die Fachgesellschaft und auch andere Experten sehr überrascht. Da diese Bewertung erst im Jahr 2021 erfolgt ist, wird es wohl bis Mitte des Jahrzehnts dauern, bis hier eine neue Entscheidung ansteht.

Blue Ribbon: Der PSA Wert wird dennoch Patienten häufig ans Herz gelegt, um gemeinsam mit der Tastuntersuchung zu einem schlüssigeren Ergebnis zu kommen. Ist das also aus Ihrer Sicht die richtige Vorgehensweise?

Dr. Witt: Ja, das ist die richtige Vorgehensweise. Männer die bei uns zu einer Früherkennungsmaßnahme kommen, erfolgt eine Bestimmung des PSA-Wertes ab einem Alter von 45 Jahren. Bei Patienten, die ein entsprechendes Risikoprofil haben mit Prostatakarzinomerkrankung bei Vater oder Brüdern, sogar schon ab dem 40. Lebensjahr. Damit haben wir und auch der Patient einen Ausgangswert. Jeder Patient sollte seinen PSA-Wert auch kennen. Über die Zeit kann man dann Veränderungen sehen, insbesondere bei einem regelhaften Anstieg des PSA-Wertes sind dann gegebenenfalls weitere Abklärungsmaßnahmen sinnvoll. Selbstverständlich müssen auch andere Faktoren, wie die Größe der Prostata oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen mit einbezogen werden.

Blue Ribbon: Angstthema Rektale-Digitale Tastuntersuchung. Wie sieht die Untersuchung aus und wie lange dauert sie?

Dr. Witt: Typischerweise ist das eine Untersuchung mit wenig Zeitbedarf, circa im Bereich einer Minute. Für die meisten Patienten ist das unangenehm, aber nicht mehr. Wenige Patienten haben einen hohen Tonus im Schließmuskelbereich, bei denen wird das dann als unangenehmer empfunden. Dies sind aber wenige Patienten, circa im Bereich von 1%.

Blue Ribbon: Und Sie führen diese Untersuchung auch standardmäßig durch?

Dr. Witt: Ja.

Blue Ribbon: Wann kommt es zur Biopsie oder Stanzbiopsie? Wie sicher muss das Verdachtsmoment sein, um diese Untersuchung in Betracht zu ziehen?

Dr. Witt: Der Verdacht auf eine Karzinomerkrankung muss hoch genug sein, dass in einem signifikanten Anteil der Patienten bei einer Biopsie dann ein Karzinom nachgewiesen wird.

Der Begriff Stanzbiopsie sollte vermieden werden, dieses ist auch eine nur in Deutschland verbreitete Bezeichnung, international ist immer nur von einer Biopsie die Rede.

Blue Ribbon: Trotzdem gibt es dieses Wort, was im Raum steht.

Dr. Witt: Ja, dies ist ein im deutschsprachigen Bereich verwendeter Begriff, tatsächlich ist es aber nur eine Probenentnahme, und weiter nichts.

Blue Ribbon: Wir werden das zitieren auf unserer Seite. Denn manchmal ist es ja auch die Begrifflichkeit, die man verwendet, wodurch schon Ängste entstehen.

Dr. Witt: Ja genau! Richtig. Das sollten Sie ruhig auch zitieren.

Blue Ribbon: Welche Form der Bildgebung ist sinnvoll? Ultraschall der Prostata oder andere Untersuchungen?

Dr. Witt: Die Ultraschall-Untersuchung der Prostata dient in erster Linie zur Größenbestimmung des Organs. Die Kenntnis der Größe der Prostata hilft dann auch den PSA-Wert zu interpretieren. Alle Drüsenzellen, also auch die gutartigen, produzieren PSA. Das heißt je größer die Prostata ist, desto höher ist auch der PSA-Wert. Hierfür ist die Ultraschall-Untersuchung der Prostata, typischerweise durchgeführt vom Enddarm, ein sehr gutes Verfahren. Zur Detektion von tumorös befallenen Arealen eignen sich die Ultraschall-Untersuchungen eher schlecht.

Bevor eine Biopsie durchgeführt wird, ist es optimal ein multiparametrisches Prostata-MRT durchzuführen. Es handelt sich um eine Kernspintomographische Untersuchung mit mehreren Sequenzen, die tumorverdächtige Bereiche häufig gut zur Darstellung bringt.

Auch in der deutschen Leitlinie ist diese MRT Untersuchung seit 2021 als „sollte“ Empfehlung = mittlerer Empfehlungsgrad vorgesehen, in der europäischen Leitlinie wird dies schon länger empfohlen. Der Vorteil einer solchen Bildgebung vor einer Biopsie ist, dass es möglich wird, gezielt Proben aus verdächtigen Arealen zu entnehmen. Trotz den Leitlinienempfehlungen lehnen viele gesetzlichen Krankenversicherungen die Kostenübernahme ab.

Blue Ribbon: Wie wird die Biopsie durchgeführt?

Dr. Witt: Hier gibt es zwei Vorgehensweisen. Die erste ist die klassische. Hierbei werden vom Enddarm her unter Ultraschall-Kontrolle typischerweise 12-14 Biopsien aus der Prostata entnommen. Diese Form der Biopsie ist auch das was in Deutschland als Standard-Verfahren vorgesehen ist. Nachteilig bei diesem Vorgehen sind die relativ niedrigen Detektionsraten, die im Bereich von ca. 25% liegen und einer Wahrscheinlichkeit im einstelligen Prozentbereich für Entzündungen, im Sinne einer Prostatitis, nach der Biopsie. Dieses ist bedingt durch die Keimbesiedlung im Enddarm und trotz Prophylaxe mit Antibiotika, tritt bei ca. 3% der Patienten eine solche Entzündung auf.

Alternativ dazu kann die Biopsie vom Damm her, als so genannte perineale Fusions-Biopsie, durchgeführt werden. Hierbei werden die Bilder, die zuvor in dem bereits genannten MRT der Prostata gewonnen worden sind, mit dem Ultraschallgerät fusioniert und auf diese Weise ist eine zielgenaue Biopsie möglich. Hierdurch steigt die Detektionsrate für Tumoren auf 60-70%. Das Infektionsrisiko ist auch deutlich minimiert, da die Biopsie eben vom Damm und nicht durch den keimbesiedelten Enddarmbereich erfolgt.

Blue Ribbon: Unter welchen Bedingungen wird eine solche Fusionsbiopsie von den Kassen übernommen?

Dr. Witt: In Deutschland ist dies von den gesetzlichen Versicherungen nicht vorgesehen. Wenn ein Patient ein derartiges Vorgehen bevorzugt, muss er hierfür typischerweise selbst aufkommen.

Blue Ribbon: Die Kosten sind wahrscheinlich nicht ganz unerheblich.

Dr. Witt: Ja, unter der Annahme das der Patient sowohl das MRT, als auch die Fusionsbiopsie selber zahlt, entstehen Kosten um ca. 2000€.

Blue Ribbon: Welche Rolle spielt das CT in dieser ganzen Diagnostik?

Dr. Witt: Keine wesentliche. In den Leitlinien ist dies als Ausbreitungsdiagnostik zur Beurteilung der Lymphknoten bei aggressiveren Tumorsituationen vorgesehen. Die Lymphknoten lassen sich aber nur relativ schlecht abbilden, und von daher ist die CT-Diagnostik von untergeordneter Bedeutung.

Blue Ribbon: Differenzierung: Es gibt auch andere Veränderungen der Prostata. Wann ist es eine gute Veränderung und wann ist es etwas Krankhaftes? Es ist ja nicht so einfach zu diagnostizieren. Aber irgendwann möchte ich es ja wissen. Habe ich Prostatakrebs oder nicht?

Dr. Witt: Es gibt gutartige Veränderungen an der Prostata, aber diese führen bei vielen Männern im Laufe des Lebens zu einer Vergrößerung der Prostata. Dieses kann dann zu Beschwerden beim Wasserlassen führen. Ein Einfluss auf den PSA-Wert haben auch entzündliche Veränderungen, z.B. eine akute Entzündung, also eine Prostatitis, oder instrumentelle Maßnahmen wie z.B. eine Blasenspiegelung. Häufig wird Fahrrad fahren als ein Einflussfaktor auf den PSA-Wert angeführt, dieses hat jedoch üblicherweise keine große Bedeutung. Ein harter Sattel ohne entsprechende Aussparung im Dammbereich und eine lange Fahrradtour mag hier selten mal einen Einfluss haben.

Wichtig ist hier nochmal der Hinweis, das frühe Prostatakarzinom-Stadien ohne Symptome sind, also vom Patienten nicht bemerkt werden.

Blue Ribbon: Im Späteren Stadien wäre es dann wiederum einfacher es zu diagnostizieren?

Dr. Witt: Ja, also wenn ein Tumor so weit fortgeschritten ist, dass das Wasserlassen beeinträchtigt ist, dann kann ich typischerweise mit dem Finger auch schon was fühlen.

Blue Ribbon: Würden Sie aus Ihrer Erfahrung sagen, wenn Sie einen starken Verdachtsmoment haben, mit all Ihren Mitteln und Methoden, dann können Sie am Ende recht sicher sagen, ob eine Krebserkrankung vorliegt oder nicht?

Dr. Witt: Durch Wertung aller zur Verfügung stehenden Informationen (PSA, Tastbefund, Ultraschallbefund, multiparametrisches Prostata-MRT) kann häufig mit einer hohen Sicherheit eine Krebserkrankung schon vermutet werden. Zunehmend kommen auch Patienten, die dieses auch erkennen und sagen: „Ich möchte keine Biopsie, sondern ich möchte gleich operiert werden.“ Dieses ist zum jetzigen Zeitpunkt, im Gegensatz zu anderen Tumorerkrankungen wie z.B. den Nierentumor, keine übliche Vorgehensweise.

Blue Ribbon: Es gibt die fokale und radikale Prostatektomie. Wann ist was notwendig?

Dr. Witt: Die typische Vorgehensweise beim Prostatakarzinom ist eine vollständige Entfernung der Drüse. Dieses ist damit begründet, dass der Tumor in den meisten Fällen multifokal, d.h. an verschiedenen Stellen der Prostata, gleichzeitig vorliegt. Die fokale Therapie des Prostatakarzinoms spielt eine kleinere Rolle für Patienten, bei denen ein Tumornachweis nur an einer Stelle vorliegt. Eine solche fokale Therapie wird häufig mittels Ultraschall durchgeführt. Das entsprechende Verfahren nennt sich hochintensiver fokussierter Ultraschall, oder auch HIFU genannt. Eine solche Vorgehensweise kann jedoch auch chirurgisch und roboterassistiert durchgeführt werden. Dieses ist dann aber, wie auch die HIFU-Therapie, kein übliches Standardverfahren.

Zusätzlich gibt es noch andere Therapieverfahren, die im Internet häufig deutlich beworben werden. Hier ist Vorsicht angebracht, für viele dieser Verfahren wie z.B. die irreversible Elektroporation der Prostata, schön vermarktet mit dem Begriff Nanoknife™, gibt es keine wesentliche Nachweislage für ihre Wirksamkeit. Häufig kommen diese Patienten nach solchen Therapiemaßnahmen dann zu uns für eine Operation. Die Voraussetzungen sind dann natürlich deutlich erschwert.

Blue Ribbon: Was können Sie Patienten an die Hand geben, wenn es zur Chemotherapie kommt? Was kommt auf sie zu?

Dr. Witt: Hier ist zu unterscheiden zwischen einer medikamentösen Therapie und einer Chemotherapie. Inzwischen gibt es zahlreiche medikamentöse Therapieformen, die nicht einer klassischen Chemotherapie entsprechen und die auch deutlich besser vertragen werden. Daher ist es für Patienten mit fortgeschrittenen Tumorsituationen und Absiedlungen in Lymphknoten oder auch im Knochensystem häufig sinnvoll solche Therapieverfahren zum Einsatz zu bringen. Früher erfolgte das ausschließlich über eine sogenannte Androgendeprivation. Hierbei wird die Bildung des Testosterons unterdrückt und das Tumorstadium dadurch reduziert. Heutzutage wird diese Form der Therapie häufig kombiniert mit moderneren Medikamenten, die den Hormonweg auf andere Weise zusätzlich beeinflussen.

Selbstverständlich ist keine Therapieform ohne mögliche Nebenwirkungen, die Patienten können aber unter der genannten Therapie häufig mit hoher Lebensqualität über viele Jahre betreut werden.

Eine Chemotherapie ist seit vielen Jahren etabliert. Hierbei handelt es sich um eine sogenannte Docetaxel-haltige Chemotherapie, also eine Monosubstanz. Auch dieses wird relativ gut vertragen, jedoch schlechter als die vorgenannten anderen medikamentösen Therapieformen. Deswegen ist die Chemotherapie inzwischen eher Patienten mit aggressiven Tumorformen und einer hohen Tumormasse vorbehalten.

Blue Ribbon: Eindeutig lokal begrenzte Tumore werden also nur operiert und eine Chemotherapie wäre dann nicht automatisch vorgesehen.

Dr. Witt: Genau. Ziel der Maßnahme ist, dass durch die Operation der Tumor vollständig beseitigt wird und weitere Maßnahmen dann nicht erforderlich sind. Eine typische Kombination zur Therapie wie man das z.B. beim Brustkrebs kennt, ist nicht Standard bei der operativen Versorgung des Prostatakarzinoms. Etwas anders ist die Situation bei der Strahlentherapie, hier wird typischerweise ein Hormonentzug für mindestens zwei Jahre mit dem Bestrahlungsverfahren kombiniert.

Blue Ribbon: Die medikamentösen Therapien, die Sie eben geschildert haben, haben die auch eine Art Überbegriff?

Dr. Witt: Der Überbegriff ist Hormonmanipulation. Prostatakrebszellen wachsen zumindest primär unter dem Einfluss des männlichen Hormons, des Testosterons. Durch Unterdrückung der Hormonproduktion oder Blockade der Aufnahme des Testosterons in die Tumorzelle oder Blockierung des Stoffwechselweges innerhalb der Zelle lässt sich dann die Tumorsituation günstig beeinflussen.

Blue Ribbon: Können Sie noch etwas sagen zum Thema aktive Überwachung, also ‚active surveillance‘?

Dr. Witt: Die aktive Überwachung beinhaltet keine lokale Therapie mit dem Ziel der Heilung, sondern eine Überwachung der Tumorsituation mit dem Ziel, den Zeitpunkt wo eine lokale Therapie erforderlich ist, nicht zu verpassen. Dieses kommt für Patienten mit niedriger Tumorlast (max. zwei tumorbefallene Biopsien und weniger als 50% der jeweiligen Biopsie tumorbefallen), einen niedrigen Aggressivitätsgrad der Tumorerkrankung sowie einem PSA-Wert von unter 10 zur Anwendung. Die Aggressivität des Tumors wird in dem Gleason-System dargestellt. Dieses bildet den häufigsten Tumortyp und den zweithäufigsten Tumortyp ab und ergibt eine Zahlenkombination. Vorgesehen ist die aktive Überwachung die nur einen Tumortyp mit dem geringsten Aggressivitätsgrad aufweisen. Dieses ergibt sich dann aus dem histopathologischen Befund und wird dort als Gleason 3+3 bezeichnet.

Die aktive Überwachung beinhaltet vierteljährliche PSA-Kontrollen und eine MRT-Kontrolle 6-12 Monate nach Erstbiopsie gefolgt von einer Re-Biopsie.

Blue Ribbon: Und die aktive Überwachung ist eher für ältere Patienten geeignet?

Dr. Witt: Das kann man so nicht pauschalisieren. Wenig aggressive Tumore gibt es in jeder Altersgruppe, eher bei den jüngeren als bei den älteren. Die Tumorbilogie verhält sich oft so, dass das Karzinom wenig aggressiv beginnt und im Verlauf dann aggressiver wird. Die frühere Vorstellung, dass bei älteren Menschen Tumore weniger aggressiv sind und langsamer wachsen, ist falsch. Im Gegenteil: bei älteren Patienten finden sich häufiger aggressivere Tumore.

Blue Ribbon: Es ist also die individuelle Situation, die bei den einzelnen Patienten vorliegt, die über die Eignung zur aktiven Überwachung entscheidet?

Dr. Witt: Ja.

Blue Ribbon: Letzten Endes könnte man ja sagen: ‚Ich habe Krebs. Raus damit. Dann bin ich ihn los.‘ Warum überlegt man denn? Gerade bei Prostatakrebs ist die aktive Überwachung ja recht typisch, was in anderen Bereichen so nicht gehandhabt wird.

Dr. Witt: Das ist so nicht ganz richtig. Aktive Überwachungsstrategien gibt es auch bei anderen Tumorformen. Ein Beispiel aus einem anderen Organsystem in der Urologie ist der Nierentumor. Hier können kleine Veränderungen durchaus genauso aktiv überwacht werden.

Wichtig bei der aktiven Überwachung des Prostatakarzinoms ist die Information, dass sie in der Regel kein dauerhaftes Konzept darstellen wird. Wenig aggressive Tumore verändern sich typischerweise im Laufe der Zeit, sodass eine lokale Therapie erforderlich wird. Beim Prostatakarzinom liegt dieser Zeitraum typischerweise zwischen 5-12 Jahren. Folglich ist die aktive Überwachung bei jüngeren Patienten eben üblicherweise keine dauerhafte Vorgehensweise. Als weitere Information für den Patienten ist es wichtig zu verstehen, dass die aktive Überwachung verhindern soll, dass eine Situation

eintritt, in der sich die Tumorsituation lokal so verschlechtert hat, dass das langfristige onkologische Ergebnis hierdurch negativ beeinflusst ist. Diesen negativen Einfluss zu vermeiden, gelingt es häufig im Rahmen der aktiven Überwachung, in einem gewissen Prozentsatz der Patienten aber eben auch nicht.

Blue Ribbon: Häufig werden ja auch die möglichen Folgen einer lokalen Therapie bezogen auf Kontinenz oder Potenz von den Patienten gefürchtet.

Dr. Witt: Ja, das ist korrekt. Hier gilt es eine realistische Einschätzung vorzunehmen. Grundsätzlich haben strahlentherapeutische Verfahren und die Prostatektomie ein gleichartiges Nebenwirkungsspektrum. Der Zeitverlauf ist jedoch unterschiedlich. Die Folgen der Radiatio treten dann verspätet nach einem oder mehreren Jahren ein. Dann sind sie häufig auch schlecht zu behandeln. Nach der Operation gibt es zunächst Auswirkungen auf die Funktion die sich aber typischerweise mit dem Heilungsverlauf verbessern.

Lassen Sie mich die beiden Bereiche Kontinenz und Potenz noch etwas genauer erläutern. Zunächst gibt es für beide Aspekte individuelle Foren auf der Patientenseite die vorbestehende Erkrankung z. B. langjährige Diabetes oder Übergewicht die negativ sein können auch die lokale Tumorsituation spielt natürlich eine Rolle. Ganz wesentlich für die Kontinenz ist aber auch die individuelle Expertise des Operateurs und des gesamten Teams. Je mehr Erfahrung desto besser, je besser das Werkzeug ebenfalls desto besser. Sofern keine wesentlichen individuellen Faktoren wie schon die eben genannten allgemeinen Begleiterkrankungen oder auch lokal oder auch örtliche Vorbehandlungen wie Strahlentherapie in der Vorgeschichte oder auch Behandlung mit Rest der gutartigen Vergrößerungen wie z. B. die Resektion im Bereich der Prostata vorliegen stellen Kontinenz Probleme in unserem Klientel üblicherweise keine echte Problematik mehr da. Sehr viele Patienten sind primär vollständig oder weitgehend kontinent in den ersten Wochen nach der Operation normalisiert sich die Kontinenzsituation bei den meisten Patienten vollständig. Teilweise wird noch die Auffassung vertreten, dass die Kontinenz auch eine altersabhängige Komponente hat. Zumindest in unserem sehr großen Patientengut konnten wir das Gegenteil zeigen: Die Kontinenz postoperativ entwickelt sich unabhängig vom Alter.

Blue Ribbon: Und die Potenz?

Dr. Witt: Zunächst gelten erstmal die vorgenannten individuellen Einflussfaktoren. Ein nicht ganz kleiner Teil der Patienten mit Prostatakrebs haben bereits bestehende Schwierigkeiten mit der erektilen Funktion. Diese kann postoperativ natürlich nicht besser ausfallen. Hinzu kommt, dass die Leitungsbahnen, die für die Erektion zuständig sind unmittelbar an der Prostata verlaufen und bei beginnender organüberschreitender Tumorsituation häufig als erstes mitbetroffen sind. D. h. häufig ist es intraoperativ nicht möglich diese Gefäßnervstrukturen vollständig zu erhalten. Dazu kommt, dass es bei den Erektionsergebnissen sehr wohl eine altersabhängige Funktion gibt. Jüngere Patienten haben langfristig bessere Aussichten auf eine Wiederherstellung der erektilen Funktion. Bei jüngeren Patienten mit guter vorbestehender Potenz und der onkologischen Möglichkeit eines guten beidseitigen Nerverhaltes werden Potenzergebnisse bis zu 90 % erreicht. Teilweise bestehen jedoch auch lange Erholungsphasen, Patienten berichten teilweise noch nach mehreren Jahren über eine Verbesserung der erektilen Funktion. Insgesamt lässt sich die Potenz schlechter voraussagen als die Kontinenz.

Blue Ribbon: Die Roboterchirurgie verbreitet sich immer weiter. Können Sie dies bitte einordnen?

Dr. Witt: Dies ist ein richtiger Aspekt. Es gibt drei grundsätzliche Vorgehensweisen zur Entfernung der Prostata: 1. Die offene Chirurgie, 2. Die laparoskopische Prostatektomie und 3. Das roboterassistierte Vorgehen. Die Roboterchirurgie hat sich in entwickelten Ländern inzwischen als Standardverfahren durchgesetzt. Inzwischen ist es im Wesentlichen unstrittig, dass das minimal invasive Vorgehen mit den feinen Instrumenten deutlich weniger allgemeine Komplikationen verursacht als die offene Chirurgie. Das laparoskopische Vorgehen lässt sich im Rahmen der komplexen Notwendigkeit einer Prostata Operation schlecht anwenden und ist daher weitgehend vom Markt verschwunden. Deutschland ist eins der wenigen Länder wo noch ca. 20% der Operationen offen chirurgisch durchgeführt werden. Dieses wird aber in den nächsten Jahren sich dem internationalen Standard angleichen und die offene Chirurgie wird verschwinden. Wichtig ist aber nochmal der Hinweis, dass es sich bei der Roboterassistenz um nichts Weiteres handelt als den Einsatz eines besonderen Werkzeugs. Das Ergebnis kann folglich also nur so gut sein wie der Anwender und das dahinter stehende Team. Einfach nur einen Roboter zu haben führt nicht zu guten Ergebnissen. Deswegen ist es für Patienten von hohem Wert sich für eine Behandlung ein entsprechend erfahrenes Zentrum zu suchen.

Blue Ribbon: Da schließt sich vielleicht ja auch wieder ein bisschen der Kreis um zu sagen: „Geht früh zur Früherkennungsuntersuchung“ umso früher es erkannt ist umso eher ist es auch möglich die Nebenwirkungen zu vermeiden.

Dr. Witt: Genau, man kann auch interoperativ also während der Operation und dies ist bei uns Standard Randbereiche der Prostata durch den Pathologen untersuchen lassen. Hierdurch ist es dann möglich mehr gesundes Gewebe zu erhalten und mögliche Nebenwirkungen zu reduzieren.

Blue Ribbon: Wann ist die roboterassistierte Chirurgie ausgeschlossen?

Dr. Witt: Absolute Kontraindikationen gibt es nicht. Selten stellen heute Patienten noch die Frage ob bei komplexen Situationen die Anwendung der Roboterassistenz möglich ist. Die Antwort darauf ist relativ einfach: Je komplexer die Situation desto besser sollte das Werkzeug sein, desto mehr macht die Roboterassistenz Sinn.

Blue Ribbon: Wann kann man sich als krebsfrei bezeichnen?

Dr. Witt: Das ist eine gute Frage. Je länger die Tumorerkrankung zurück liegt desto unwahrscheinlicher ist, dass nochmal Tumoraktivität nachweisbar ist. Aus diesem Grunde werden die Nachsorge Intervalle nach einer Prostatakrebs Operation auch länger. Ein Rezidiv nach mehr als 10 Jahren ist selten aber nicht völlig ausgeschlossen.

Blue Ribbon: Noch kurz etwas zu anderen Verfahren wie HIFU oder Tula pro oder IRE?

Dr. Witt: Hier sind wir in dem Bereich der sogenannten fokalen Therapieformen. Hierbei wird nur ein Teil der Prostata behandelt. Dieses geht nur bei einer kleineren Gruppe von Patienten, nämlich denen wo der Tumor nur in einer Lokalisation der Prostata nachgewiesen wurde. Das einzige Verfahren wo es eine längerfristige und relativ sichere Datenlage gibt ist HIFU, also hoch intensiver fokussierter Ultraschall. Hier ist es notwendig eine MRT Bildgebung und eine Fusionsbiopsie als Vorbereitung durchzuführen um die Tumorlast und die Tumorlokalisierung angemessen einschätzen zu können. Der Patient muss wissen, dass in dem verbliebenen Prostatagewebe in der Folge auch Prostatakrebs auftreten kann. Solche Teilbehandlungen der Prostata sind auch operativ chirurgisch möglich.

Blue Ribbon: Was kann man als Reha Maßnahme schon vorausschauend tun?

Dr. Witt: Wir empfehlen eine sogenannte Prähabilitation und empfehlen dem Patienten schon vorher Schließmuskel- und Beckenbodenübungen vor der Operation durchzuführen. Hier geht es mehr um ein Verständnistraining zwischen Wasserlassen und Wasserhalten als um ein echtes Muskelaufbautraining.

Blue Ribbon: Wem steht eine Reha Maßnahme zu?

Dr. Witt: Die Anschlussheilbehandlung steht jedem zu der in der in Deutschland rentenversichert ist. Die Leistung kann unabhängig von dem Verfahren Operation oder Bestrahlung in Anspruch genommen werden. Es handelt sich um ein Kann-Verfahren also ein optionales Verfahren und muss von der primär versorgenden Einrichtung, also dem Krankenhaus eingeleitet werden. Innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt diese Anschlussheilbehandlung und dauert üblicherweise 3 Wochen.

Blue Ribbon: Kann man die Anschlussheilbehandlung auch ablehnen?

Dr. Witt: Da es sich um ein optionales Verfahren handelt kann man sich selbstverständlich auch dagegen entscheiden. Als wichtige Information sollte man wissen, dass es diese Maßnahme nur in Deutschland und in keinem anderen Land der Welt gibt. Wesentliche Unterschiede in Kontinenz- oder Potenzraten liegen nicht vor, sodass der Wert einer solchen Anschlussheilbehandlung zumindest angezweifelt werden kann. Dies gilt insbesondere für Patienten, die in großen Zentren und erfahrenen Chirurgen operiert werden.

Blue Ribbon: Das ist ja interessant, dass die Kosten trotzdem übernommen werden.

Dr. Witt: Ja, es handelt sich um ein in Deutschland etabliertes Verfahren.

Blue Ribbon: Ist dann eine Reha vielleicht aus Sicht „Patienten treffen Patienten“ sinnvoll?

Dr. Witt: Das kann einen Aspekt darstellen. Hier geht es um Krankheitsverarbeitung. Krankheitsverarbeitung kann unterschiedlich erfolgen, vielfach erfolgt sie aber schon durch Gespräche und durch Informationen. Das heißt für Patienten die sehr unter der Diagnose Krebs leiden mag diese Anschlussheilbehandlung helfen. Hier ist dann aber häufig auch eine längerfristige psychoonkologische Betreuung sinnvoll.

Blue Ribbon: Man sagt ja Männer sprechen nicht so gerne über dieses Thema. Vielleicht eine Frage an Sie als Mann und nicht als Chefarzt durch den Background den Sie haben als Urologe. Ist das bei Ihnen im privaten Umfeld trotzdem so oder würden Sie sagen, weil Sie tagtäglich damit zu tun haben, ist das für Sie das Gleiche, als wenn Sie sagen: „Ich gehe jetzt mal ein Stück Butter einkaufen“?

Dr. Witt: Das Sprechen über Erkrankungen ist sicher auch eine Generationsfrage. Hier gibt es deutliche Änderungen über die letzten Jahrzehnte. Es ist wohl richtig, dass Männer immer noch eine Neigung haben Dinge eher mit sich selbst auszumachen als Frauen. Aber die Bereitschaft darüber

zu sprechen nimmt deutlich zu. Und dies macht auch absolut Sinn. Internetrecherchen können ein bisschen weiterhelfen. Hier gilt es aber auch die richtigen Seiten zu finden, denn sonst trifft man schnell auf unseriöse Informationen. Gute und weiterführende Informationen findet man z. B. auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Sehr wichtig ist aber auch das direkte Gespräch mit dem Fachmann oder auch mit selbst Betroffenen wie z. B. Patientengruppen. Für mich persönlich stellt Reden über Krankheit keine Herausforderung dar und egal ob gutartige oder bösartige Erkrankungen würde ich dieses im privaten Umfeld selbstverständlich thematisieren. Initiativen wie die Blue Ribbon sind aber nach wie vor von sehr hohem Wert und sehr wichtig. Nur der aufgeklärte und informierte Patient kann seine Situation richtig einschätzen und dann die richtigen Entscheidungen treffen.

Wir danken PD Dr. Witt für seine Zeit und Mühe, dieses Interview möglich zu machen!