

**D**ie Früherkennung von Prostatakrebs per PSA-Test ist umstritten. Mit den richtigen Entscheidungskriterien lassen sich jedoch unnötige Operationen nahezu vollständig vermeiden. Das belegen Patientendaten der Martini-Klinik in Hamburg. Chefarzt Hartwig Huland erklärt, warum die Zeit der Überversorgung vorbei ist.

VON NORBERT LOSSAU

**WELT AM SONNTAG: Wie viele Männer sterben an Prostatakrebs? HARTWIG HULAND:** In Deutschland jährlich rund 12.000. Prostatakrebs ist beim Mann die dritthäufigste Krebstodesursache. Dem Tod geht oft ein langes Leben mit starken Schmerzen voraus.

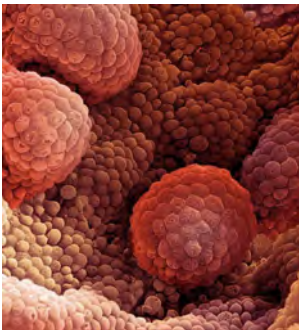
#### Wie hoch ist die Heilungschance?

Das hängt davon ab, wie früh man den Tumor erkennt. Seit 20 Jahren gibt es einen PSA-Bluttest zur Früherkennung von Prostatakrebs. Ein erhöhter PSA-Wert kann auf einen Prostataumor hindeuten. Dank dieses Tests können wir Prostatakrebs heute zehn Jahre früher entdecken. Bevor er zur Verfügung stand, fiel ein solcher Tumor erst auf, wenn er bereits zu einem tastbaren Knoten herangewachsen war. Damals konnte man nur zehn Prozent der so entdeckten Tumoren heilen. Jetzt sind es 70 bis 80 Prozent.

#### Gleichwohl ist der PSA-Test heftig in die Kritik geraten.

Das ist richtig. Es gibt das Problem der Überdiagnose und Übertherapie. Nicht alle durch den PSA-Test entdeckten Karzinome müssen behandelt werden. Das ist nur bei rund jedem zweiten Tumor notwendig. Die Erklärung dafür ist, dass der Prostatakrebs nur sehr langsam wächst, ganz anders als etwa ein Lungenkrebs. Das Problem der möglichen Übertherapie betrifft allerdings nur den frühen – durch den PSA-Wert – entdeckten Prostatakrebs, der noch auf die Prostata begrenzt ist und somit potenziell durch eine Operation beseitigt werden kann, nicht den fortgeschrittenen Tumor, der immer behandelt werden muss.

**Es kann trotz erhöhtem PSA-Wert auch gar kein Tumor vorliegen?**



Auf die Größe kommt es an: Aufnahme von Krebszellen der Prostata

## „Das Problem war die Übertherapie“

Nicht jeder Prostatakrebs, der per PSA-Test entdeckt wird, muss operiert werden. Auf die richtige Einschätzung des Arztes kommt es an

Ja, das kommt vor. Leider ist PSA ein Marker, dessen Konzentration nicht ausschließlich bei Prostatakrebs erhöht ist. Auch Entzündungen und andere Erkrankungen der Prostata können die Ursache sein. Wenn ich bei zehn Männern einen erhöhten PSA-Wert sehe, muss ich mit jedem von ihnen über die Möglichkeit eines Prostatakrebses sprechen. Der nächste Schritt ist die Entnahme einer Gewebeprobe, was unangenehm ist. Und letztlich haben nur vier von diesen Männern tatsächlich einen Prostataumor.

#### Und selbst von diesen vier Männern müssen nicht alle behandelt werden?

So ist es. Die Auswahl der Patienten erfordert größte Sorgfalt. Zum einen spielt es eine Rolle, wie aggressiv der Tumor ist. Zum anderen sollten die Männer mindestens noch eine Lebenserwartung von zehn, besser 15 Jahren haben. Ich würde niemals bei einem 90-Jährigen oder einem schwerkranken 75-Jährigen einen Tumor der Prostata operieren. Wenn man aber alle per PSA-Test entdeckten Tumoren behandelt – was früher hier und da gemacht worden ist – dann ergibt sich eine Übertherapie von mehr als 50 Prozent.

#### Sie arbeiten mit dem Rostocker Max-Planck-Institut für demografische Forschung zusammen. Warum?

Wir müssen ja Lebenserwartungen abschätzen. Die Max-Planck-Forscher haben Tabellen, aus denen man diese in Abhängigkeit vom Alter und lebensverkürzenden Krankheiten ersehen kann. Als Faustformel gilt: Die 25 Prozent Gestündesten eines Jahrgangs, egal ob sie 60, 70 oder 75 Jahre alt sind, werden im Mittel 90.

#### Wie stuft man die Aggressivität eines Tumors in der Prostata ein?

Man betrachtet das Tumorgewebe sehr genau und klassifiziert es auf der von dem US-Pathologen Donald Gleason entwickelten Skala von 1 bis 5 ein. Wenig aggressive Tumoren behandelt man heute nicht, sondern beobachtet sie nur.

#### Überflüssige Operationen lassen sich vermeiden, wenn man so vorgeht?

Weitgehend ja. Bei der Einschätzung der Tumoren spielen inzwischen auch bildgebende Verfahren eine wichtige Rolle. Mithilfe der Magnetresonanztomografie

(MRT) lassen sich behandlungsbedürftige Tumoren noch nicht perfekt, aber immer besser einsehen.

#### Welche Rolle spielt die Tumorgroße?

Wir wissen von Autopsien, dass die Hälfte aller Männer über 60 einen Prostatakrebs hat. Aber nur die größeren und aggressiveren werden zu Lebzeiten gefährlich. Man muss nur die acht Prozent größten Tumoren behandeln. Diese haben ein Volumen von mindestens 0,5 Kubikzentimeter – das ist halb so groß wie ein Stück Würfelzucker. Mithilfe der MRT werden wir hoffentlich in Zukunft noch besser abschätzen können, ob ein Tumor diese Größe überschritten hat.

#### Warum müssen nur die acht Prozent größten Tumoren operiert werden?

Aus statistischen Analysen ist bekannt, dass das Lebenszeitrisiko eines Mannes, an Prostatakrebs zu erkranken, bei ungefähr acht Prozent liegt. Drei Prozent aller Männer sterben an diesem Krebs. Da ein Tumor umso gefährlicher ist, je größer er ist, hat man sich bei den Autopsien verstorbener Männer die acht Prozent größten Prostataumoren angeschaut und gefunden, dass diese ungefähr 0,5 Kubikzentimeter groß sind.

#### Wie viele der behandelten Männer leben noch nach 10 oder 15 Jahren?

Von unseren Patienten leben 15 Jahre nach der Operation noch 86 Prozent. Bei denen, die in einem Alter unter 65 behan-

delt worden sind – das sind zwei Drittel – sind es sogar 90 Prozent. Wir haben offenbar schon immer die richtigen Patienten mit einer guten Lebenserwartung ausgewählt. Dazugelebt haben wir in den vergangenen zehn Jahren allerdings bei der richtigen Einschätzung der Tumoren, dem zweiten wichtigen Auswahlkriterium, um eine Übertherapie zu vermeiden. Heute stellen wir nach einer Operation nur noch in 2,8 Prozent der Fälle fest, dass der Prostatakrebs kleiner als 0,5 Kubikzentimeter war. In diesen Fällen hätten wir uns die Operation also sparen können. Früher war dieser Wert deutlich größer und lag bei uns bei acht Prozent, in einigen US-Zentren betrug er bis zu 30 Prozent.

#### Sind 2,8 Prozent im internationalen Vergleich ein besonders guter Wert?

Ich denke, dass es überall die gleiche Lernkurve gegeben hat und anderenorts das heute genauso gut gemacht wird wie bei uns und damit eine massive Übertherapie der Vergangenheit angehört. Was uns jedoch von anderen unterscheidet, ist die intensive statistische Aufbereitung aller Daten, also gleichsam die medizinische Qualitätskontrolle.

#### Was könnte in Deutschland bei der Nachbetrachtung von Behandlungserfolgen verbessert werden?

Die Nachsorge von Patienten findet hierzulande in aller Regel in Fachpraxen statt. Dort werden sie gut versorgt, doch die Krankenhäuser haben keine Rückmeldung, wie erfolgreich ihre Eingriffe waren. Das erschwert die Qualitätskontrolle von Operationen. Es gibt internationale Initiativen, diese Lücke zu schließen. Der US-Ökonom Michael Porter von der Harvard Business School bescheinigt dem sonst guten deutschen Gesundheitssystem eine gravierende Schwäche – die fehlende Erfassung von Behandlungsergebnissen.

#### Porter lobte 2014 in einem Fachaufsatz die umfassende Datenbank und die damit verbundene Qualitätskontrolle in der Martini-Klinik.

Darüber haben wir uns natürlich sehr gefreut. Es ist viel Aufwand, Jahr für Jahr von allen Operierten die Ergebnissdaten zu erfassen und so standardisieren, damit sie vergleichbar sind. Der Weg zu einem internationalen Standard ist noch weit.

### HARTWIG HULAND CHEFARZT



Huland studierte Medizin an den Universitäten in Tübingen, Innsbruck und Hamburg. 1988 wurde er Professor an der FU Berlin.

1991 wechselte er an das **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**. Seit 2004 ist er Chefarzt der privaten Martini-Klinik, die sich auf die Behandlung von Prostatakrebs spezialisiert hat.