Prostatakarzinom

Radikale OP auch bei hohem PSA sinnvoll?

— PSA-Werte oberhalb von 100 ng/ml galten lange Zeit als Indikator für metastasierten Prostatakrebs, dem chirurgisch nicht mehr abzuhelpen sei. In einer europäischen Multizenterstudie wurde nun untersucht, ob es tatsächlich einen oberen Schwellenwert für den PSA-Wert gibt, ab dem sich eine radikale Prostatektomie verbietet [Gontero P et al. *BJU Int* 2011; 108: 1093–100]. Dazu wurden die Daten von 712 Patienten mit PSA-Werten > 20 ng/ml analysiert, die sich einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten. 527 von ihnen hatten vor dem Eingriff einen PSA-Wert bis 50 ng/ml, 137 bis 100 ng/ml und 48 einen PSA-Wert über 100 ng/ml. Ihre Tumoren waren klinisch als T1–T4 N0 klassifiziert worden und nicht an Sphinkter oder Rektum fixiert gewesen.

Die projizierten krebsspezifischen Zehn-Jahres-Überlebensraten nahmen zwar mit steigendem PSA signifikant ab. Dennoch fielen die Ergebnisse auch für die Gruppe mit den höchsten PSA-Pegeln erstaunlich positiv aus: Die tumorspezifische Überlebensquote betrug hier 79,8 %. Lag der PSA unter 100 ng/ml, berechnete sich die Rate zu 85,4 %, unterschritt er 50 ng/ml, erreichte sie 90,9 %. Die Gesamtüberlebensraten für zehn Jahre unterschieden sich nicht signifikant – errechnet wurden in Richtung fallender PSA-Konzentrationen 59,6 %, 71,8 % und 75,3 %.

Eines sollte dabei allerdings nicht vergessen gehen: Ist der PSA-Wert höher als 20 ng/ml, wirkt die radikale Operation allein nur selten kurativ. Bei einem PSA von mehr als 100 ng/ml erzielt die Chirurgie für sich genommen eine Heilungsrate von 8,3 %, bei Werten von 20–50 ng/ml werden 25,8 % der Patienten durch alleinige Prostatektomie kuriert. Wenn überhaupt, kann die radikale Operation bei diesen PSA-Konzentrationen daher nur als Teil eines multimodalen Therapiekonzeptes angesehen werden, zu dem auch Hormon- und Strahlenbehandlung gehören. Ob diese Strategie wirklich aufgeht, müssen prospektive Vergleichsstudien klären. *Dr. Robert Bublak*

Beträchtliche Komplikationsrate

Erst die Prostatabiopsie, dann der Infekt

— Die Zahl der Komplikationen nach einer Prostatabiopsie ist in den vergangenen 20 Jahren signifikant gestiegen. Diese Zunahme geht vor allem aufs Konto von Infektionen. Forscher vermuten einen Zusammenhang mit der gewachsenen Resistenz von Keimen, die den Effekt der antibiotischen Prophylaxe durchkreuzt. In einer Studie hatten sie eine Stichprobe von über 65-jährigen Medicare-Versicherten untersucht [Loeb S et al. *J Urol* 2011; 186: 1830–4]. 17.472 der Probanden hatten sich zwischen 1991 und 2007 einer Prostatabiopsie unterziehen müssen. Als Kontrollpersonen dienten 134.977 Versicherte mit ähnlichen Merkmalen, die nicht biopsiert worden waren. Verglichen wurde die Häufigkeit, mit der die Männer 30 Tage nach der Biopsie oder in einem analogen Zeitraum nach einem zufällig gewählten Termin (Kontrollgruppe) stationär behandelt werden mussten.

Die Hospitalisationsrate betrug für die Biopsierten 6,9 %, für die Nicht-Biopsierten 2,7 %. Nach dem Abgleich von Parametern wie Alter und Begleiterkrankungen zeigte sich, dass das Risiko, sich ins Krankenhaus begeben zu müssen, während der ersten 30 Tage nach einer Prostatabiopsie um den Faktor 2,65 höher lag. Dabei war die Rate nicht infektiöser Komplikationen über die Jahre stabil geblieben, die Quote von Infektionen hingegen deutlich gestiegen. Hatten sich 1991 noch 0,5 % der Männer nach einer Prostatabiopsie infektionsbedingt stationär behandeln lassen müssen, lag dieser Anteil im Jahr 2007 bei 1,2 %.

Die Autoren fordern daher, Kandidaten für die Prostatabiopsie sorgfältig nach Nutzen und Gefahren auszuwählen und vor dem Eingriff entsprechend zu beraten. Das Risiko, durch die Biopsie ernsthafte Komplikationen zu erleiden, sei keineswegs zu vernachlässigen. *Dr. Robert Bublak*

Elektronische Gesundheitskarte

E-Notfalldaten sollen teilautomatisiert befüllt werden

— Die elektronischen Notfalldaten (E-Notfalldaten) sollen eine der ersten Online-Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden. Doch ihre Akzeptanz nicht nur unter Versicherten, sondern auch unter Ärzten hängt vor allem von der Praktikabilität im Alltag ab. Die Bundesärztekammer (BÄK), die verantwortlich für die Ausgestaltung der E-Notfalldaten ist, schlägt vor, die Notfalldaten ohne PIN-Eingabe anzulegen, sodass sie im Notfall ausgelesen werden können. Laut BÄK-Plänen sollen umfangreiche Daten von den befüllenden Ärzten hinterlegt werden. So sollen Diagnosen samt ICD-10-Code, aber ebenso weitreichende Infos zur Medikation wie Arzneimittel, Darreichungsform, Applikationsweg, Dosierungsschema und Hinweise zur Medikation im Notfalldatensatz stehen.

Die Datenübertragung soll nach Wunsch der BÄK über eine gut funktionierende Schnittstelle zur Praxissoftware laufen. Die

Ärzte sollten dann über ein Dropdown-Menü etwa Diagnosen auswählen können, die unbedingt im Notfalldatensatz stehen sollten.

Ändert ein Arzt einen Notfalldatensatz, soll er die Möglichkeit haben, übernommene Befunde, Arzneien etc., die er nicht selbst geprüft hat, als „Fremdbefund“ oder „Fremdmedikation“ zu markieren. Die BÄK hat bereits ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, mit dem festgestellt werden soll, inwieweit die Markierung mit „Fremdbefund“ einen Arzt rechtlich schützt.

Verliert ein Versicherter seine eGK, dann sind in der Startphase auch seine Notfalldaten weg, weil die Daten direkt auf der Karte liegen. Sie werden vorerst nicht an zentraler Stelle gesichert. Der Versicherte muss daher mit seiner neuen Karte zu dem Arzt gehen, der den Notfalldatensatz angelegt hat und eine Kopie des Notfalldatensatzes auf die neue Karte aufspielen kann. *Rebekka Höhl*