

Leserbrief zum aktuellen Fall der Gutachterstelle im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2026, Seite 16

Werte Damen und Herren,
Werter Kollege Dr. Kluge,

mit meiner Zuschrift wage ich mich als Nicht-Urologe, Nicht-Radiologe und Nicht-Onkologe auf unsicheres Terrain vor. Wie meist fehlen mir einige meines Erachtens wichtige Angaben, beispielsweise das Grading beziehungsweise der Gleason-Score des Prostatakarzinoms.

Beim Opsoklonie-Myoklonie-Syndrom musste ich erst eine Internetrecherche betreiben; das Krankheitsbild war mir vorher unbekannt: Es handelt sich um ein insgesamt sehr seltenes autoimmunes und dann häufig paraneoplastisch ausgelöstes Krankheitsbild, das aus der Pädiatrie – und hier bei Neuroblastomen – bekannt ist. Beim Prostatakarzinom bei Erwachsenen ist es eine absolute Rarität, „Einzelfälle sind beschrieben“. Hut ab vor den Kollegen der Neurologie, die dies richtig zugeordnet haben.

Die Durchführung eines PSMA-PET-CT beim Prostatakarzinom ist als Kassenleistung überhaupt erst seit 2024 (Internetrecherche) geregelt, und auch derzeit nur eingeschränkt auf spezielle Indikationen und keinesfalls bei jedem Prostata-Ca-Patienten möglich.

In Einzelfällen konnte es als Einzelfallentscheidung auch früher schon von den Krankenkassen übernommen werden. Beantragung und Genehmigung waren schwierig und langwierig (ich habe das bei Patienten erlebt). Es handelt sich also keinesfalls um eine Diagnostik, die dem Patienten „einfach zu stand“. Von wem wurde denn das PET-CT 10/20 veranlasst beziehungsweise wurde es privat bezahlt?

Zum Befund des PET-CT: Wie sicher ist überhaupt der dort ausgesprochene „hochgradige Verdacht“ auf ein Rektum-Ca? Wurde dieser bioptisch oder per Sectio pathologisch-histologisch gesichert? Es ist bekannt, dass insbesondere niedrig differenzierte Tumoren

rasch Subklone mit abweichenden Expressionen bestimmter Marker, Oberflächenantigene und Mutationen entwickeln. Fünf bis zehn Prozent der Prostatakarzinome (Internetrecherche) sollen Subklone mit niedriger PSMA-Expression entwickeln. Das Nebeneinander von Herden mit starker, mäßiger und niedriger PSMA-Expression könnte sich also auch durch den einen gesicherten Tumor – das Prostatakarzinom – erklären, wenn keine bioptische Sicherung eines Rektum-Ca stattgefunden hat.

Und selbst wenn das Rektum-Ca gesichert ist: Ist es auch die Todesursache? Die eigentlich entscheidende Frage ist aber eine ganz andere: Bei einem R1-Tumor wäre meines Erachtens eine Radiatio zwingend indiziert gewesen, je nach Histologie (s.o.) sogar als kombinierte Radio-Chemotherapie. Warum hat diese nicht stattgefunden – obwohl sie mindestens zwei Mal vorgeschlagen wurde?

Auch wenn diese Therapie eine Heilung keinesfalls garantiert hätte – ohne diese ist bei einer R1-Situation mit einem

Lokalrezidiv wie auch einer Metastasierung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu rechnen. ■

Dr. med. Thomas Werlich, Neumark