

Therapieverfahren PC (Stand: 1/2026)

Verfahren	Active Surveillance	LDR Brachytherapie	Kombitherapie (Brachy & perkutane Radiatio)	Perkutane Strahlentherapie (p) (perkutane Radiatio)	Radikale Prostatektomie 1. Offene Chirurgie 2. Laparoskopische Technik 3. Roboter assistierte Technik
Aufwand	ambulant Kein Eingriff	ambulant einmalige Narkose	ambulant einmalige Narkose & 45Gy d.h. 22 Werkstage Strahlentherapie	ambulant 78Gy: 39 Werkstage	stationär 8-10 Tage stationär
Anschluss-Heilbehand- lung (REHA)	nein	nein	nein	nein	ja
Indikation**	Niedrig Risiko PSA≤10µg/l, Gleason Score 6, 7a, T1 bis T2a Tumor in ≤2 Stenzen, ≤50% Tumolvolumen	Niedrig Risiko	Intermediäres Risiko	Niedrig bis hohes Risiko	Niedrig bis hohes Risiko
Hormonzusatzbehand- lung	nein	nein	ja	ja	nein
Empfehlung EAU (Europäische Urologen- gesellschaft) oder AUA (Amerikanische Urologen- gesellschaft)	ja	ja	nein (noch zu wenig Studien)	ja	ja
Langzeitergebnisse (> 10 Jahre)	ja	ja	ja	ja	ja
Diskussionspunkte	Pro: Eine Verzögerung der Therapie um 15,7Monaten, 26,5Monate, 2,6Jahre bzw. 3,9Jahre verschlechtert die Prognose nicht.(L) Kontra: Ca. ein Drittel der Patienten mit einer mittleren Beobachtungszeit von 6,8J. gehen in den Progress. 50% davon haben dann ein PSA Rezidiv oder eine PSA Persistenz.(L)	Blasenauslassobstruk- tion*** (vorübergehend über 6 Monate in 1,5-22%*** vorübergehend in ca. 10% suprapubischer Ka- theter folgende TURP bis zu 8,7%*** Unwillkürlicher Urinver- lust 0-19%*** Strahlenproktitis 5-21%*** Erektionsstörung: bis zu 40% nach 3-5 Jahren*** Erhalt der Ejakulation ca. 70%	Blasenauslassobstruktion (vorübergehend über 6 Monate in 1,5-22%) vorübergehend in ca. 10% suprapubischer Katheter folgende TURP bis zu 8,7% Strahlenproktitis 5-21% Erektionsstörung: bis zu 40% nach 3-5 Jahren Strahlenblase: 5,3% Unwillkürlicher Urinverlust 0-19% Strahlenproktitis 8,2% Chronische Durchfälle: 3,7% Beinödeme: 1,5%	Blasenauslassobstruktion*** (vorübergehend über 6 Monate in 1,5-22%)*** Strahlenblase: 5,3%*** Langzeiturinverlust: 5,3%*** Strahlenproktitis 8,2%*** Chronische Durchfälle: 3,7%*** Beinödeme: 1,5%*** Erhöhte Inzidenz für Blasen (2,34 fach)***- und Rektumkarzinom (1,7 fach)*** Ergebnisse bei 70 Gy mit erhöhtem Tumorrezidivrisiko	Lernkurve*: gute Resultate bei ad 1. erst ab 250 Eingriffen ad 2. erst ab 500 Eingriffen ad 3. erst ab 1000 Eingriffen damit verbunden: Positive Schnittränder: 22% ad 3., d.h. zurückgelassener Tumor Lymphadenektomie*: bisherigen Ergebnisse zeigen keinen Benefit von der Lymphadenektomie nur höherer Komplikationsraten Perioperativer Tod: 0-2,1%*** Intraoperative massive Blutung: 1,0-11,5%*** Rektumverletzung: 0,0-5,4%*** Tiefe venöse Thrombose: 0,0-8,3%*** Lungenembolie: 0,8-7,7%*** Lymphocele: 1,0-3,0%*** Urinfistel: 0,3-15,4%*** Geringe Belastungsinkontinenz: 4,0-50%*** Ausgeprägte Belastungsinkontinenz: 0,0-15,4%*** Erektionsstörung: 29-100%*** Blasenhalsobstruktion: 0,5-14,6%*** Harnleiterverschluss: 1,0-0,7%*** Harnleiterstriktur: 2,0-9,0%***

Verfahren	Active Surveillance	LDR Brachytherapie	Kombitherapie (Brachy & perkutane Radiatio)	Perkutane Strahlentherapie (p) (perkutane Radiatio)	Radikale Prostatektomie 1. Offene Chirurgie 2. Laparoskopische Technik 3. Roboter assistierte Technik
Qualitätskontrolle	Intern	Extern* und Intern	Extern* und Intern	Extern* und Intern	Intern
Indikation**		Risikogruppen**	niedrig intermediär hoch	≤T2a, PSA<10ng/ml, Gleason <7 ≤cT2c, PSA: 10-20ng/ml, Gleason >7 ≤cT3, PSA: >20ng/ml, Gleason ≥7	

* Überprüfung der Ärztekammer im Rahmen der Strahlentherapieanwendung

***aus: Guidelines on Prostate Cancer, EAU (European Association of Urology) 2022 von A. Heidenreich, G. Aus, C.C. Abbou, M. Bolla, S. Joniau, V. Matveev, H-P. Schmid, F. Zattoni

Risiko in Abhängigkeit vom Gleason Score ein biochemisches Rezidiv zu entwickeln		
Gleason Score	Malignitäts- grad	Biochemische Progressionswahrscheinlichkeit
6	1	1,00 %
7a	2	2,60 %
7b	3	8,50 %
8	4	16,80 %
9-10	5	29,20 %

Diese Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Wiedergabe der korrekten Daten von wissenschaftlichen Ergebnissen, die sich jederzeit, auch durch neue Studien, ändern können!
Sie soll in dem persönlichen Patienten-Arztgespräch zur individuellen, korrekten Therapiefindung dienen.
Dr. Florian Deindl