

Dieter Voland und die volle Wahrheit über die Dreifache Hormonblockade bei Prostatakrebs

Weil ich nach Eintritt in die SHG im Jahre 2010 zunächst Herrn Voland vertraut hatte, hatte ich geglaubt, in der SHG Prostatakrebs Pforzheim würden zutreffende und aktuelle Forschungsergebnisse über Prostatakrebs-Therapien verbreitet. Auch die Aussagen einiger SHG-Mitglieder, die bereits Dreifache Hormonblockade (DHB) praktiziert hatten klangen positiv.

Nachdem ich jedoch in einem anderen Zusammenhang feststellen musste, dass Herr Voland ein sehr taktisches Verhalten zur Wahrheit an den Tag legte, kamen mir an seiner Propaganda für die DHB erste Zweifel. Je mehr ich mich jedoch im Internet über die Dreifache Hormonblockade informierte, desto größer wurden meine Zweifel und Bedenken gegen die Dreifache Hormonblockade (DHB). Ich kann nur jedem Betroffenen eindringlich raten, die Empfehlungen des selbsternannten Prostata-Experten Dieter Voland nicht blindlings zu glauben, sondern alle seine Äußerungen über die angeblich so risikolose und nebenwirkungsarme Therapie, die eine bestmögliche Lebensqualität gewährleiste, kritisch zu hinterfragen und zu überprüfen. Die Ratschläge des Herrn Voland halten keiner objektiven Überprüfung stand.

Die ungeschminkte Wahrheit über die DHB sieht völlig anders aus. Anders als Herr Voland es in seinem Vortrag "Hormonblockade-wann – wie - SHG Pforzheim 11.09.2013" suggeriert, nachzulesen unter dem Link:

<http://www.prostatakrebs-selbsthilfe-pforzheim.de/therapie/>

ist die **Dreifache Hormonblockade:**

- 1.) **als Erstlinientherapie (Folien 5, 9 und 35 ff. des Vortrags) vollkommen ungeeignet, da sie nicht kurativ (heilend) wirkt.**
- 2.) **als intermittierend (unterbrechend befristete) angelegte Therapie nicht besser als die permanente Hormonblockade (Folie 31), sondern schlechter, weil sie eine kürzere Lebenserwartung bewirkt, obwohl Herr Voland auf dieser Folie das Gegenteil behauptet.**
- 3.) **bei Weitem nicht so nebenwirkungsarm (Folie 41) wie von Herrn Voland teilweise wahrheitswidrig dargestellt. Gravierendste Nebenwirkungen wie akutes Nierenversagen, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Entwicklung anderer Krebserkrankungen werden geflissentlich verschwiegen.**
- 4.) **keine Therapie, deren Nebenwirkungen angeblich allesamt reversibel (umkehrbar) und zeitlich begrenzt (Folie 42) sind.**
- 5.) **keine Therapie, nach deren Anwendung dem Patienten noch alle Therapie-Optionen unvermindert (Folie 48) offen stehen.**
- 6.) **keine Therapie, die eine "gute Lebensqualität" (Folien 65, 66) gewährleistet.**

Wenn Herr Voland die DHB als Primärtherapie empfiehlt, dann verleitet er Patienten, die einen heilbaren Prostatakrebs haben, zu einer nicht heilenden, lindernden Therapie. Dies und das Verschweigen tödlicher Nebenwirkungen halte ich für besonders fatal.

Neuere Forschungsergebnisse oder aktuelle Veröffentlichungen, die nicht in das Weltbild von Herrn Voland passen, werden einfach nicht zur Kenntnis genommen. In den SHG-Informationen finden sich keine Hinweise auf Artikel, die mit unserer Website

<http://www.prostatakrebs-info-pforzheim.de/>

verlinkt sind, wie:

**“Kein Vorteil für Hormonentzug” oder
“Vielleicht ist es besser nichts zu machen als eine Hormontherapie”.**

Mit seinen Ratschlägen zur DHB betreibt Herr Voland eine in meinen Augen unangemessene Schönfärberei und bedenkenlose Verharmlosung. Ich kann nur jedem Betroffenen eindringlich raten, nicht auf die Schalmeei-Töne des DHB-Gurus Voland hereinzufallen, sondern sich vor einer Therapie-Entscheidung objektiv und umfassend über die Nebenwirkungen aller Therapien zu informieren. Die DHB ist als medikamentöse Kastration ein schwerwiegender Eingriff in die männliche Integrität. **Lesen und surfen Sie, werden Sie ein wahrhaft mündiger Patient! Nicht die persönlichen “Erfahrungen” eines Einzelnen sind relevant, sondern die Erkenntnisse der urologischen und onkologischen Wissenschaft!** Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse finden ihren Niederschlag in der S 3 Leitlinie. Aus diesem Grunde erwartet die Beratungshotline des BPS von ihren Beratern, dass sie hilfeschuchende Anrufer auf der Basis dieser Leitlinie beraten. Da sich Herr Voland nicht an diese Übereinkunft hielt, musste er seine Tätigkeit für die Hotline einstellen.

Lesen Sie die nachfolgenden sechs Gegenargumente gegen die Behauptungen von Herrn Voland über die Dreifache Hormonblockade und überprüfen Sie die Quellenangaben; Sie werden erstaunt sein!

1.) Die DHB ist als Erstlinientherapie (Folien 5, 9 und 35 ff. des Vortrags) vollkommen ungeeignet, da sie nicht kurativ (heilend) wirkt.

Jegliche Form der Hormonblockade kann keine heilende Wirkung entfalten, denn:

“Bereits im normalen Prostataepithel finden sich Zellpopulationen (Basalzellen), die die totale Androgenblockade, jede Form der Bestrahlung und die zytostatische Chemotherapie unbeschadet überstehen.” (Zitat Prof. Dr. H. Bonkhoff)

http://www.prostapath.org/download/PDF_09.pdf

In der S 3 Leitlinie Prostatakarzinom, in welcher der aktuelle Stand uro-onkologischer Erkenntnisse seinen Niederschlag (s. o.), wird die Dreifache Hormonblockade nicht empfohlen.

In dem Patientenratgeber zur S 3-Leitlinie "Prostatakrebs II" heißt es auf Seite 49 wörtlich:

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLp3_Prostatakrebs_2013-04.pdf

"Die dreifache Hormonblockade ist ein experimentelles Verfahren, dessen Wirksamkeit durch Studien nicht belegt ist. Es wird in der Leitlinie nicht empfohlen."

Der Patientenratgeber empfiehlt nur in den nachstehend genannten Fällen eine einfache Hormonblockade (**nicht DHB!!!**): "Ein alleiniger Hormonentzug kommt für Sie in Frage, wenn:

- Ihr Tumor bereits so weit fortgeschritten oder metastasiert ist, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist;
- Sie ein lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom haben und aus Altersgründen das Operations- oder Bestrahlungsrisiko scheuen;
- Ihre körperliche Verfassung eine Operation oder Bestrahlung nicht sinnvoll erscheinen lässt;
- Sie im Rahmen des langfristigen Beobachtens Folgen der Erkrankung lindern wollen." (Ende des Zitats).

Sogar der Urologe Dr. Frank Eichhorn, Bad Reichenhall, ansonsten einer der ganz wenigen Urologen, welche ihren Patienten die DHB empfehlen, schrieb zur Frage der DHB als Erstlinientherapie folgendes:

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.promann-hamburg.de%2FWil%2FWilGesamt.doc&ei=fhUQVY3hE43jO8W0gbgL&usg=AFQjCNEulpyBtiVe_jTLBgO3bs_cwFkncA

"Eine Anmerkung von mir sei erlaubt – auch wenn ich damit alle Leibowitz fan's irritiere: wenn die staging Untersuchungen ergeben, dass ein offensichtlich organbegrenzt Prostatakarzinom vorliegt, sollte man sich doch gut überlegen, ob man die damit verbundene **Chance auf Heilung** durch eine lokale Therapie **leichtfertig auf's Spiel setzt!**" (Ende des Zitats).

Dennoch empfiehlt Herr Voland die DHB als Primärtherapie und negiert dabei, dass spezialisierte Prostatakrebs-Zentren hohe Heilungsraten bei organbegrenzten Tumoren vorweisen können, wie z.B.:

<https://www.martini-klinik.de/resultate/heilungsraten/biochemische-rezidivfreiheit/>

Laut Herrn Voland (Folie 9) hat die Hormonblockade als Primärtherapie "Gute Chancen nur bei Niedrig- und mittlerem Risiko", also ausgerechnet in den Fallkonstellationen, in denen durch eine lokale Therapie die Heilungschance am höchsten ist. Und gerade solchen Patienten empfiehlt Herr Voland eine nicht heilende Therapie wie die Hormonblockade! So verhindert er eine höchstwahrscheinliche Heilung!

2.) Die DHB ist als intermittierend (unterbrechend befristete) angelegte Therapie nicht besser als die lebenslange Hormonblockade (Folie 31), sondern schlechter, weil sie eine kürzere Lebenserwartung bewirkt, obwohl Herr Voland auf dieser Folie das genaue Gegenteil behauptet.

Zum Vergleich zwischen der intermittierenden und der permanenten Hormonblockade kann man im Urologielehrbuch folgendes nachlesen:

http://www.urologielehrbuch.de/prostatakarzinom_09.html

“In der größten randomisierten Studie (SWOG 9346, n=1535) zeigte sich jedoch in der Gruppe der intermittierenden Hormontherapie eine geringere Lebenserwartung (5,1 vs. 5,8 Jahre)” (Ende des Zitats)

Auch die renommierte medizinische Fachschrift New England Journal of Medicine veröffentlichte 2013 einen Artikel über eine vergleichende Studie zwischen intermittierender und permanenter Hormonblockade:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1212299>

In dieser Studie wurde der Nachweis erbracht, dass die intermittierende Hormontherapie beim metastasierten, hormonsensitiven Prostatakarzinom eine kürzere Lebenserwartung bewirkt als die kontinuierliche Therapie.

Auf der nachstehenden Website eines an Prostatakrebs erkrankten Mitbetroffenen:

<http://prostatakrebs-tipps.de/behandlung/hormontherapie/>

können Sie das folgende wörtliche Zitat lesen:

“Meine neusten Erkenntnisse (vom Oktober 2014, Vortrag Dr. Carsten-H. Ohlmann, Uniklinik Saarland):

Keine Intermittierende Hormontherapie bei hoher Tumor Aggressivität und wenn Metastasen nachgewiesen sind.

Während der Aussetzung der Therapie, wenn Testosteron wieder da ist, können sich neue Metastasen entwickeln und vorhandene weiter schnell wachsen. Das habe ich auch bei mir selbe festgestellt: in der Therapiepause hat sich eine neue, schnellwachsende und schmerzhafte Metastase in der Wirbelsäule entwickelt.” (Ende des Zitats)

Und dann soll lt. Voland die intermittierende Therapie der kontinuierlichen überlegen sein???

3.) Die DHB ist bei Weitem nicht so nebenwirkungsarm (Folie 41) wie von Herrn Voland teilweise euphemistisch dargestellt. Gravierendste Nebenwirkungen wie akutes

Nierenversagen, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Entwicklung anderer Krebserkrankungen werden geflissentlich verschwiegen.

Auf Folie 41 listet Herr Voland insgesamt nur 8 Nebenwirkungen der DHB auf und bagatellisiert diese. Wichtige und schwerwiegende Nebenwirkungen werden in dieser Auflistung verheimlicht. Durch die DHB-Medikamente wird ein Mann seiner Männlichkeit beraubt, d.h. entmannt. Die DHB bewirkt eine medikamentöse Kastration mit schwerwiegendsten Nebenwirkungen. Die zwangsläufige Impotenz durch die DHB wird von Herrn Voland geleugnet, er behauptet, durch die DHB gehe nur die Libido verloren, nicht aber die sexuelle Fähigkeit (Folie 41). Diese Behauptung ist unzutreffend (vgl. 6. "gute Lebensqualität").

Von Herrn Voland **verschwiegene Nebenwirkungen der DHB:**

- Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Hierbei wird sowohl die
- Gedächtnisleistung als auch die
- Denkfähigkeit beeinträchtigt.
- Blutarmut (Anämie)
- Diabetes
- Depressionen
- Adipositas (Zunahme der Fettmasse um 21%)
- Anstieg des Körpergewichts
- Verkleinerung des Hodenvolumens
- Verminderung der Spermienproduktion
- Pressung und Quetschung am Rückenmark
- Akutes Nierenversagen (THE LANCET Oncology)
- Herzinfarkt und Herzleistungsschwäche (erhöhtes Risiko gerade bei DHB!)
- Entstehung anderer Krebsarten

Quellen:

<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/behandlung-antihormontherapie.php#inhalt11>

<http://prostatakrebs-tipps.de/testosteron/http://prostatakrebs-tipps.de/testosteron/>

<http://www.patienteninfo-service.de/a-z-liste/xyz/zoladexR-36-mg-fertigspritze-mit-sicherheitssystem-mit-implantat-zur-sc-injektion/>

http://www.msd.de/fileadmin/files/gebrauchsinformationen/GI_PROSCAR_5mg_Filmtabletten.pdf

[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(13\)70361-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(13)70361-9/abstract)

In den Beipackzetteln von Zoladex und Proscar (beide Medikamente sind Bestandteil der DHB) wird auf die Entstehung von Krebsarten (**Hypophysentumor, Brustkrebs**) als Nebenwirkung der Einnahme dieser Medikamente hingewiesen.

Unter dem nachstehenden Link:

<http://www.onmeda.de/Wirkstoffe/Dutasterid/nebenwirkungen-medikament-10.html>

heißt es zu den Nebenwirkungen von Dutasterid (Bestandteil der DHB!): “Jedoch kommt es zu einem **vermehrten Auftreten aggressiverer Krebsarten, die schwer zu behandeln sind.**”

Auch Prof. Dr. Helmut Bonkhoff weist darauf hin, dass durch Androgenentzugstherapien andere Krebsarten entstehen (Wil de Jongh: Gutachten von der Leberbiopsie):

“Die meisten dieser Tumore entwickeln sich unter Androgenunterdrückung aus üblichen prostatichen Adenokarzinomen und entwickeln ausgedehnte Metastasierung an Stellen wie der Leber, weichem Gewebe und dem Magen-Darm-Trakt, ohne dass dies mit einem Anstieg des Serum-PSAs einherginge. Zusammenfassend habe ich keinen Zweifel daran, dass Wil de Jongh an Prostatakrebs starb, der sich **nach einer Androgenentzugstherapie in ein reines neuroendokrines Karzinom gewandelt hatte.**”

4.) Die DHB ist keine Therapie, deren Nebenwirkungen angeblich allesamt reversibel (umkehrbar) und zeitlich begrenzt (Folie 42) sind.

http://www.onkosupport.de/e974/e1743/e1861/e2095/e3610/ifo1104_42.pdf

“Hingegen fehlen spezifische Therapieoptionen, um metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen effektiv zu verhindern.”

Seit wann sind **Akutes Nierenversagen, Herzinfarkt und Krebs** (siehe 3.) reversibel und zeitlich begrenzt?

Auch die eintretende **Impotenz** durch die DHB ist **nicht reversibel** (siehe 6.)

5.) Die DHB ist keine Therapie, nach deren Anwendung dem Patienten noch alle Therapie-Optionen unvermindert (Folie 48) offen stehen.

Teilweise klagen Patienten, dass einige Operateure es ablehnen, zu operieren, wenn die Patienten vorher eine DHB gemacht haben. (siehe auch):

<http://www.onmeda.de/forum/prostatakrebs/83997-dhb-und-rp>

Fakt ist laut Dr. Kahmann: zum einen empfehlen die meisten Operateure, **vor einer radikalen Prostatektomie keine Hormonblockade!** In der Tat ist danach die Anatomie deutlich verändert. Ferner kommt es Proscar zu einer Schrumpfung der Prostata mit weitreichenden Gewebeeränderungen. Dies erschwert eine nervenerhaltende Operation. Außerdem wird die Histologie so verändert, dass man Absetzungsänderer mehr sicher beurteilen kann und das pathologische Staging des Patienten unter Umständen falsch ist.

Anders als Herr Voland behauptet stehen also nach einer DHB dem Patienten eben nicht mehr alle Optionen unverändert offen!!

6.) Die DHB ist keine Therapie, die eine “gute Lebensqualität” (Folien 65 f.) gewährleistet.

Die Vorstellung von einer "guten Lebensqualität" wird häufig subjektiv und individuell unterschiedlich sein. Mit Krankheiten wie Depression, Herzinfarkt und Krebs wird eine "gute Lebensqualität" nicht möglich sein.

Viele Männer verbinden die Aufrechterhaltung der Potenz mit einer "guten Lebensqualität". Ein erfülltes Sexualleben besitzt für diese Männer einen hohen Stellenwert und Impotenz ist für sie gleichbedeutend mit schlechter Lebensqualität.

Erstaunlich ist die Ungleichgewichtigkeit der Argumentation des Herrn Voland. Auf Folie 10 schildert er mit Akkuratessse die Nebenwirkungen einer radikalen Prostataoperation (Impotenz, trockener Orgasmus, Zeugungsunfähigkeit)

Eine vergleichbare Sorgfalt lässt der Herr Voland bei den Nebenwirkungen der DHB vermissen. Auch bei der DHB sind diese Nebenwirkungen nicht nur möglich, sondern sogar wahrscheinlich.

Mit dem Oberbegriff Potenz werden gemeinhin zwei Aspekte bezeichnet: die *potentia coeundi* (d.h. die Fähigkeit zum GV, abhängig von der Gliedsteife) und die *potentia generandi* (d.h. die Zeugungsfähigkeit). Zu den Nebenwirkungen der DHB gehört die Impotenz in beiden Aspekten. Auch dies wird von Herrn Voland geflissentlich verschwiegen.

Im Rahmen einer Dissertation an der Universität des Saarlandes wurde eine bundesweite Fragebogenaktion mit Patienten, die eine Dreifache Hormonblockade als Therapie des Prostatakarzinoms durchgeführt hatten, ausgewertet:

http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2015/6002/pdf/Promotion_David_Schmitt.pdf

"Bei den Patienten, die vor und nach der DHB befragt wurden, ergab sich auch 1 Jahr nach Therapieende unter Fortführung der Finasterid Maintenance eine **hoch signifikante Verschlechterung** gegenüber dem IIEF-5-Score (International Index of Erectile Function, Internationaler Test zur Ermittlung von Erektionsstörungen) vor der Therapie ($p < 0,001$). **Damit scheint die DHB -in Bezug auf unsere Studienpopulation- einer chirurgischen Therapie in einem spezialisierten Zentrum bezüglich der posttherapeutischen erektilen Funktion nicht überlegen zu sein.**"

Obwohl die Teilnehmer an der Fragebogenaktion relativ jung waren und offensichtlich nur diejenigen teilgenommen hatten, die mit der gewählten Therapie zufrieden waren, hatte sich bei der großen Mehrzahl der Probanden eine **Erektile Dysfunktion** entwickelt!

Hinzu kommt erschwerend, dass bei einer durch die DHB verursachten Erektile Dysfunktion auch Viagra & Co. nicht hilfreich sind:

http://www.onkosupport.de/e974/e1743/e1861/e2095/e3610/ifo1104_42.pdf

"Für die meisten Männer stellt der mögliche Verlust von Erektionsfähigkeit und Libido zu den führenden beeinträchtigenden Faktoren. Aufgrund des gleichzeitigen Libidoverlusts sind PDE (Phosphodiesterase) –5- Inhibitoren meist nicht wirksam."

Herr Voland behauptet in seinem Vortrag das Gegenteil!

7.) Fazit:

Anders als von Herrn Voland dargestellt ist die DHB eben keine harmlose, nebenwirkungsarme Therapie, die man jederzeit bedenkenlos machen kann. Im Gegenteil. Die Therapie hat schwere und schwerste nicht reversible, teilweise tödliche Nebenwirkungen. Jedes Medikament hat Nebenwirkungen und die Nebenwirkungen aller drei Medikamente, die Bestandteil der DHB sind, sind jeweils einzeln eingenommen schon besonders gravierend. In ihrer Kombination sind die drei ein **Medikamentencocktail von hoher Toxizität (Giftigkeit) und äußerst fraglichem Nutzen!**

Vor einer ausführlichen und objektiven Information sollte sich kein Patient für diesen "Giftcocktail" entscheiden. Professor Dr. Martin Schostak von der Universität Magdeburg schreibt über die Gefährlichkeit der DHB folgendes:

<http://www.prostata-sh.info/index.php/info/show/id/767>

"Es könnte sein, dass die Triple-Therapie nur bei Tumoren hilft, die sowieso nicht lebensgefährlich sind und aus den gefährlichen sehr gefährliche Krebse macht. Bei einem Teil wäre die Therapie dann überflüssig, beim anderen gefährlich."(Ende des Zitats)

Die **Entwicklung der Gleason –Werte von Dieter Voland** scheint diese These zu stützen:

<http://www.prostatakrebs-selbsthilfe-pforzheim.de/therapie/>

siehe pdf- Datei: Meine Erfahrungen mit der Dreifach-Hormonblockade:

2004: Gleason 7

2010: Gleason 9

Mit dieser Therapie ist es also möglich, einen **Haustier-Krebs** in einen **Raubtierkrebs** zu verwandeln.

Erstaunlich finde ich, dass Dieter Voland trotz der eigenen negativen Erfahrungen mit der DHB dennoch Rat- und Hilfesuchenden Prostatakrebspatienten die DHB als „segensreiche“ Therapie empfiehlt ohne die Hilfesuchenden auf diese Nebenwirkungen dieser Therapie aufmerksam zu machen.

Die medikamentöse Kastration verursacht Depressionen, akutes Nierenversagen, kardiovaskuläre Risiken (Herzinfarkte und Schlaganfälle), Krebserkrankungen und bewirkt außerdem eine Verweiblichung des Mannes bis hin zum Eunuchentum.

Patienten, die Avodart als Erhaltungstherapie einnehmen werden zu der falschen Annahme verleitet, ihr Prostatakrebs sei unter Kontrolle. Sie wiegen sich in trügerischer Sicherheit, weil **Avodart** bei der Bestimmung des **PSA-Wertes** ein **falsch-negatives Ergebnis** liefert:

<http://www.onmeda.de/Medikament/Avodart+0,5mg+Weichkapseln--nebenwirkungen+wechselwirkungen.html>

„Medikament erzeugt beim Test auf Prostatakrebs mittels Bestimmung des PSA-Wertes) ein falsch-negatives Ergebnis.“ (Ende des Zitats)

Unter der Überschrift “Kein Vorteil für Hormonentzug” berichtete die Ärztezeitung am 01.09.2014:

<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/prostatakrebs/article/867382/prostatakrebs-kein-vorteil-hormonentzug.html>

“Auch wenn es sich bei ihrer Untersuchung letztlich um eine retrospektive Analyse handelt, sehen die Autoren um Lu-Yao keine Evidenz für den Nutzen einer antiandrogenen Primärtherapie bei lokal begrenzten Tumoren.” (Ende des Zitats)

Unter der Überschrift “Chancen oft nicht genutzt” berichtete die Ärztezeitung am 06.10.2014 über einen Vortrag, den Professor van Poppel auf dem Urologen-Kongress 2014 zum Thema Hormonentzug gehalten hatte :

<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/prostatakrebs/article/870286/prostatektomie-chancen-oft-nicht-genutzt.html?sh=1&h=-1765851764>

“Eine solche Therapie als Monotherapie ist nicht kurativ, Einsatz setzt eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung voraus. Bei älteren Patienten wiegen besonders erhöhtes Frakturrisiko Diabetesrisiko oder andere Mortalitätsrisiken aufgrund von Komorbiditäten wie Herzinsuffizienz oder durchgemachten Herzinfarkt oder Schlaganfall schwer.

"Vielleicht ist es besser nichts zu machen als eine Hormontherapie", sagte van Poppel bezogen auf diese Patientengruppe.

Dieser Empfehlung von Professor van Poppel habe ich nichts hinzuzufügen. Damit dürfte auch erwiesen sein, warum eine überwältigende Mehrheit der Urologen die DHB als Therapie ablehnt. Verständlich und nachvollziehbar wird vor diesem Hintergrund auch, dass Urologen in Pforzheim die SHG Pforzheim mit ihrer DHB-Manie als **“Sekte”** bezeichnen.

Thomas von Åkerman