

Plädoyer für eine subjektiv-individuelle Beratung des Arztes am Beispiel des Prostata-Ca-Screenings



Edy Riesen

Hypothese: Ich glaube nicht, dass wir Ärzte wirklich objektiv sind bei der Vorsorgeberatung und das ist durchaus gut so. Der Gesprächspartner des Hausarztes wünscht einen Mitmenschen aus Fleisch und

Blut, einen, der «mitleidet» und «zweifelt», wenn es Zweifel gibt und zudem einen, der geduldig einen gemeinsamen Entscheid anstrebt. Dies umso mehr, als die Ärzte bei diversen Vorsorgeprogrammen in zwei Lager gespalten sind. Das soll der Patient nicht ausbaden müssen.

Ja, ich werde auch nach 40 Jahren Beschäftigung mit Patienten bei mancher Fragestellung ein Arzt mit Ambivalenzen bleiben. Nicht, dass ich keine persönliche Meinung hätte, und dass die nicht jeder kennen dürfte. Aber ich möchte diese natürlich nicht gleich zu Beginn einer Konsultation offenlegen, weil ich befürchte, damit den Patienten ungebührlich zu beeinflussen.

Mir gegenüber sitzt P.M., 49 Jahre alt. Er ist gesund und fit und kommt für einen Check-up, ohne dass er Beschwerden hätte. «Reine Vernunft», sagt er, und ein bisschen Druck von seiner liebsten Ehefrau, mit der er drei reizende Töchter hat, ist auch dabei. Ich kenne den immer gesunden Dorfnachbar P. besser als den selten kranken P. und ich mag ihn sehr. Ein geradliniger, flotter Familienvater mit eigenem Unternehmen. Und dann geraten wir im Laufe des Gespräches auf seine Frage rasch in das Gestrüpp der Prostata-Vorsorge. Nein, ein familiäres Risiko habe er nicht und Angst auch nicht, aber er erwarte von mir halt einen guten Rat.

Was tun Sie?

Ich weiss nicht, wie Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen vorgehen? Wahrscheinlich leben auch Sie nicht nur von Statistiken und den Botschaften der Evidence-Based Medicine, die auch nur so weit klug ist, wie es die vorhandenen Daten zulassen. Auch die praktischen Ärzte werden durch ihre Erziehung in der Ursprungsfamilie, durch die persönlichen Erfahrungen als Patient,

durch ihre Kontakte mit den Konsiliarärzten und ihre Fortbildung geprägt. Als Mann von deutlich über sechzig Jahren habe ich nicht nur die Schlussfolgerungen von Studien vor Auge, sondern auch fünf (!) Biopsien in sieben Jahren hinter mir, bin damit also mehrfach-histologisch-zertifizierter Träger eines Gleason 6/6-Mikrocarcinoms und habe soeben zusammen mit meinem Urologen entschieden, dass meine «P» drin bleiben soll. Diese sehr persönliche cerebrale Datei kann ich natürlich nicht einfach löschen, wenn ich einem Mann in der Sprechstunde gegenüber sitze. Das heisst nämlich z.B. auf Deutsch und ganz lapidar und retrospektiv formuliert: Ich hätte die ganze Prozedur mit den Biopsien auch sein lassen können und ich wäre nach dem Motto, was ich nicht weiss, macht mir nicht heiss, gleich weit.

Erfahrungshintergrund

Ich habe aber noch mehr auf dem Kerbholz, weil ich an einem Hausärzte-Kongress eine kontradiktorische Podiumsdiskussion moderierte, wozu ich mich mit den Protagonisten in Vorgesprächen vorbereitete. Ich ging als Patient zu einem weiteren Urologen für eine Second Opinion und habe über die Jahre viel Lektüre sowie Diskussionen im Qualitätszirkel hinter mir. Weiter habe ich Freunde und eine ganze Reihe Patienten leiden sehen, und einige darunter verloren an Prostatakrebs das Leben. Schliesslich beeindruckt mich die Aussage der Gegner des Screenings, dass man einen riesigen Aufwand betreiben müsse, um überhaupt einen Effekt in der Bevölkerung messen zu können. Angeblich muss man 1500 Männer screenen und ca. 50 behandeln, um ein Leben zu retten!?

Vor Jahren habe ich ein ganz interessantes Hilfsmittel entdeckt im «New Zealand Family Practitioner» mit Abbildungen und Texten aus einem Lehrgang für Hausärzte, die zeigen sollen, wie man einen Mann partnerschaftlich und ausgewogen über «P» informieren soll. Das hat mir wirklich weitergeholfen. Später haben wir im Qualitätszirkel eine schriftliche Information entworfen, damit der Patient etwas in den Händen hat. Die oft mehr als lebhaften Diskussionen mit meinen Hausarztfreunden habe ich als richtiggehendes Kommunikationstraining erfahren. Last but not least haben wir in der Region ein Netzwerk von sehr vernünftigen Urologen (de-

nen ich an dieser Stelle danken möchte für ihre guten Dienste).

Das ist also der Background, auf dem ich in 10 Minuten meinem lieben Gegenüber eine ausgewogene Information abgeben soll. Eigentlich eine glatte Überforderung!

Vertrauensbasis

Trotz meines guten Informationsstandes (oder gerade deswegen?) empfinde ich die Beratung immer wieder herausfordernd, neu und einmalig. Weil da jedes Mal ein anderer Mensch und eben nicht eine Drüse «P» sitzt. Ich kann natürlich zuerst fragen, was P. schon weiss. Er, P., hat nicht gegoogelt nicht ge-«Puls»-t und auch nicht in der «Anabelle» seiner Frau den Artikel über «P» gelesen. Nein, er ist einer dieser von mir so geschätzten Patienten, der mit grossem Vertrauen kommt und denkt, dass sein Hausarzt schon wisse, was gut sei für ihn. Grosse Ehre für mich, aber mache ich es richtig? Ich beginne also die Vorsorgeuntersuchung mit der Erläuterung des Serumwertes PSA und der Palpation: Wenn beides gut ist, gibt es weitere Kontrollen bei mir, wenn eines nicht gut ist, leite ich ihn weiter zum Urologen. So weit ist es einfach. Wenn ich aber dann die Probleme und Fallstricke bei der Vorsorge erklären muss, wird es schon komplexer.

Einige Jahre lang habe ich die besagte Grafik der neuseeländischen Kollegen zu Hilfe genommen, um zu erläutern, wie viele Resultate (statistisch) falsch positiv oder falsch negativ sein und welche Konsequenzen das haben könne. Unterdessen habe ich diese Leitplanke als «Mind Line» integriert und sehe die Grafiken auf meiner Netzhaut, ohne sie vor mir zu haben. Ich passe mich auch mit der Sprache dem Patienten an (Ingenieur oder Strassenbauer?) und komme doch immer wieder etwas ins Wirbeln. Wenn mich der Patient schliesslich fragt, was ich denn selbst machen würde, sage ich, dass ich als echter, demokratisch geschulter Schweizer zwei Seelen in meiner Brust hätte und 60:40 für das Screening sei. Ferner wolle ich damit sagen, dass ich jeden sehr respektiere, der diese Vorsorgeuntersuchung nicht machen lassen wolle und dass seine Ansicht sogar durch viele Wissenschaftler aus dem Fach der Epidemiologie gestützt würde. Aber dass ich, wenn es darauf ankäme, auf Seiten der individuellen Vorsorgeuntersuchung stünde.

Welcher Patienten-Typ sitzt vor mir?

Einige meiner Kollegen machen die Vorsorge vor allem aus Angst, man könnte ihnen eine Unterlassung vorwerfen, oder sogar juristisch gegen sie vorgehen. Das spielt für mich beim «partnerschaftlichen» Gespräch absolut keine Rolle. Vielmehr versuche ich mein Gegenüber zu testen, wes' Geistes Kind er ist? Ist er ein sorgfältiger Planer, ein unbekümmerter Lebemann oder ein Mensch mit ungebrochenem Gottvertrauen? Hat er eine hypochondrische Ader oder eine Phobie vor weissen Kitteln? Was sagt seine Familie, kennt er Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen mit «P»-Problemen? So kreisen wir das Thema langsam ein und wenn wir nicht zu einer eindeutigen Antwort kommen (unterdessen sitzen wir über 10 Minuten da!), empfehle ich ihm, nichts zu überstürzen und darüber zu schlafen. Notabene was ich nie tue (und wenn es ohne informed consent gemacht wurde, werde ich fuchsteufelswild), ist das PSA «einfach so» zu bestimmen. Man kann ein erhöhtes PSA nie und nimmer negieren.

Das Ganze ist einfach und kompliziert gleichzeitig. Wenn ich erst «von hinten anfangen» mit dem Endpunkt einer zwar seltenen, aber möglichen radikalen Prostatektomie, ja dann wird der Boden endgültig heiss für uns beide. Denn wenn ich dem kerngesunden P., der seine nette Frau

sehr liebt, mit den Operationsfolgen, v.a. der möglichen Impotenz (bis 80% initial) komme, dann schleudern wir zwei endgültig wie zwei Lernfahrer auf der Seifenpiste. Es wird nicht einfach so etwas herausgenommen. Nein, das Ding sitzt so nahe beim heiligsten Gral der Männer, dass kein Polyp am Colon, keine Diskushernie, kein Nierenstein auch nur annähernd mithalten kann.

Daten sind gut, Empathie und Aufrichtigkeit sind besser

Tönt das jetzt für den Leser alles sehr ungefähr, sehr ungenau? Ist es in der Praxis aber nicht. Das Gespräch verläuft zwar mäandierend vor dem Hintergrund eines Disputes der Mediziner, wobei – wie immer – beide Lager vorgeben, sie würden dem Patienten unnötiges Leiden ersparen. Da hilft nur die Aufrichtigkeit des Arztes und seine persönliche integre Haltung. Daten sind o.k., aber letztendlich spielt die Intuition, das emotionale Moment (z.B. wurden bei einem Freund eines Pat. Metastasen entdeckt), der Grundcharakter des Patienten und vieles mehr ein grössere Rolle als alle Zahlen. Im Gespräch versuche ich dem Patienten zu helfen, den für ihn – und nicht für die Ärzte oder Statistiker! – richtigen Weg zu finden. Ab und zu gelingt das vollkommen, meist befriedigend, selten misslingt es und dann bleibt

ein schales Gefühl zurück. Auch kann es vorkommen, dass ich mich ertappe, wie ich bei einem sehr unsicheren Menschen manipulativ argumentiere. Ich kann den Patienten so leicht verführen, ängstigen oder zumindest verunsichern. Dass ich das meistens nicht tue, hängt mit meiner eigenen Ambivalenz zusammen. Gerade hier hilft der zweifelnde Arzt mehr als der dogmatische, weil er dem Patienten beide Wege offenlässt. Dieser nimmt den Arzt als Spiegel wahr und nicht als Gott in Weiss. Ich selbst gehe das Risiko ein und ziehe einen verunsicherten, gut informierten Patienten einem manipulierten Patienten vor. Und ich will meinen Gesprächspartner durchaus auch fordern, ihm etwas abverlangen. Er fühlt sich gerade dadurch geschätzt und ernst genommen. Aber es gibt auch ganz klar Momente, wo ich spüre, dass ich die Führung übernehmen muss. Dann werde ich zum altbackenen autoritären Hausarzt und nehme eindeutig Stellung. Im Zweifelsfall –ich habe es schon erwähnt – schlage ich das Screening vor und atme jedesmal auf, wenn wieder ein guter PSA-Wert hereinkommt.

Dr. med. Edy Riesen

Dr. med. Edy Riesen ist Hausarzt in Ziefen.
