

- ▶ **Welches Behandlungsergebnis für den Einzelnen vorrangig wichtig ist**, hängt vom jeweiligen Patienten und dessen Familienumständen ab. Daher ist die Frage nach der „besten“ Behandlung weniger von objektiven Studienergebnissen als vielmehr davon abhängig, welchen Therapieergebnissen nach dem individuellen Empfinden – sowohl seitens des Behandelnden als auch des Patienten – die größere Bedeutung beigemessen wird.
- ▶ **Sogar dann, wenn uns ein Dogma eine Behandlung als die übergeordnete vorgibt**, hängen die klinischen Entscheidungen oft von komplexen Kompromissen zwischen den einzelnen zu erwartenden Ergebnissen ab und sollten die Patientenpräferenzen berücksichtigen.



Die Rolle der Ärzte bei der Unterstützung der Patienten im Entscheidungsprozess

Kürzlich hat uns die randomisierte ProtecT-Studie gezeigt, dass es innerhalb von zehn Jahren keinen Unterschied zwischen radikaler Prostatektomie, Strahlentherapie und Active Surveillance gibt.¹ In dieser Studie erwies sich die aktive Überwachung sowohl sicher als auch effektiv – zwar nicht notwendigerweise so klar wie ein großer Eingriff, aber auf anderen Ebenen durchaus dem gewünschten Ergebnis viel näher. Bei einem medianen Follow-up von 10 Jahren zeigte die Studie, dass die Mortalitätsrate, am Prostatakarzinom zu versterben, niedrig war, unabhängig vom Behandlungsarm. Trotzdem stellen viele Experten das Design bzw. die Schlussfolgerungen aus der Studie infrage. Obwohl die Studie im Hinblick auf das chirurgische und strahlentherapeutische Dogma eine Herausforderung ist, bringt sie doch eine Bewegung der bereits gängigen Behandlungsansätze, weg von den lange etablierten Goldstandards der Prostatakrebstherapie. Die Studienergebnisse sollten uns zum gründlichen Nachdenken bringen, welche Bedeutung wir dem Entscheidungsprozess beimessen wollen, um die richtige Therapie für den richtigen Patienten zur richtigen Zeit zu finden.

Wie sollen nun Kliniker und Patienten die Studienergebnisse interpretieren? Einige Experten sehen die Antwort auf

diese Frage darin, zunächst einmal die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten zu Chirurgie und Strahlentherapie einzubeziehen, was trotz der enormen Bedeutung bislang in den Diskussionen offensichtlich ausgelassen wurde. Die gemeinsame Entscheidungsfindung beinhaltet eine Zusammenarbeit, bei welcher der Arzt die Therapieoptionen erklärt, die Wertigkeiten herausfiltert, die für den Patienten wichtig sind, und – was wesentlich ist – das Beratungsgespräch dahingehend leitet, eine Entscheidung im Einklang mit den Patientenvorstellungen und dem aktuellsten Wissensstand zu finden.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist besonders relevant, da keine der Therapien bei allen Outcomes überlegen ist. So waren beispielsweise die Prostatektomie und Strahlentherapie mit einer niedrigeren Krankheitsprogressionsrate verbunden als die aktive Überwachung; aber 44 % der Patienten im Active-Surveillance-Arm waren auf keinen radikalen Eingriff angewiesen und konnten die Nebenwirkungen vermeiden.

Welches Behandlungsergebnis für den Einzelnen vorrangig wichtig ist, hängt vom jeweiligen Patienten und dessen Familienumständen ab. Daher ist die Frage nach der „besten“ Behandlung weniger von objektiven Studienergebnissen als vielmehr davon abhängig, welchen Therapieergebnissen nach dem individuellen

Empfinden – sowohl seitens des Chirurgen als auch des Patienten – die größere Bedeutung beigemessen wird. Ein Beispiel zu einem unkomplizierten Nierenstein: Ein Patient mit Nierenstein, der sich ein Fernbleiben von der Arbeit und wiederkehrende Schmerzen nicht leisten kann, wird vermutlich eine Operation mit Ureterorenoskopie wählen. Ein anderer Patient mit der gleichen Problematik hingegen, der sich übermäßig vor chirurgischen Komplikationen fürchtet, wird wahrscheinlich eine ESWL (extrakorporale Stoßwellenlithotripsie) oder eine nichtoperative Therapie bevorzugen. Das bedeutet, jedes mögliche Therapieergebnis sollte je nach der Wichtigkeit für den Patienten im Hinblick auf die individuellen Lebensumstände abgewogen werden, sei es für Patienten mit Prostatakrebs, kleinen Nierenraumforderungen, kleinen Nierensteinen oder anderen Erkrankungen mit mehrfachen Therapieoptionen.

Ein patientenzentrierter Zugang widersteht somit dem „One size fits all“-Modell, welches oft im Gesundheitswesen vorherrschend ist und von Forschungsberichten und manchen Guidelines propagiert wird. Man hat bislang nicht und wird wohl kaum eine Behandlung finden, um die Ergebnisse aller wichtigen Endpunkte verbessern zu können. Abweichungen zwischen den Ergebnissen sind unvermeidlich und nir-



Univ.-Prof. Dr.
Shahrokh F. Shariat



Dr. Nathalie
Garstka

FOTOS: FELICITAS MATERN

Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Wien

„Ein patientenzentrierter Zugang widersetzt sich dem ‚One size fits all‘-Modell, welches oft im Gesundheitswesen vorherrschend ist und von Forschungsberichten und manchen Guidelines propagiert wird.“

gendwo wichtiger als bei der Entscheidung zwischen operativer oder nichtoperativer Therapie. Die Operation verspricht eine definitive Sanierung, jedoch um den Preis einer höheren Morbidität. Nichtoperative Ansätze können die Morbidität vermeiden, aber auch zu einer Verlängerung der Symptome führen. Der tatsächliche Mehrwert von randomisierten chirurgischen Studien liegt darin, diese Abweichungen/Kompromisse zu erfassen und ihre Zahl auszuwerten.

Das ist kein neues Konzept. Viele Kliniker verwenden bereits Studiendaten, um komplizierte und umstrittene Patientenentscheidungen zu bestärken. Zum Beispiel zeigen Daten aus dem Fachgebiet der Gynäkologie, dass zur Behandlung bestimmter Brustkrebskrankungen die Lumpektomie hinsichtlich des Überlebens gleichzusetzen ist mit der Mastektomie, mit geringerer Morbidität. Bei Prostatakrebs wird weiterhin jenen Patienten, die Kandidaten für aktive Überwachung sind, routinemäßig eine radikale Prostatektomie oder Strahlentherapie empfohlen. In einem idealen Umfeld lassen Chirurgen zu, dass Patienten die klinischen Ergebnisse nach ihren persönlichen Wertigkeitssystemen abwägen und sich dann entscheiden, ob ihnen die Angstfreiheit wichtiger ist als die chirurgische Morbidität. Es ist allseits bekannt, dass gemeinsame Entscheidungsfindung die Qualität der Entscheidung und die Zufriedenheit steigert, und im Krebsmanagement wie bei Brustkrebs ist dies die gängige Vor-

gangsweise. Bei Prostatakrebs jedoch dominiert für gewöhnlich die Präferenz des Chirurgen die Diskussion, weshalb eine echte gemeinsame Entscheidungsfindung relativ selten vorkommt. Die Studien und die daraus folgende Diskussion unterstreichen somit, dass sogar dann, wenn uns ein Dogma eine Behandlung als die übergeordnete vorgibt, die klinischen Entscheidungen oft von komplexen Kompromissen zwischen den einzelnen zu erwartenden Ergebnissen abhängen und die Patientenpräferenzen berücksichtigen sollten.

Das Einbeziehen der Patientenpräferenz in die Routinebehandlung ist in der Tat eine Herausforderung für sich

... Wir haben oft nicht die Zeit oder die Erfahrung, um mit den Patienten die komplizierten Nebenaspekte aller Therapieoptionen zu besprechen. Wir haben oft Bedenken bezogen auf die Zuverlässigkeit von Ergebnissen aus unkonventionellen Therapien. Patienten bevorzugen es manchmal, dass ihr Arzt die Entscheidung mit Risikopotenzial für sie fällt. Aber die schwierigsten Hürden sind oft emotionaler Natur. Ehdiaie et al. untersuchten beispielsweise den Einfluss von Arzt Schulungen zu besserer Kommunikation von Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Prostatakrebstherapien auf die Bereitschaft der Patienten, sich für die aktive Überwachung zu entscheiden.² Neben der Tatsache, dass die Entscheidungen bezüglich Krebs oft von

Emotionen und Voreingenommenheit geleitet sind, was in den meisten Fällen dazu führt, dass die Patienten sich einer radikalen Behandlung unterziehen, haben Ehdiaie et al. gezeigt, dass bei einer anders gestalteten Besprechungssituation die Vorurteile überwunden werden und mehr Patienten die aktive Überwachung wählen würden.

Chirurgen wählen in der Regel einen operativen Eingriff, weil sie an die heilende Kraft der Chirurgie glauben. Strahlentherapeuten hingegen wählen Strahlentherapie, weil sie an die heilende Kraft der Strahlung glauben. Die meisten Ärzte fühlen sich wohler mit Behandlungen und Komplikationen, die sie gut kennen. Sie sind selbst besorgter über Morbiditäten bei ihnen unbekanntem Therapien. Angesichts der Herausforderungen erfordert das Bestärken der Patienten im Entscheidungsprozess einige wichtige Schritte. Wir benötigen bessere Langzeitdaten über Behandlungsoptionen wie die aktive Überwachung und fokale Therapie, insbesondere zu jenen Outcomes, die für die Patienten am wesentlichsten sind. Die Patientenaufklärung im Zuge des Informed Consent könnte als eine Möglichkeit angesehen werden, die Wertigkeiten eines Patienten zu erkennen und zu erfassen. Bessere Kommunikationsstrategien zur Besprechung des chirurgischen Risikos und der Vorteile können die Patienten beim Verständnis der komplexen und relevanten Kompromisslösungen unterstützen. Außerdem ist von großer Bedeutung, dass Ärzte eine Kultur schaffen, in der die Wertigkeiten der einzelnen Patienten die Therapiewahl vorgeben, je nach den Ergebnissen, die für sie am wichtigsten sind. Schließlich sind es die Patienten, die mit den Konsequenzen leben müssen.

¹ Hamdy FC et al., 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375:1415–24

² Ehdiaie B et al., A Systematic Approach to Discussing Active Surveillance with Patients with Low-risk Prostate Cancer. Eur Urol 2017 Jun; 71(6):866–71