

STIEFS SPRECHSTUNDE**Leser fragen –
Experten antworten**

PROF. CHRISTIAN STIEF



Liebe Leserinnen und Leser,

als Chefarzt im Münchner Klinikum Großhadern erlebe ich täglich, wie wichtig medizinische Aufklärung ist. Doch im hektischen Alltag von Klinik und Praxis bleiben manchmal Fragen offen. Und: Geht es um ein „Tabuthema“, trauen sich Patienten häufig gar nicht erst nachzufragen. Meine Kollegen und ich wollen Ihnen daher Antworten geben. Haben Sie auch eine Frage zu einem medizinischen Thema? Dann schicken Sie uns diese zu! Bitte fassen Sie Ihr Anliegen kurz zusammen und geben möglichst Ihr Alter an. Schicken Sie uns keine Krankenakten. Die Antworten werden auf dieser Seite anonymisiert veröffentlicht – aber nicht persönlich zugeschickt.

Haben Sie Fragen? Schreiben Sie uns!

Per Mail: gesundheit@merkur.de
Per Post: Münchner Merkur, Redaktion Gesundheit,
Paul-Heyse-Straße 2-4, 80336 München

Leser: *Ich bin Dialysepatient. Mein Arzt hat mit geraten, während der Blutwäsche leichte Bewegungsübungen zu machen. Ist das wirklich sinnvoll?*

Training während der Blutwäsche hilft

Patienten, die während der Blutwäsche leichte Bewegungsübungen absolvieren, sind körperlich fitter und müssen seltener im Krankenhaus behandelt werden, erklärt Prof. Martin Halle, Professor für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin an der Technischen Universität München (TUM). Das ist das Ergebnis einer groß angelegten Studie eines Konsortiums unter Leitung der TUM. Halle, der die Studien leitete, empfiehlt deshalb, dass ein Training während der Dialyse zum Standard-Angebot werden sollte. Das Training während der Studie lief folgendermaßen ab: Es beinhaltete 30 Minuten Ausdauertraining mit einem Ergometer und weitere 30 Minuten Übungen mit Gewichten, elastischen Bändern oder Bällen. Die Übungen wurden jeweils individuell an die Möglichkeiten der Patienten angepasst. Nach einem Jahr hatte sich der Gesundheitszustand der Teilnehmenden deutlich verbessert, erklärt Prof. Halle. Unter anderem konnten die Patienten häufiger innerhalb einer Minute aus dem Sitzen aufstehen als zu Beginn und innerhalb von sechs Minuten längere Laufstrecken zurücklegen.



Prof. Martin Halle
Institut Präventive und
Rehabilitative Sportmedizin
Technische Universität München (TUM)

DER DIAGNOSEDOLMETSCHER**PSA-WERT**

PSA bedeutet prostataspezifisches Antigen. Es handelt sich um ein Enzym, also ein Eiweiß. Während und nach einer akuten Entzündung der Prostata (Prostatitis) ist der PSA-Wert erhöht. Ein erhöhter PSA-Wert kann auf Prostatakrebs hindeuten.

Leserin: *Ich habe neuerdings eine Zahnprothese. Gibt es Besonderheiten bei der Reinigung und Pflege, die ich beachten muss?*

So pflegt man eine Zahnprothese richtig

Für eine gesunde Mundhygiene ist regelmäßiges Zähneputzen Pflicht – das gilt auch für Zahnersatz. Denn auch hier können sich Essensreste absetzen und zu Mundgeruch oder Zahnentzündungen führen. Um das zu verhindern, empfiehlt es sich, den Zahnersatz nach jeder Mahlzeit mit Wasser abzuspülen und mindestens zweimal täglich – am besten morgens und abends – mit einer Zahn- oder Prothesenbürste gründlich zu reinigen. Wichtig zu wissen: Da eine normale Zahnpasta Schleifpartikel enthalten kann, welche die Prothese zerkratzen können, sollte die Reinigung mit warmem Wasser oder alternativ Flüssigseife oder Spülmittel erfolgen. Um Beläge deutlicher zu sehen, kann es sinnvoll sein, den Zahnersatz vor der Reinigung einige Minuten trocknen zu lassen. Anschließend das Waschbecken mit einem Handtuch auslegen oder halb mit Wasser befüllen. Fällt die empfindliche Prothese aus den Händen, bleibt sie so heil. Dann alle Kauflächen sowie die Verankerungskammern bürsten. Über Nacht kann die Prothese an der Luft trocknen oder – je nach zahnärztlichem Rat – im Mund behalten werden. Vor dem Einsetzen sollten Prothesenträger sie noch einmal gründlich mit Wasser abspülen. Zusätzlich gibt es spezielle Ultraschallgeräte, die die tägliche Säuberung unterstützen können. Es ist ebenfalls ratsam, die Prothese bei der jährlichen Kontrolle beim Zahnarzt professionell reinigen zu lassen.



Nicola Blidschun
Expertin für Zahngesundheit
der ERGO Krankenversicherung



Shared Decision Making, das funktioniert so: Alle Fakten kommen auf den Tisch. Dann entscheiden Arzt und Patient gemeinsam. Prof. Claus Belka (v. li.), Patient Thomas Schlag und Prof. Christian Stief erklärten den Prozess.

F. ANDREAS STEEGER

Arzt und Patient als Doppel-Team

Die Götter in Weiß, die für den Patienten entscheiden – oder ihm die Last der Alleinentscheidung aufbürden: Beides sind Sprechenszenarien für moderne Mediziner. Die gehen andere Wege: Entscheidungen fallen mit dem Patienten gemeinsam. Jetzt wurde in der Hanns-Seidel-Stiftung ein bayernweites Projekt vorgestellt.

VON SUSANNE SASSE

München – Eine schwere Krankheit ist meist ein Schock – und auch ein Anlass, viele Entscheidungen zu treffen. Jede Patientin und jeder Patient steht dann vor vielen Fragen: Welche Therapie ist die richtige, welche Vor- und welche Nachteile wiegen für mich mehr als andere, wie kann ich ganz persönlich den besten Weg finden? Bislang werden die Wünsche des Patienten nicht systematisch berücksichtigt oder aktiv abgefragt. Hier gehen sechs bayerische Universitätskliniken künftig einen neuen Weg. Sie führen das Shared Decision Making (SDM) ein, also „gemeinsame Entscheidungsfindung“.

■ Bislang werden die Wünsche des Patienten kaum berücksichtigt

Hinter der englischen Bezeichnung steht ein Verfahren, das die Patienten weit mehr und besser einbinden will in die Entscheidungsfindung bezüglich der sie betreffenden Therapie. „Untersuchungen haben ergeben, dass leider noch immer besonders bei der Krebstherapie die Lebenssituation und die Wünsche der Patienten in Deutschland kaum berücksichtigt werden“, sagt Prof. Claus Belka, Chef der Strahl-

entherapie und Radioonkologie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU). Er ist Sprecher der Projektgruppe für SDM. „Die Ärzte an den Kliniken gehen im Erstgespräch meist davon aus, dass die Patienten schon von niedergelassenen Ärzten umfassend informiert wurden, aber das ist häufig nicht geschehen.“

„Shared Decision Making geht da einen neuen Weg“, sagt Belka und erläutert, dass es das Ziel ist, Patienten aktiv an Therapieentscheidungen zu beteiligen. Dass die Informationen ganz systematisch an die Betroffenen vermittelt werden, ermögliche gemeinsame Entscheidungen von Arzt und Patient. Letztlich auf Augenhöhe. „In dem Prozess von SDM werden den Patienten alle wichtigen und wissenschaftlich erwiesenermaßen wirksamen Behandlungsmöglichkeiten verständlich erklärt, weiterhin deren jeweiligen Vor- und Nachteile, mit der diese

treten“, erklärt er. Wichtig ist dabei auch: Der Patient kann sich auch entscheiden, sich an dem Entscheidungsprozess nicht zu beteiligen und die gesamten Informationen nicht bekommen zu wollen. Auch das ist SDM, weil die Entscheidung bewusst getroffen und mit dem Arzt besprochen wird.

■ „Im Mittelpunkt steht die Frage: Was will und braucht der Patient?“

Wichtig für SDM sind Entscheidungshilfen. Die sind eine Art Prospekt zu den Therapiemöglichkeiten. Darin sind alle die Dinge aufgelistet und erklärt, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist. So wird sichergestellt, dass der Patient nicht lückenhaft informiert wird und dass er – unabhängig auch von den Vorlieben des Arztes – alle Möglichkeiten objektiv vorgestellt bekommt.

Prof. Christian Stief, Direktor der Urologie am LMU-Klinikum, ergänzt: „Für die Patienten ist es entscheidend,

dass sie ausgewogen und verständlich über die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. So können sie gemeinsam mit dem Arzt ihre ganz persönliche Situation im Hinblick auf die Therapie durchleuchten und dann einen Entschluss fassen, mit dem sich alle wohl fühlen.“

„Wir gehen diesen Weg ja eigentlich schon seit Jahrzehnten und stellen die Frage, was der Patient will und braucht, in den Mittelpunkt“, erklärt Belka. Neu am SDM sei, dass die Informationen sehr systematisiert und damit kontrolliert an den Patienten gegeben werden. Damit ist sichergestellt, dass der Patient nicht „Glück haben muss“, und an den richtigen Arzt geraten, damit er umfassend informiert wird. Denn jeder Arzt ist ja auch ein Mensch mit Erfahrungen und Vorlieben. Und so bevorzugt der eine Arzt beispielsweise die Entfernung eines Krebstumors per Operation, während ein anderer Arzt hier eine Bestrahlung oder eine

Chemotherapie empfehlen würde. „Gibt es vergleichbare Alternativen für die Behandlung, dann ist eine objektive Beratung besonders notwendig“, fasst Belka zusammen. Und mit der strukturierten Beratung nach dem Prinzip von SDM ist dann eben auch sichergestellt, dass der Patient besser informiert und beraten wird.

■ „Der Patient wird mitgenommen und nicht überrollt.“

Werden die Patienten vor Beginn der Therapie umfassend informiert, so bedeutet das zunächst einmal einen größeren Zeitaufwand, sagt Stief. Schlussendlich bringt SDM eine Zeitersparnis. Denn die Patienten bekommen einmal konzentriert und verständlich alle Informationen an die Hand. „Dann wissen Sie, warum sie sich für etwas entscheiden“, sagt Stief. Letztendlich sei der Patient dann zufriedener mit seiner Entscheidung. Und dank der umfassenden Information auch über die Nachteile der jeweiligen Behandlung kann er auch mit Nebenwirkungen besser umgehen. „Dadurch, dass der Patient die für ihn wichtigen Fakten in verständlicher Weise verständlich erklärt bekommt, fühlt er sich auch nicht wie von einer Dampflok überrollt und dann alleine gelassen“, erklärt Belka. Und Stief fasst es so zusammen: „Der Patient bekommt ein solides Wissen und der Arzt hilft ihm dann auf dem Weg der Entscheidungsfindung. Doch gehen muss ihn der Patient selbst.“

SDM ist ein weiterer Schritt zur sprechenden Medizin. Der prominente Arzt Dr. Eckart von Hirschhausen gab den Patienten bei der Auftaktveranstaltung folgenden Rat für ihre Entscheidung: „Die geeignete Therapie ist die, die zu Ihnen passt.“

So fällt Thomas Schlag, der an Prostatakrebs litt, seine Entscheidung

Prostatakrebs – mit dieser Erkrankung hatte Thomas Schlag schon vor seiner eigenen Diagnose eine schmerzhaft Erfahrung gemacht. „Mein Vater bekam ihn, als er 65 Jahre alt war, und wurde bestrahlt“, erzählt der heute ebenfalls 65-Jährige. Dies nahm er zum Anlass, ab seinem 40. Geburtstag **Vorsorgeuntersuchungen** machen zu lassen. „2010 wurde dann bei einer Blutuntersuchung ein erhöhter PSA-Wert zwischen 1 und 2 festgestellt, und ich ging häufiger zur Vorsorge, um ihn überwachen zu lassen“, erzählt Schlag. 2015 lag der Wert bei 7,7. „Ich hatte drei Möglichkeiten: Abwarten und weiter beobachten, die Prostata operativ entfernen zu lassen oder die Tumoren durch Bestrahlung vernichten zu lassen.“ Sein Urologe erklärte ihm die drei Möglichkeiten und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile. „Abzuwarten, das schied sofort aus für mich, ich hätte nicht mehr schlafen können“, erzählt Schlag. Auch Bestrahlung kam für ihn nicht in Frage. So entschied er sich

für die Operation und wurde im September 2015 im LMU-Klinikum operiert. Seitdem ist er regelmäßig bei der Nachsorge. Beim Gespräch zum Thema „gemeinsame Entscheidungsfindung“, also **Shared Decision Making**, erklärte er seine Beweggründe. Prof. Christoph Stief sagte: „Ihr Fall passt genau mit meiner Lebenserfahrung zusammen: Jeder Mensch hat einen klaren Plan, und was er braucht, sind die Fakten, um dann entscheiden zu können, ohne dass später böse Überraschungen drohen.“ Denn bei Prostatakrebs sind Bestrahlung und Operation von den Ergebnissen vergleichbar. Jede Methode hat aber geringfügige Vor- und Nachteile. So gibt es nach OPs statistisch mehr Fälle von Inkontinenz oder erektiler Dysfunktion, nach Bestrahlungen geringfügig mehr Probleme mit dem Stuhlgang. Jeder Patient setzt andere Prioritäten, sagt Prof. Claus Belka: „Ich habe jüngst einen Opernliebhaber bestrahlt, der Inkontinenz in jedem Fall vermeiden wollte.“

Das Projekt startet an sechs Universitätskliniken

München – „Bayern goes SDM“ ist ein Verbundprojekt dreier Institutionen. Beteiligt sind der Ausschuss für Gesundheit und Pflege des Landtags, das Bayerische Zentrum für Krebsforschung und die Deutsche Krebshilfe. Ziel ist es, in Bayern als erstem Bundesland die Partizipative Entscheidungsfindung, das Shared Decision Making – SDM für Krebspatienten einzuführen. Dies sind die Partner:

LMU Klinikum München: Hier die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie unter der Leitung von Prof. Dr. Claus Belka und die Urologische Klinik und Poliklinik, in der neben Prof. Christian Stief auch Privatdozentin Dr. Jozefina Casuscelli Ansprechpartnerin ist.

Klinikum rechts der Isar, TU München: Hier wird SDM eingeführt in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin / Funktionsbereich Palliativmedizin unter der Leitung von



Professor Belka (rechts) bereitet eine Patientin für die Bestrahlung vor.

Prof. Johanna Anneser und in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei Prof. Andreas Dinkel.

Universitätsklinikum Augsburg: Hier beteiligen sich die Klinik für Strahlentherapie unter der Leitung von Prof. Georg Stüben und die Klinik für Urologie unter der Leitung von Prof. Dorothea Weckermann.

Universitätsklinikum Erlangen: Hier wird SDM installiert in der Palliativme-

dizinischen Abteilung bei Prof. Christoph Ostgathe.

Universitätsklinikum Würzburg: Hier beteiligen sich das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin und die Klinik für Strahlentherapie unter Leitung von Prof. Birgit van Oorschot.

Universitätsklinik Regensburg: Hier wird SDM an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Hämatologie und internistische Onkologie unter Leitung von Prof. Tobias Pukrop eingeführt.