



## Wie kommunizieren Sie mit Ihren PatientInnen?



**Dr. Herbert Bachler**

**Dr. Christoph Fischer**

### Informierte Entscheidungsfindung am Beispiel der Evidenz zur Früherkennung und Vorsorge des Zervixkarzinoms

Keine Frage: Die hochspezialisierte Medizin von heute leistet mehr denn je. In der Behandlung von Krankheiten ebenso, wie in der Prävention. Für uns AllgemeinmedizinerInnen wandeln sich damit die Anforderungen – aus gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht, vor allem aber seitens unserer PatientInnen. Deren Partizipation in alle sie betreffenden Entscheidungen sollte oberstes Ziel sein, und um diese zu erreichen, muss vielfach der Hausarzt/die Hausärztin die Rolle eines Managers übernehmen, der die PatientInnen durch das Gesundheitssystem lotst.

Wie aber den Überblick behalten, nicht zu viel, nicht zu wenig zu tun? Evidenzbasierte Medizin ist gegenwärtig wohl der Schlüssel zum Erfolg. Betrachten wir z. B. das Gebärmutterhalskrebs-Screening, das in Österreich Bestandteil der Vorsorgeuntersuchung ist, verlangt auch das Nationale Krebsprogramm 2014 im Bereich Diagnose, Behandlung und Forschung einen „Fokus auf Datensammlung, Auswertungen und Analysen (Morbidität, Mortalität, sozioökonomische Einflüsse und Auswirkungen, Studienteilnahme)“, um anhand der damit geschaffenen Evidenz Handlungsempfehlungen abzuleiten. Dies verdeutlicht, dass das System keineswegs starr und dogmatisch ist, sondern vielmehr permanent nachjustiert wird.

**Autoren: Dr. Herbert Bachler, Dr. Christoph Fischer**

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Wie kommunizieren Sie mit Ihren PatientInnen?

Seite 1 von 6

## Informierte ÄrztInnen = aufgeklärte PatientInnen?

Immer mehr PatientInnen erwarten, völlig zu Recht, über Maßnahmen der Gesundheitserhaltung oder -wiederherstellung eigenständig entscheiden zu können und fordern daher ein Höchstmaß an Information. Auch das Gesetz verpflichtet uns zur umfassenden Aufklärung zu Diagnose, Verlauf und Risiken – mit teilweise nicht geringen Konsequenzen bei Nichtbeachtung. Als Ideal des ärztlichen Gesprächs gilt daher ein Dialog zwischen Arzt und Patient, der in Entscheidungen mündet, welche die Betroffenen in ihrer gesamten Tragweite verstehen.

Um dem nahe zu kommen, muss man sich vor Augen halten, dass verschiedene Faktoren die Informationsvermittlung in der hausärztlichen Beratung in unterschiedlicher Ausprägung beeinflussen:

- Kommunikative Kompetenz beider Gesprächspartner
- Wissen des Arztes
- Wissen des Patienten
- Meinung/Erfahrung des Arztes
- Meinung/Erfahrung des Patienten
- Wissenschaftliche Unsicherheit

Daraus resultiert wiederum eine Reihe ganz verschiedener Vor- und Nachteile: Der geteilten Verantwortung steht eine mögliche Überforderung der PatientInnen gegenüber, dem hohen Maß an Information und Transparenz eventuell „falsche“ Entscheidungen oder Verunsicherung. In jedem Fall ist die Grundvoraussetzung des *shared decision making*, dass der Arzt/die Ärztin den PatientInnen objektive, evidenzbasierte Informationen in einer für sie verständlichen Art und Weise zur Verfügung stellt. Eine große Herausforderung für alle ÄrztInnen, weil sie dafür aus der Fülle der heute zur Verfügung stehenden Quellen/Daten, jene herausfiltern müssen, die am ehesten Objektivität versprechen (etwa frei von Interessenskonflikten). Zudem lernen wir in unsere Ausbildung nur bedingt den Umgang mit Statistiken – und sollen die Zahlen nicht nur selber richtig interpretieren, sondern auch noch den PatientInnen verständlich machen!

Autoren: Dr. Herbert Bachler, Dr. Christoph Fischer

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Wie kommunizieren Sie mit Ihren PatientInnen?

Seite 2 von 6

Nicht zuletzt mag nun so mancher anmerken, dass unser Gesundheitssystem nur bedingt Zeit ausführliche Beratungsgespräche vorsieht (oder honoriert). Zumindest die Vorsorgeuntersuchung ist dafür gut geeignet; der zeitliche Rahmen hierbei erlaubt sehr wohl intensive Dialoge und fundierte Aufklärung – die VU erlaubt diese nicht nur, sie fordert sie sogar. Unter anderem auch zu Früherkennung und Vorsorge des Zervixkarzinoms.

## **Kompetente Beratung zu Früherkennung und Vorsorge von Gebärmutterhalskrebs**

Immer wieder kommen Mütter mit ihren Töchtern in die Hausarztpraxis und wollen eine Beratung zur HPV-Impfung; am liebsten wäre ihnen eine klare Ja-Nein-Empfehlung. Der engagierte Allgemeinmediziner stellt in solchen Situationen nicht selten fest, dass er selbst fast ein bisschen die Orientierung verloren hat:

In den Medien werden von Experten durch die „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“ bis zu 700 verhütete Todesfälle jährlich versprochen. Doch was ist realistisch, wenn im Jahr 2011 exakt 153 Frauen an Gebärmutterhalskrebs verstarben? Im Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ versucht Brigitte Piso eine seriöse Prognose: Ohne HPV-Impfung sterben in Österreich am Gebärmutterhalskrebs in den nächsten 50 Jahren insgesamt (also alle Todesfälle in den nächsten 50 Jahren zusammen) 6.811 Frauen, mit HPV-Impfung 6.043. In den nächsten 50 Jahren werden also insgesamt 768 Sterbefälle verhütet, das wären rund 15 pro Jahr.

Die derzeitige Studienlage bescheinigt der HPV-Impfung insgesamt eine gute Wirkung und Verträglichkeit. Es gibt aber noch viele offene Fragen (etwa Dauer des Impfschutzes, mögliches Replacement) und die betroffenen Gruppen sind derzeit unzureichend informiert. Umso wichtiger ist es, darauf zu achten, dass der aktuelle Wissensstand, inklusive aller Unsicherheiten, korrekt und nachvollziehbar kommuniziert wird. Entscheidungen für oder gegen die HPV-Impfung müssen selbstbestimmt und informiert getroffen werden können. Die HPV-Impfung bietet keinen 100-prozentigen Schutz vor Krebserkrankungen und ersetzt auch nicht den Weg zur Früherkennung.<sup>1</sup> Für das Gewinnen aussagekräftiger Daten sollte die Einführung eines Impfreisters oberste Priorität haben!

Ungeachtet der HPV-Impfung könnte aber die Sterblichkeit in Österreich in kürzester

---

<sup>1</sup> Sprenger, M. (2013). Update HPV-Impfung

Zeit halbiert werden - nicht erst in 50 Jahren: In Finnland gehen die Frauen erst mit 30 und nur alle 5 Jahre zum PAP-Abstrich, dort sterben nur halb so viele Frauen an Gebärmutterhalskrebs wie in Österreich.

Das österreichische Vorsorgeuntersuchungsprogramm empfiehlt den Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Abstrich) seit 2005 allen Frauen zwischen 19 und 69 Jahren in einem Abstand von 3 Jahren, wenn die drei ersten Abstriche im 1-Jahres-Abstand unauffällig waren. Ab 70 kann auf weitere Vorsorgeuntersuchungen verzichtet werden, sofern in den vergangenen zehn Jahren kein PAP-Abstrich mit höherem Testergebnis als PAP I oder II gefunden wurde, da gute wissenschaftliche Belege dafür vorhanden sind, dass Frauen in der Altersgruppe 70 Jahre und älter nicht mehr von fortgesetzten PAP-Tests profitieren<sup>2</sup>.

Wir alle wissen, dass es den idealen Screening-Test, der alle Gesunden als gesund und alle Kranken richtig als krank erkennt, leider nicht gibt. Zwei wichtige Kenngrößen – Sensitivität und Spezifität – beschreiben die Grenzen des PAP-Tests.

### **Sensitivität (Empfindlichkeit):**

Die Empfindlichkeit des einmaligen PAP-Tests beträgt 53 %: Von 100 Erkrankungen erkennt der einmal durchgeführte Test „nur“ 53 und übersieht die restlichen 47 Erkrankungen<sup>3</sup>. Durch 3 Abstriche im Jahresintervall zu Beginn des Screenings wird diese Lücke deutlich kleiner. Da sich invasiver Gebärmutterhalskrebs sehr langsam über mindestens 10 Jahre entwickelt, besteht auch mit einem wenig empfindlichen Test die Chance, zwar niemals alle, aber doch die allermeisten Fälle rechtzeitig zu entdecken.

### **Spezifität (Genauigkeit):**

Die Genauigkeit des PAP-Tests beträgt 97,4 %: Der PAP-Test erkennt von 100 gesunden Frauen 97 richtig als gesund, ca. 3 dieser gesunden Frauen (exakt 2,6 %) werden vom Test aber fälschlich als krank beurteilt. Ein Teil dieser Frauen sind gesund und das Resultat war falsch positiv. Der andere Teil hatte zum Untersuchungszeitpunkt zwar eine krankhafte Zellveränderung, hervorgerufen durch eine Infektion mit dem HPV-Virus, diese hätte sich aber auch ohne Behandlung in den nächsten Monaten bis Jahren von selbst zurückgebildet.

Zurück zur Aussage, dass die Sterblichkeit in Österreich in kürzester Zeit halbiert werden könnte. In der täglichen Praxis sieht das Gebärmutterhalskrebs-Screening in Österreich so aus: Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern gibt es bei uns noch immer kein systematisches qualitätsgesichertes Screening, sondern nur ein opportunistisches,

---

<sup>2</sup> Püringer, U. et al. (2005). Vorsorgeuntersuchung Neu

<sup>3</sup> Cuzick, M. et al. (2006). Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. Int J Cancer 119(5):1095-101

unorganisiertes System. Darum gehen junge Frauen, die in den nächsten 15–20 Jahren nahezu kein Risiko haben, an einem Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, jährlich – manche sogar halbjährlich – zum Abstrich (z. B. immer dann, wenn sie ein neues Rezept für die Pille brauchen). Viele der über 50-Jährigen, die keine Kinder mehr bekommen und keine Pille mehr brauchen, gehen nicht mehr zum Abstrich. Gerade diese Frauen haben aber das höchste Erkrankungsrisiko. Nach der jüngsten Umfrage der Krankenkassen wird nur etwa bei der Hälfte der Frauen in der Zielbevölkerung ein PAP-Abstrich durchgeführt - hier wäre ein Recall-System dringend einzuführen.

Die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin veranstaltete im März ein Experten-Meeting zur Früherkennung und Vorsorge des Zervixkarzinoms – auf <http://www.tgam.at/index.php/pid.45> finden Sie eine umfangreiche Veranstaltungsnachlese und auch den Entwurf der in Fertigstellung befindlichen Patienten-Information zum Thema.

## Über die Autoren:



### **Dr. Herbert Bachler**, Innsbruck

Allgemeinmediziner,  
Präsident der Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin,  
Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Innsbruck  
[bachler@tgam.at](mailto:bachler@tgam.at)

1984 - 1990 Studium der Humanmedizin an der Universität Innsbruck  
seit 1994 in freier Praxis in Innsbruck

### **Dr. Christoph Fischer**, Sistrans

Allgemeinmediziner,  
Vizepräsident der Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin,  
Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Innsbruck  
[fischer@tgam.at](mailto:fischer@tgam.at)

1971 - 1977 Medizinstudium in Innsbruck  
1978 – 1981 Turnus im KH-Hall  
Seit 1981 praktischer Arzt in Sistrans

## Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

**Autoren: Dr. Herbert Bachler, Dr. Christoph Fischer**

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Wie kommunizieren Sie mit Ihren PatientInnen?

Seite 6 von 6