»OBSERVER«
A-1020 Wien, Lessinggasse 21
www.observer.at, E-Mail: info@observer.at
Fon: +43 1 213 22 *0, Fax: +43 1 213 22 *300
Auflage: 1500 Auftrag Nr: 2021
Verlagstel.: 01/876 79 56*13 Clip Nr: 3884461
Größe: 91,32% SB: Hausegger Viktoria
Urologik
Wien, Juli 2008 - Nr. 4

Die professionelle Arztassistentin

Vom PSA-Wert zur Telefonkommunikation

Die von der Fa. Astellas veranstalteten Workshops für urologische Arzthelferinnen besitzen mittlerweile Tradition. Am 7. Juni kamen in Fohnsdorf in der Steiermark vor erstmals über 40 Teilnehmerinnen Themen wie die Hormontherapie des Prostatakarzinoms und die richtige Kommunikation am Telefon zur Sprache. Ein Eligard®-Mischwettbewerb rundete die Veranstaltung ab.

Grundlegendes zum Prostata-Ca

Im Rahmen des ersten Vortrags des Astellas-Workshops umriss OÄ Dr. Eva Dlouhy-Schütz, Abteilung für Urologie, Landesklinikum Weinviertel Mistelbach, die Thematik des PCa. Ihre allgemeine Einführung beinhaltete Anatomie und Funktion der Prostata sowie die Epidemiologie. PSA-Bestimmung und westlicher Lebensstil führen seit den 1990er-Jahren zu einem deutlichen Anstieg der (detektierten) PCa, wobei in Bezug auf die tatsächlichen klinischen Auswirkungen eines pathologischen Befundes eine breite interindividuelle Streuung existiert. „Dies macht die Beratung und Therapie sehr schwierig", erklärte Dlouhy-Schütz. Die Diagnostik umfasst digitale rektale Untersuchung, PSA, transrektalen Ultraschall, Stanzbiopsie sowie gegebenenfalls eine Knochenszintigraphie. „Der PSA-Wert ist eine Krux, da er nicht verlässlich Auskunft über eine bestehende Krankheit gibt", hob Dlouhy-Schütz hervor. Lange Zeit wurde ein einheitlicher Cut-off postuliert, heute ermöglichen altersbezogene Referenzwerte einen Kompromiss zwischen Sensitivität und Spezifität. Wie die Expertin betonte, sollte die Therapie zwar auch auf das Karzinomstadium abgestimmt sein, in erster Linie aber auf das Alter und den Gesundheitszustand des Patienten sowie auf seine eigenen Vorstellungen. Wie sich in der Praxis oft zeigt, ist auch die Potenzerhaltung für viele Patienten letztendlich wichtiger als es anfangs den Anschein hat. Dlouhy-Schütz: „Arzthelferinnen stellen diesbezüglich häufig die ersten Ansprechpartnerinnen dar, da viele Männer dieses Problem lieber mit einer Frau besprechen. Sexualität ist insgesamt ein gewichtiges und auch völlig altersunabhängiges Thema, das im Allgemeinen komplett unterschätzt wird."

Arztassistentinnen konnten das Mischen der beiden Komponenten der Eligard-Spritze üben

Arten der Hormontherapie

Therapeutisch steht je nach Tumorausdehnung und Patientenalter eine Reihe von Optionen zur Verfügung (Tab.). Dlouhy-Schütz stellte die Vor- und Nachteile einer radikalen Prostatektomie vor; die Gefahr der Inkontinenz und die zu erwartende Impotenz bei einem nervverhaltenden Eingriff müssen durch eine entsprechende Indikation gerechtfertigt sein. „Ein präoperatives Beckenbodentraining gewährleistet bessere Ergebnisse bezüglich der Kontinenz." Zu den konservativen Therapiemaßnahmen zählen Watchful Waiting, Bestrahlung (Tele- oder Brachytherapie) sowie Chemo- und Hormontherapie. Die Expertin nahm Bezug auf die Hormonaktivierung mittels Umwandlung in DHT und den hormonellen Regelkreis. „GnRH-Agonisten wirken im ersten Teil des Regelkreises und unterdrücken die Produktion von Testosteron durch einen chronischen Produktionsreiz." Der Vorteil ist die einfache Applikationsart, Nachteile sind Nebenwirkungen wie Osteoporose, Libodoverlust und Adynamie. Ein initial entstehender Flare muss in den ersten Wochen durch die zusätzliche Gabe eines Antiandrogens abgefedert werden, da große Tumormassen dadurch einen massiven Wachstumsreiz erfahren könnten.

Antiandrogene treten im Gegensatz zu den GnRH-Agonisten in Konkurrenz zum Androgenrezeptor in der Prostatazelle und verhindern eine Wirkung von Testosteron vor Ort, ohne dass das zirkulierende Hormon verschwindet. „Gegenüber den GnRH-Agonisten kommt es dadurch nicht zur Osteoporose, und der Libidoverlust ist kaum ausgeprägt oder verzögert." Nachteile sind Brustvergrößerung

Zum eigenen Gebrauch nach §42a UrhG. Anfragen zum Inhalt und zu Nutzungsrechten bitte an den Verlag.

»OBSERVER«
A-1020 Wien, Lessinggasse 21
www.observer.at, E-Mail: info@observer.at
Fon: +43 1 213 22 *0, Fax: +43 1 213 22 *300
Auflage: 1500 Auftrag Nr: 2021
Verlagstel.: 01/876 79 56*13 Clip Nr: 3884461
Größe: 94,9% SB: Hausegger Viktoria
Urologik
Wien, Juli 2008 - Nr. 4

und Hitzewallungen als Folge der Umwandlung des Testosterons in Östrogene. Eine totale Androgenblockade senkt zwar die Testosteronwerte praktisch auf null, bringt aber auch viele Nebenwirkungen mit sich und sollte daher nur unter bestimmten Bedingungen durchgeführt werden. Dies trifft auch auf die Orchidektomie als chirurgische Kastration zu.

Zukunftsoptionen

Die Erfassung einer genetischen Disposition (männliche Verwandte ersten Grades), die frühzeitige Identifikation eines individuellen Risikos sowie Untersuchungsverfahren mit einer im Vergleich zum PSA höheren Spezifität bilden zum gegenwärtigen Zeitpunkt Forschungsfelder, ebenso eine verbesserte Diagnostik (Reduktion unnötiger Biopsien), prognostische Evaluation (klinisch nicht relevante Karzinome) und Progressionsmarker. Neue Therapien könnten verbesserte OP-Techniken (Roboterchirurgie, Laparoskopie), verbesserte Chemo- und Immuntherapien (Kinasehemmer) sowie eventuell Impfungen umfassen.

Langfristige Wirkung durch Depotbildung

Der LHRH-Agonist Leuprorelinazetat (Eligard®) bewirkt eine 98%ige PSA-Reduktion gegenüber dem Ausgangswert; 94–98% der Patienten erreichen Testosteronwerte von ≤0,2ng/ml. „Im Allgemeinen hält Eligard® den Testosteronspiegel für einen langen Zeitraum niedrig", berichtete Mag. Thúy Tran, Product Manager Urology, Astellas Pharma. Dies wird durch das Atrigel®-System ermöglicht, das ein biologisch abbaubares Polymer und einen flüssigen Träger enthält. Nach subkutaner Injektion verfestigt sich Eligard® im Körper. „Mit diesem Depot ist es möglich, den Wirkstoff über einen definierten Zeitraum kontrolliert freizusetzen", so Tran. Im Vergleich zu anderen Medikamenten enthält die Präparation doppelt so hohe Dosen an Leuprorelinazetat, ein Umstand, der mit einer verbesserten Testosteronsuppression einhergeht.

Eligard® ist in drei Formulierungen erhältlich, dem 7,5mg Einmonats-Depot, dem 22,5mg Dreimonats-Depot und dem 45mg Sechsmonats-Depot. Ab 1. August 2008 erfolgt die Aufnahme von Eligard® 45mg in die grüne Box des EKO. Damit ersparen sich die Patienten 50% der Injektionen.

Optionen beim Prostatakarzinom

Lokal begrenzter Tumor:
Junger Patient:
– Operation
– Brachytherapie
– Teletherapie
– Surveillance
Alter Patient (>70–75):
– Watchful Waiting
– Teletherapie
– Hormontherapie
• ev. Stufenschema
– Antiandrogen
– LHRH-Analogon
Lokal fortgeschrittener Tumor/systemische Erkrankung:
– junger Patient: Bestrahlung und Hormontherapie (ev. Stufenschema, s. oben)
– alter Patient: Hormontherapie (und ev. Bestrahlung)
– altersunabhängig symptomatische Therapie: palliative TUR/P, Bisphosphonate, Schmerztherapie, Metastasenbestrahlung; alternative Therapien (unterstützend!)

Tab.: Therapeutische Optionen bei Prostatakarzinom

Vor Benutzung muss Eligard® im Kühlschrank bei 2°C bis 8°C gelagert werden. Die Zubereitung erfolgt aus zwei Spritzen, wobei in der einen der Wirkstoff und in der anderen die Flüssigkeit enthalten ist. Korrekt durchgeführtes Mischen bringt eine leicht bräunliche, homogene Flüssigkeit hervor. Die Verabreichung soll innerhalb von 30 Minuten erfolgen.

Mit der Stimme lächeln

Das Gesundheitssystem befindet sich im Wandel; Patienten haben mehr Auswahl als je zuvor und nehmen ihren Arzt immer mehr als Dienstleister wahr. Dementsprechend möchten sie auch wie Kunden behandelt werden. Viktoria Hausegger, Agentur mehr.wert für Ärzte und Apotheker, erinnerte die Teilnehmerinnen des Kurses an ihre Schlüsselrolle im Unternehmen Arztpraxis: „Arztassistentinnen müssen Kommunikationsprofis sein." Der Erfolg der Praxis hängt auch zu einem erheblichen Teil von den Mitarbeitern ab, die das Bindeglied zwischen Arzt und Kunden/Patienten darstellen. Das Telefon ist heute zur wichtigsten Visitenkarte im Unternehmen Arztpraxis geworden. „Der Anrufer soll einen freundlichen, kompetenten und positiven Eindruck bekommen." Eine Kontaktaufnahme findet auf Beziehungs- und Inhaltsebene statt. Die emotionale Ebene kann auch beim Telefonieren schnell durch freundliche Begrüßung und positive Ansprache beeinflusst werden. „Eine Vermittlung sachlicher Informationen kann erst erfolgen, wenn die Beziehungsebene geklärt ist", so Hausegger. Da beim Telefonieren Faktoren wie Gestik und Mimik fehlen, fallen Sprache, Wortschatz, Satzbau, Stimme und Sprechweise umso mehr ins Gewicht. Hausegger empfahl, Satzbau und Wortwahl dem Gesprächspartner anzupassen; eine bildliche und genaue Wortwahl sorgt für besseres Verständnis. Nicht aussagekräftige „Selbstmordwörter" wie „eigentlich", „könnte", „müsste" etc. sind zu vermeiden, ebenso Reizwörter („trotzdem", „aber", „Sie müssen"). Fragen schaffen Vertrauen beim Zuhörer und geben ihm das Gefühl, verstanden zu werden. Sprechtempo und Klangfarbe lassen sich bewusst modulieren. Wichtige Begriffe und Argumente können stimmlich hervorgehoben werden. „Der Gesprächspartner hört auch ein Lächeln in Ihrer Stimme", schloss Hausegger. „Das sorgt für eine gute Grundstimmung im Gespräch."

Bericht: Dr. Judith Moser
Quelle: Workshop für Arztassistentinnen „Die professionelle Arztassistentin", 6.–7. Juni 2008, Fohnsdorf
uro080420

Zum eigenen Gebrauch nach §42a UrhG. Anfragen zum Inhalt und zu Nutzungsrechten bitte an den Verlag.