



K. Pummer

Fortschritt und Verantwortung in der Urologie

Das Zauberwort der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts heißt „Innovation“. Gemeint ist meist technische Innovation, die bedeutungsgleich als Fortschritt interpretiert wird.

Kaum – wenn überhaupt – ein Fach hat während der letzten Jahrzehnte größere Fortschritte in diagnostischer, therapeutischer und technischer Hinsicht gemacht als die Urologie. Und ein Ende dieser Entwicklung ist noch lange nicht absehbar.

Im Idealfall gehorcht der Fortschritt einer logischen und patientenorientierten Reihenfolge: „Klinisches Problem – wissenschaftliche Analyse – akademische Erarbeitung von Lösungsansätzen – klinische Anwendung“. Diese Reihenfolge sieht auch eine klare Rollenverteilung vor: Der Patient als Ausgangspunkt und letztlich auch Nutznießer des Fortschritts, die Wissenschaft in Kooperation mit der Industrie als Leistungserbringer, und eine regulative Instanz zur Überprüfung der Sinnhaftigkeit, Machbarkeit und Leistbarkeit. Die Befolgung dieses Prozessablaufes – sofern er in der Form gewährleistet ist – lässt die Frage nach der Verantwortung dabei eher zweitrangig erscheinen. Am Eindrucksvollsten war dies bei der Entwicklung der extrakorporalen Stoßwellen-lithotripsie (ESWL) oder der endoskopischen Steinbehandlung nachzuvollziehen, wo die Problematik der traditionellen Steinchirurgie (Schmerzen, lange Rekonvaleszenz) durch Forschung und technischen Fortschritt mit einem klar erkennbaren Vorteil für den Patienten gelöst werden konnte.

Wie kann es also kommen, dass Seitz in seinen Ausführungen zur „Verantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität in der Weltgesellschaft“ zu dem Schluss kommt, dass „einerseits die Ohnmacht der Moral beklagt wird, andererseits mehr denn je von Verantwortung die Rede ist“? Eine mögliche Erklärung findet sich im heute vielfach zu beobachtenden Perspektivenwechsel medizinischer Forschung. Dabei wird zuerst ein Lösungsansatz entwickelt, der in weiterer Folge unkritisch vermarktet wird. Erst dann beginnen willfährige Proponenten nach einem dazu passenden Problem zu suchen. Erleichtert wird dies alles durch das Fehlen – oder auch nur tatenlose Schweigen – regulativer Instanzen. In einem solchen Szenario gewinnt die Frage nach der Verantwortung eine überproportional große Bedeutung. Leider wird sie kaum gestellt, was die Grazerin Ute Stettner in ihrem Werk „Kann helfen unmoralisch



Univ. Prof. Dr. Karl Pummer

sein?“ zu dem Schluss bringt, dass „wenn Verantwortung nicht faktisch wahrgenommen wird, sich ihre Bedeutung ins Unbestimmte zu verflüchtigen scheint“.

Das Prostatakarzinom eignet sich in besonderer Weise, das Spannungsfeld von Fortschritt und Verantwortung konkret anhand von Beispielen zu beleuchten.

Vor rund 25 Jahren hielt das Prostata-spezifische Antigen (PSA) Einzug in die Urologie. Sein Einsatz führte in relativ kurzer Zeit zu einer Stadienverschiebung und einem dramatischen Rückgang metastasierter Fälle bei Diagnosestellung, was die Idee des Screenings mehr als logisch erscheinen ließ. Dabei schien es anfangs auch durchaus akzeptabel, dass die in Folge rasch steigende Inzidenz die relativ konstante Mortalität stark überstieg. Erst viel später etablierte sich die Wahrnehmung, dass durch das PSA-gestützte Screening eine Vielzahl von Karzinomen entdeckt wird, die möglicherweise gar keiner Therapie bedürfen, was solche Patienten lediglich den Risiken und Nachteilen



S A U S A L E R S O M M E R G E S P R Ä C H E 2 0 1 2

von Diagnose und Therapie aussetzt. Somit ist es wenig überraschend, dass zwei randomisierte Studien und mehr als eine Viertelmillion Probanden später die Sinnhaftigkeit des Screenings noch immer kontroversiell gesehen wird und die Fronten zwischen Befürwortern und Gegnern stärker denn je verhärtet sind. Gesichert scheint, dass die karzinomspezifische Mortalität und die Morbidität durch die Erkrankung gesenkt werden – allerdings zum Preis einer höheren Therapie-induzierten Morbidität.

Wie auch immer, was vor 25 Jahren als klarer Fortschritt gefeiert wurde, ist mittlerweile zum Zankapfel unterschiedlichster Interessensgruppen geworden und erst vor wenigen Tagen sprach sich die US Preventive Services Task Force in einer Presseaussendung eindeutig gegen die flächendeckende PSA-Testung aus.

Dass ein Mammographie-Screening zumindest bei den <60-Jährigen mit der praktisch gleichen Problematik behaftet ist, scheint politische Entscheidungsträger in Österreich dabei wenig zu stören. Bleibt nur zu hoffen, dass die Politik auch bei der PSA-Testung eine ähnlich klare Entscheidung – wenngleich ebenfalls nicht wissenschaftlich begründbar – verantworten wird. Zwischenzeitlich ist man gut beraten sich, den Empfehlungen der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Version 2011) anzuschließen, die dafür votiert, Männer über mögliche Vor- und Nachteile einer PSA-gestützten Früherkennung zu informieren, was nicht bedeutet, dass die Verantwortung dadurch auf den Patienten abgewälzt wird.

Die scheinbare Lösung eines Problems – nämlich die frühzeitige Diagnose eines Prostatakarzinoms mittels PSA –

führte aber zu zwei weiteren Problemen, die sich im Ruf nach besserer Bildgebung und dem Angebot an so genannten minimal-invasiven Operationsmethoden wiederfinden.

Anders als bei nahezu allen anderen soliden Tumoren spielt die Bildgebung in der Diagnose eines Prostatakarzinoms praktisch keine Rolle. Die steigende Zahl von Karzinomen sowie neuartige Therapiekonzepte wie die Active Surveillance, die eine Abschätzung des vom Tumor ausgehenden individuellen Risikos erfordern, steigern jedoch die Wertigkeit bildgebender Methoden – sei es zum Zweck der Diagnose oder auch des Monitorings. Seit dem Ende der 1960er Jahre, wo der transrektale Ultraschall (TRUS) eingeführt wurde, wurden zahlreiche neue Methoden propagiert, die entweder auf dem Computer-unterstützten Ultraschall (Elastographie, Histoscan) oder auf funktionellen Sequenzen der Magnetresonanz (Dynamic Contrast Enhanced MRI, Diffusion Weighted Imaging, MR-Spektroskopie) basieren.

Eine nähere Betrachtung der derzeitigen Situation bildgebender Verfahren lässt die Frage nach der Verantwortlichkeit besonders deutlich werden. Allein in den letzten zehn Jahren gab es mehr als 4.500 Publikationen zur diagnostischen Bildgebung. Weniger als 1% (nämlich 31) fanden bei der Erstellung der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie Berücksichtigung, alle anderen erfüllten nicht die qualitativen Anforderungen. Daher verwundert es auch nicht, dass die S3-Leitlinie den routinemäßigen Einsatz bildgebender Diagnostik grundsätzlich nicht empfiehlt, bzw. eine solche in den europäischen Leitlinien nicht einmal erwähnt wird.



Foto: H. Piza-Katzer



**Fortschritt ist nicht zwingend
nur mit technischer
Innovation gleich zu setzen.
Aus klinischer Sicht wäre
wohl auch das schlichte
Befolgen standardisierter
Vorgehensweisen als durch-
aus fortschrittlich zu sehen.**

Ein Blick auf die gängige Praxis macht die Sache verständlich. Die Industrie entwickelt und verkauft unter wirtschaftlichem Druck eine neue Technologie, die von einzelnen Institutionen ohne ausreichende Validierung erworben und in weiterer Folge auch durch Veröffentlichung kleiner hoch selektionierter Patientenserien beworben werden, wobei über die Motivation einer solchen Vorgangsweise bestenfalls spekuliert werden kann. Jedenfalls fühlen sich da-

durch weitere Käufer gezwungen, ebenfalls zu investieren, wodurch die Verwendung solcher Methoden weiter verbreitet wird – und letztlich die Chance auf eine kritische und den Ansprüchen der Wissenschaftlichkeit genügende Prüfung der Methode vertan ist. Der einfache wie auch pragmatische Ausweg aus diesem Dilemma wäre wohl, wenn die Industrie gezwungen würde, zur Testung und Validierung neuer Technologien zeitgleich eine repräsentative Zahl akademischer Zentren einzuladen, die nach Testung einen gemeinsamen und konsensualen Bericht unabhängig von wirtschaftlichen oder reputativen Überlegungen verfassen müssen, der klar und deutlich alle Vor- und eventuellen Nachteile, notwendige Standardisierungen oder auch patientenbezogene Selektionskriterien beinhalten muss. Die Durchsetzung einer solchen Vorgangsweise kann angesichts des kompetitiven Umfelds vieler Leistungserbringer aber wohl nur als politische Verantwortung gesehen werden.

Auch die Situation bei der operativen Therapie des Prosta-

takarzinoms passt gut in das Spannungsfeld von Fortschritt und Verantwortung. Der Fortschritt wird üblicherweise mit der Entwicklung so genannter minimal invasiver Methoden, insbesondere mit dem Einsatz des Roboters, assoziiert. Ob es tatsächlich ein Fortschritt ist, wenn nach einem Jahrzehnt intensiver Bemühungen, langen Lernkurven und nicht wenig enttäuschten Patienten endlich ein „gleich gutes Ergebnis“ erzielt wird, zu dessen Untermauerung dann historische Vergleiche des Blutverlusts bei offener Operationstechnik herangezogen werden, sei dahin gestellt – innovativ ist es allemal. Aber auch teurer.

Fortschritt ist nicht zwingend nur mit technischer Innovation gleich zu setzen. Aus klinischer Sicht wäre wohl auch das schlichte Befolgen standardisierter Vorgehensweisen als durchaus fortschrittlich zu sehen. Leider zeigen Studien, dass die Compliance mit Leitlinien und Guidelines sowohl beim Prostatakarzinom als auch beim Harnblasenkarzinom zu wünschen übrig lässt.

Die Verantwortung für den Fortschritt oder dessen Folgen kann nicht allein auf den Schultern der Ärzteschaft abgeladen werden. Der Arzt als Forscher ist natürlich in hohem Maße für die technische Weiterentwicklung der Medizin verantwortlich, aber auch dafür, etwaige Fehlentwicklungen zu erkennen und entsprechend zu kommunizieren. Die Leistbarkeit des Fortschrittes kann nur von der Gesellschaft selbst – vertreten durch die Politik – verantwortet werden.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Karl Pummer
Vorstand der Univ. Klinik für Urologie
Med. Universität Graz
Auenbruggerplatz 5/6
8036 Graz