

Rundbrief Krebsvorsorge 1: Überdiagnosen, Hautkrebs, flache Darmläsionen
6.3.2008

Liebe Kollegen,

den abgewickelten Newsletter möchte ich in Zukunft durch den weniger aufwändigen, aber dafür aktuelleren "Rundbrief" ersetzen. Ich freue mich sehr, wie groß der harte Kern der Interessierten geblieben ist. Also: auf ein Neues!

Das Problem Überdiagnosen

Überdiagnosen gelten als das größte Problem der Früherkennung. Aber wie groß ist das Problem eigentlich? Klaus Koch und ich haben dazu kürzlich in der Fachzeitschrift "Der Onkologe" den Artikel "Kritik der Krebsfrüherkennung" veröffentlicht. Darin versuchen wir abzuschätzen, wie hoch die Raten an Überdiagnosen bei den einzelnen Früherkennungsmaßnahmen sind.

– attachment: Der Onkologe

Da in dem Artikel die einzelnen Tumorarten nur kurz abgehandelt werden können, hänge ich noch eine unveröffentlichte, ausführlichere Analyse der Situation beim Brustkrebs an.

– attachment: Überdiagnose Brustkrebs

Vor dem Hautarzt sind jetzt alle gleich

Das Kuriosum Hautkrebscreening wird ab dem 1. Juli 08 durch eine klare Regelung abgelöst. Die bisherige Früherkennungsrichtlinie beschränkt sich darauf, Frauen ab 30 und Männern ab 45 eine jährliche Untersuchung auf Hautkrebs zuzubilligen, ohne diese näher zu definieren. Ab 1. Juli gilt für Frauen und Männer eine zweijährliche Untersuchung der Haut am ganzen Körper. Die Einzelheiten sind jetzt festgelegt. Zum Beispiel: Alle Ärzte dürfen die Untersuchung anbieten, sofern sie eine acht-stündige KV-zertifizierte Fortbildung nachweisen können, in der auch das Thema Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen behandelt werden soll. Eine Beratung sehen die neuen Richtlinien erst bei der Befundmitteilung vor. Begleitende Studien sollen herausfinden, wie häufig etwa falsch-negative Befunde sind und wie weit die Diagnose vorverlegt wird.

– <<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/516/>> Mitteilungen des G-BA

Flache Darmläsionen gefährlicher als gedacht

Ausgerechnet zum Beginn des Darmkrebsmonats März belegt jetzt eine Studie aus Kalifornien, dass die Routinekoloskopie wohl einen weniger umfassenden Schutz vor Darmkrebs bietet als bislang angenommen. Flache und vertiefte Läsionen können bei der Darmspiegelung leicht übersehen werden, wenn der Darm noch Kotreste enthält oder der Untersucher nicht gründlich genug arbeitet. Diese Zellveränderungen sind gefährlicher, aber

seltener als die pilzförmigen Polypen, die relativ leicht entdeckt und abgezwickt werden können: Sie enthalten rund 10mal häufiger Karzinome. Während jedoch in der Screeningkoloskopie bei jedem Dritten Polypen gefunden werden, entdeckte die Studie bei jedem 17. flache oder vertiefte Läsionen.

– <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/299/9/1027>>JAMA-Abstract

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

Rundbrief Krebsvorsorge 2: stille Post
2.4.2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was in den Medien zu lesen ist, hat oft mehr mit stiller Post als mit fundierter Information zu tun. Zwei Beispiele.

Steigende Krebszahlen

1. Das Robert Koch Institut meldete auf dem Krebskongress Ende Februar steigende Krebszahlen, wofür vor allem der Anstieg der Prostatakrebsfälle von 48.000 auf 58.000 innerhalb von zwei Jahren verantwortlich ist. Dieser geht laut RKI auf den "vermehrten Einsatz der so genannten PSA-Bestimmung" zurück (*1 steigende Krebszahlen RKI.pdf*). In der Bericht "Krebs in Deutschland 2003–2004", auf den sich die Pressemitteilung bezieht, heißt es: "Schätzungen gehen davon aus, dass teilweise über 50 % der infolge eines PSA-Tests gestellten Karzinomdiagnosen zu Lebzeiten nie bekannt geworden wären."

2. dpa deutete diese alarmierende Zahl an Überdiagnosen um: aus "vermehrtem Einsatz des PSA-Tests" wird "verbesserte Früherkennungsuntersuchungen" (*2 steigende Krebszahlen dpa.pdf*). Auf meine Nachfrage gab eine Redakteurin an, mit "verbessertes Früherkennungsuntersuchung" den PSA-Test gemeint zu haben.

3. Die Medizinredakteurin der WAZ, Petra Koruhn, die sich in einer Kolumne als Heilpraktikerin bezeichnet, übernimmt die dpa-Interpretation unreflektiert und garniert sie noch mit Zitaten von Prof. Joachim Noldus, Chefarzt der Urologie am Marien-Hospital Herne, der ebenfalls von "verbessertes Vorsorge" spricht und fern jeder Leitlinie für Männer ab 45 eine jährliche Prostatakrebs-Früherkennung mit Abtasten und PSA-Test (*3 steigende Krebszahlen WAZ.pdf*).

4. Inzwischen hat sich auch noch der Berufsverband Deutscher Internisten in die Riege der Desinformanten eingereiht. Einen Monat nach der RKI-Meldung übernimmt der BDI in einer Pressemitteilung wörtlich die Formulierung von dpa, dass die Gründe für den Anstieg der Krebszahlen "positiv" seien und insbesondere auf "verbessertes Früherkennungsuntersuchungen" zurückgingen (*4 steigende Krebszahlen BDI.pdf*).

Herner Vorsorgedatei

1. 2007 erschien in der Zeitschrift für Gastroenterologie ein Artikel zur Herner Vorsorgedatei mit dem Titel "Koloskopie rettet Leben". In der Studie werden zwei Kohorten miteinander verglichen: Zum einen echte Vorsorgekoloskopien an symptomfreien Patienten, zum anderen Patienten, die sich mit Beschwerden einer diagnostischen Koloskopie unterzogen. Wie nicht anders zu erwarten war, wurden in der Vorsorge-Kohorte weniger und frühere Läsionen gefunden, deren Prognose besser war. In der Diskussion wird – anders als im Titel – eingeräumt, dass über die Wirksamkeit der Vorsorgekoloskopie erst die Zukunft entscheiden wird. Ferner heißt es: "Die Autoren sind sich bewusst, dass der direkte Vergleich der Ergebnisse von Indikations- und Vorsorgekoloskopie, schon aufgrund der unterschiedlichen

Zielpopulationen (symptomatisch vs. asymptomatisch), zunächst nur deskriptiv zu werten ist." (1 *Herner Vorsorgedatei Original.pdf*)

2. Die Autoren der Studie, die die Herner Gastroenterologen-Praxis betreiben, waren jedoch offenbar nicht imstande oder willens, ihre eigene Publikation richtig wieder zu geben. In einer Pressemitteilung, in der die Nominierung der Untersuchung für den Felix Burda Award bekannt gegeben wird, und die auf der Homepage der Praxis veröffentlicht ist, heißt es, dass die "Wirksamkeit der Vorsorge-Darmspiegelung" mit der Studie "erstmal wissenschaftlich bewiesen" ist (2 *Herner Vorsorgedatei Praxis.pdf*).

3. Auf der Lokalseite der WAZ wird der Erfolg der Herner Ärzte entsprechend gefeiert. Wie unbedarft die beteiligten Ärzte mit Wissenschaft umgehen, belegt dabei ein Zitat von Dr. Dietrich Hüppe: "Wir wollen die Daten schaffen, um das Programm zu legitimieren." (3 *Herner Vorsorgedatei WAZ.pdf*)

Die beiden Beispiele zeigen, dass Ärzte und Journalisten ohne Skrupel und oft wohl auch unbewusst (was eigentlich noch schlimmer ist) beim Informieren der Leser und Patienten bereits die Grundgebote der Kommunikation missachten, die lauten: höre genau zu, formuliere sauber, sei wahrhaftig.

Es stellt sich die Frage: Wenn jemand die Basisgebote der Kommunikation missachtet, wie will man dem die Prinzipien von EbM vermitteln?

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

Christian.Weymayr@web.de

Rundbrief Krebsvorsorge 3: Mammographie-Screening
9.4.08

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gestern war in Berlin der Kongress "Mammographie-Screening in Deutschland – Erfahrungen und Perspektiven".
<http://www.mammographie-kongress.de/>

Die Grundstimmung war durchweg positiv: Es ist etwas sinnvolles, organisatorisch und medizinisch gut Gemachtes ist auf dem Weg. Dass es hier und da hakt, wurde unter Anlaufschwierigkeiten verbucht. Die Zentren haben ihre Kapazitäten noch nicht voll hochgefahren, und stoßen manchmal schon an ihre Grenzen: So bringen die vielen Selbsteinladerinnen, die bevorzugt montags unangemeldet vor der Tür stehen, den Ablauf durcheinander. Das führt bei den Frauen, die trotz Termin warten müssen, zu Unmut. Auch kann sich wegen Überlastung zu Spitzenzeiten die Mitteilung des Befundes um Wochen hinauszögern. Manche Röntgenassistentinnen, berichtete Brigitte Hurtienne, die leitende Medizinisch-Technische Röntgenassistentin des Referenzzentrums Münster, seien "bereits jetzt ausgebrannt". Sie machten mitunter "doppelt so viele Befunde, wie in den EU-Guidelines vorgesehen sind".

Eine Frage blieb unbeantwortet im Raum stehen: Warum nehmen nur etwa die Hälfte der Frauen die Einladung an? Mein Erklärungsversuch: Das Screeningprogramm wird, wie auch auf dem Kongress deutlich wurde, mit der selben Vehemenz vertreten, wie das graue Screening jahrzehntelang zuvor. Kassen, Ärzten und Frauenverbänden haben sich damit unglaublich gemacht. Manche bemühen sich nach Kräften, neu gefasstes Vertrauen schnell wieder zunichte zu machen: So hat der Präsident des Deutschen Krebskongresses 2008 Prof. Kaufmann gerade eine Kampagne zum Selbstabtasten der Brust gefordert. Wie weiter? Der Reflex, die Teilnahmeraten durch intensivere Werbung und einem weiteren Herunterspielen möglicher Schäden erhöhen zu wollen, ist genau der falsche Weg. Nur wenn das Bemühen um neutrale Aufklärung auch spürbar ist, kann das Vertrauen zurück gewonnen werden. Schnelle Erfolge sind allerdings auch dann nicht zu erwarten, denke ich.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Rundbrief Krebsvorsorge 4: Nationale Werbung
17.6.08

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gestrige [Pressekonferenz](#) im Bundesgesundheitsministerium schlug hohe Wellen. Der von Ulla Schmidt vorgestellte „Nationale Krebsplan“, der unter anderem mehr Menschen zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen motivieren möchte, ließ etwa die WAZ auf Seite 1 auf einen „starken Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen“ hoffen, da schließlich „90% der Darm-, Brust-, Haut- oder Prostatakrebs-Erkrankungen bei frühzeitiger Entdeckung geheilt“ werden könnten. Auch in einem [Kommentar](#) der „Allgemeinen Zeitung Mainz“ ist Ulla Schmidts Botschaft voll angekommen: „Nicht nur die Sache an sich, die medizinische Vorsorge, muss weiterhin unter beträchtlichem finanziellen Aufwand ausgebaut werden, sondern auch die Aufklärung, die "Werbung" für das Produkt Krebsvorsorge.“

Dazu drei Anmerkungen:

1: „90% Heilung“ ist zu niedrig gegriffen. Wenn Tumore frühzeitig im Sinne von „rechtzeitig“ entdeckt werden, können sie zu 100% geheilt werden, sonst wäre die Entdeckung ja nicht mehr rechtzeitig gewesen. Schließlich führen auch richtig angekreuzte Lottozahlen nicht in 90%, sondern in 100% der Fälle zum Hauptgewinn.

2: Michael Bamberg, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft verkündete auf der Pressekonferenz stolz: „Es ist soweit! Mit dem Nationalen Krebsplan ist nun eine Grundlage geschaffen, alle Aktivitäten auf dem Gebiet der Krebsmedizin zum Wohle der Patienten zu bündeln.“ Nur: Es gibt gar keinen Krebsplan. Wer danach fragt, bringt die Pressestelle des BMG in arge Verlegenheit. Wo andere Länder mit dicken Dokumenten aufwarten, ist ein gut fünf Seiten kurzer [Text](#) voller Absichtserklärungen alles, was das BMG derzeit zu bieten hat.

3: Wohin „Werbung“ für Früherkennung führen kann, zeigt eine kürzlich veröffentlichte Studie zum [Kylie-Effekt](#). Der besagt, dass nach Bekanntwerden der Brustkrebserkrankung der damals 36-jährigen australischen Pop-Sängerin Kylie Minogue sich junge Frauen vermehrt mammographieren ließen. Das brachte jedoch mehr Schaden als Nutzen: Während die Abklärungsrate mit Biopsien stieg, blieb die Rate an entdeckten Tumoren gleich. Die Autoren fordern deshalb dazu auf, künftig sensibler mit solchen Meldungen umzugehen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Links
Pressekonferenz:

http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1207510/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-2-2008/pm-13-06-08,param=.html

Kommentar Zeitung Mainz:

<http://www.presseportal.de/print.htx?nr=1211833>

Text zum Nationalen Krebsplan:

http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Nationaler-Krebsplan-Fragen-Antworten.html

Kylie-Effekt:

<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1261>

Rundbrief Krebsvorsorge 5: Der 1. Juli
2.7.08

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gestern war ein *wichtiger* Tag für die Krebsprävention. Gleich zwei Neuerungen traten in Kraft: 1. In allen Gaststätten des Landes gilt ein weitgehendes Rauchverbot. 2. Über 35-jährige bekommen ein für sie kostenloses Hautkrebs-Screening angeboten (1). Ob gestern auch ein *guter* Tag für die Krebsprävention war, bleibt abzuwarten.

Beim Rauchverbot scheint die Sache klar: Nach den bisherigen Erfahrungen vermindert das Verbot die Rauchexposition von Aktiv- und Passivrauchern und wird so die Lungenkrebsrate höchstwahrscheinlich senken.

Beim Hautkrebs-Screening scheint die Sache ebenfalls klar – zumindest für Eckhard Breitbart aus Buxtehude, zweiter Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention und unermüdlicher Kämpfer für die Hautkrebs-Früherkennung. Er sieht laut Ärzteblatt in dem neuen Angebot eine Chance, die Inzidenz und Letalität der Krankheit zu senken (2). Schließlich werden Ärzte für das Screening eigens geschult und sie suchen den ganzen Körper ab.

Doch sind die Hoffnungen Breitbarts berechtigt? Dass die in den vergangenen vier Jahrzehnten stabile Rate an Todesfällen dank Screeningprogramm sinken wird, ist laut Abschlussbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses, der das Programm als Kassenleistung abnickte, zwar plausibel, aber nicht zweifelsfrei belegt (3). Nachgewiesen ist lediglich, dass Tumore in früheren Stadien gefunden werden.

Dass die Rate der Neuerkrankungen sinken wird, ist hingegen nicht zu erwarten. Der Trend geht vielmehr in die andere Richtung: Die Neuerkrankungsrate stieg seit 1970 von etwa 3 pro 100.000 stetig auf etwa 15 pro 100.000 an (4). Diese Verfünffachung heißt jedoch nur, dass fünfmal mehr Hauttumore gefunden werden und nicht, dass fünfmal mehr Menschen an Hautkrebs erkranken. Der RKI-Bericht „Krebs in Deutschland“ merkt hierzu an: „Sowohl die erhöhte Aufklärung der Bevölkerung als auch die Sensibilisierung der Ärzteschaft könnten die Ursache dafür sein, dass in den letzten Jahren maligne Melanome in prognostisch günstigeren Stadien häufiger diagnostiziert wurden.“ Wenn nun diese „Sensibilisierung der Ärzteschaft“ durch das neue Screeningangebot sozusagen institutionalisiert wird, müsste die Neuerkrankungsrate weiter steigen.

Es ist also zu vermuten, dass viele Menschen durch die Früherkennung unnötiger Weise zu Hautkrebspatienten werden. Ein Trost: „Der potentielle Schaden durch den Screening-Test sowie eventuelle Überdiagnostik und -therapie“, so der G-BA, „ist beim Hautkrebs-Screening als gering einzuschätzen.“

Immerhin hat sich Breitbart – so könnte man böse unterstellen – ein Hintertürchen offen gelassen: Er spricht nicht von „Mortalität“, sondern von „Letalität“, die sich aus den Todesfällen geteilt durch die Neuerkrankungen berechnet. Das bedeutet: Wenn durch die intensivierete Früherkennung bei immer mehr Menschen Hautkrebs gefunden wird, aber gleich viele sterben, sinkt die Letalität automatisch.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Links:

- (1) http://www.g-ba.de/downloads/62-492-251/RL_KFU_2007-11-15.pdf
- (2) <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=60691>
- (3) <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-580/2008-03-31-Abschluss-Hautkrebsscreening.pdf>
- (4) http://www.rki.de/clin_048/nn_204124/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Broschuere/broschuere__node.html?__nnn=true

Rundbrief Krebsvorsorge 6: Sabotage 17.7.08

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das qualitätskontrollierte Mammographie-Screening nach EU-Standard, das derzeit flächendeckend in Deutschland etabliert wird, soll das so genannte graue Screening ablösen. Der Grund: Vom grauen Screening haben zwar viele profitiert, die Frauen aber nicht. Das neue Programm sieht für Frauen zwischen 50 und 69 zweijährliche Mammographien vor, aufgenommen von Röntgenassistentinnen in speziellen Screening-Einheiten und ausgewertet von zwei spezialisierten Ärzten. Die Einsicht, dass nur mit so einem Programm die Mortalität an Brustkrebs bei akzeptablen Nebenwirkungen gesenkt werden kann, kam spät – Holland ist bereits 20 Jahre voraus –, aber immerhin, sie kam.

Doch die Einsicht kam nicht zu allen. Vor allem nicht zu jenen, die mit und von dem grauen Screening gut lebten, allen voran die niedergelassenen Gynäkologen und Radiologen. Mittlerweile stehen diese notorisch quengelnden, weil ins Hintertreffen geratenen Berufsgruppen nicht mehr alleine. Viele weitere Kritiker melden sich zu Wort. Beklagen sie den nicht immer reibungslosen Ablauf? Die mitunter zu langen Wartezeiten? Oder etwa eine unzureichende Umsetzung der EU-Leitlinien? Keine Spur, das sind Peanuts, es geht um Größeres. Das Programm selbst steht in der Kritik. Als wäre Deutschland eine Insel der Evidenzfreiheit, wird munter alles gefordert, was das eigene Herz begehrt: frühere, spätere und öftere Mammographien, zusätzliche Kernspinaufnahmen und Sonographien und natürlich eine neue Halbgötterdämmerung dergestalt, dass wieder Ärzte und nicht mehr Röntgenassistentinnen die Frauen durch das Verfahren führen.

So sagte Marion Kiechle, Leiterin der Frauenklinik der TU München, kürzlich der Schwäbischen Zeitung (1), „eine Krebsvorsorgeuntersuchung in einer Praxis sei natürlich ausführlicher, werde von einem Arzt vorgenommen und damit sei die Wahrscheinlichkeit größer, dass ein Tumor frühzeitig genug erkannt werde.“ Was diese hochrangige Ärztin – laut Schwäbischer Zeitung „eine der führenden Fachfrauen in Sachen Brustkrebs in Deutschland“ – da zu Protokoll gibt, ist ein großer Schritt zurück in die graue Zeit der unkontrollierten Mammographie. Als hätte es nie eine Qualitätsdiskussion gegeben.

Nur einen Tag später gab auch die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung den Kritikern ein breites Forum (2). Da nennt ein Gynäkologe Dieter Leineweber aus Lippstadt als Grund für falsch-negative Befunde: „Wenn ich den ganzen Tag lang Hunderte von grauen Flächen analysieren müsste, würden mir schon nach kurzer Zeit auch keine Details mehr auffallen“. Leineweber verhöhnt damit die in Studien zur Genüge belegte Qualitätsanforderung, dass ein Arzt 5000 Mammographien pro Jahr begutachtet haben muss, um die nötige Routine zu bekommen.

Und so geht es weiter: Im selben Artikel mutmaßt der Chefarzt des Brustzentrums am Albertinen-Krankenhaus in Hamburg Martin Carstensen gar, dass sich mit dem Screening die Brustkrebssterblichkeit eher verschlechtern wird. Fehlen dürfen in der Reihe der Kritiker natürlich auch nicht die Aktivistinnen von mamazone, der Speerspitze der industriefreundlichen Patientinneninitiativen, sowie die Bonner Radiologin Christiane Kuhl. Mammazone und Kuhl treten für zusätzliche Untersuchungen ein – wenigstens bei Frauen mit erhöhtem Risiko oder dichtem Gewebe. Kuhl: Es sei „an der Zeit, zu begreifen, dass Ultraschall und MRT längst den Kinderschuhen entwachsen sind und neben der Mammographie ihren Platz in der Früherkennung haben“.

Die Binsenweisheit der Früherkennung, dass bei intensiverer Suche auch mehr Fehldiagnosen anfallen, sei laut Kuhl in Kauf zu nehmen: „Die zur endgültigen Diagnosestellung nötigen Feinnadel-Gewebeentnahmen unter Ultraschallkontrolle sind schonend, schnell gemacht und preiswert.“ Und überhaupt: „Frauen fürchten nichts mehr als eine späte, womöglich zu späte Diagnose.“ Ist es also auch an der Zeit, zu begreifen – um Kuhls Argument auf die Spitze zu treiben –, dass eine vorbeugende Brustamputation der sicherste Weg ist, eine zu späte Diagnose zu verhindern?

Wie billig der Populismus ist, der hinter diesen Forderungen steckt, zeigt ein Blick auf das holländische Mammographie-Programm (3). Die Erfahrung nach 15 Jahren Programm zeigen: Von 1000 Frauen, die 20 Jahre lang zweijährlich am Screening teilnehmen, werden 130 erneut einbestellt, erhalten 72 eine Biopsie und 52 die Diagnose Brustkrebs. 20 Frauen bekommen ein Intervallkarzinom, wobei 4 als falsch-negative Befunde gewertet werden müssen. Schätzung zufolge entgehen 6 Frauen dem Tod durch Brustkrebs, 4 Frauen werden unnötig zu Brustkrebspatientinnen und 15 Frauen sterben trotz Programm. Ich würde sagen: Eine ernüchternde Bilanz.

Und doch eine im internationalen Vergleich hervorragende Bilanz. Meines Wissens stehen in keinem anderen Programm Schaden und Nutzen in einem so günstigen Verhältnis. Holland erreicht diese Bilanz, indem nicht der Nutzen durch eine möglichst engmaschige Fahndung nach Tumoren erhöht, sondern der Schaden durch möglichst geringe Fehl- und Überdiagnosen vermindert wird. Der Erfolg ist bemerkenswert: Die Einbestellraten sind fast um zwei Drittel niedriger und die Biopsieraten sind um ein Drittel niedriger als die in den deutschen Pilotstudien – bei etwa gleich hoher Tumorentdeckungsrate.

Statt also zusätzliche Untersuchungen außerhalb der Evidenz der EU-Leitlinien einzuführen, sollte das eben etablierte Mammographie-Screening so feingetunt werden, dass es möglichst wenig Schaden anrichtet. Nötig ist jetzt ein deutliches Wort: Bundesgesundheitsministerium, Krebsgesellschaft, Krebshilfe, DKFZ und die Fachgesellschaften müssen sich hinter das Programm stellen und sich vor allem deutlich von weitergehenden Begehlichkeiten distanzieren.

Doch davon sind wir weiter entfernen denn je. Mittlerweile stellen sogar die eigenen Leute ihr Programm in Frage. So skizziert René Rücker, Programmverantwortlicher für Hamburg, der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung seine „ideale Früherkennung“ so: „Für alle Frauen zwischen 40 und 50 eine jährliche Mammographie plus Ultraschall oder MRT. Und für alle älteren Frauen eine zweijährliche Mammographie mit Ultraschall oder MRT bei strahlendichtem Brustgewebe.“ So etwas nennt man wohl: Sabotage. Hat sie Erfolg, muss das Programm wegen anhaltenden Misstrauens in ein paar Jahren als gescheitert angesehen werden.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Interessenskonflikt: Ich arbeite derzeit im Auftrag der Kooperationsgemeinschaft Mammographie an einer Broschüre über das Mammographie-Programm mit.

Quellen und Links:

(1) Schwäbische Zeitung: <http://www.szon.de/lokales/lindau/stadt/200807120083.html>

(2) FAS: <http://www.faz.net/s/Rub7F74ED2FDF2B439794CC2D664921E7FF/Doc~ED0F65D060DE04640B016876E65E349B4~ATpl~Ecommon~Scontent.html>

(3) Fracheboud, J et al.: Fifteen years of population-based breast cancer screening in the Netherlands, *Seminars in Breast Disease* 10:72-82, 2007
Die Zahlen als Schaubild, hochgerechnet auf 1000 Frauen, die über 20 Jahre an 10 Screeningrunden teilnehmen unter:
<http://www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/zahlenholland.pdf>

Rundbrief Krebsvorsorge 7: Merkblatt Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung
26.8.2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

heute ein wichtiger UND ein guter Tag für die Krebsvorsorge: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat heute Vormittag ein Merkblatt auf seiner Homepage veröffentlicht, das die Beratung zur Früherkennung auf eine neue Qualitätsstufe hebt. Zum ersten Mal versucht ein offizielles Papier zur Krebsvorsorge, Patienten ausgewogen zu beraten und ihnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Wenn das Gesundheitsministerium zustimmt, tritt das Merkblatt in etwa zwei Monaten in Kraft. Dann müssen Frauenärzte das Merkblatt als Quelle benutzen, wenn sie Frauen über die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung, also über den Pap-Test, beraten.

Leider bin ich befangen: Ich habe das Papier geschrieben – nach einer Vorlage und im Auftrag von Jürgen Windeler. Dass ich mich über das Papier so freue, liegt aber an etwas anderem: Ich habe als Sachverständiger life mitbekommen, wie der Text im G-BA in zwei Sitzungen und insgesamt sechs Stunden verhandelt wurde, wie zäh Kassen-, Ärzte- und Patientenvertreter dabei um jedes Wort gerungen haben und wie am Ende doch etwas weit Besseres als ein fauler Kompromiss herausgekommen ist.

Das Merkblatt ist längst überfällig. Schon seit 1. April dieses Jahres müssen sich 20-jährige Frauen laut Gesetz über die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei ihrem Frauenarzt beraten lassen. Das Gesetz meinte eigentlich, dass sich Frauen und Männer im entsprechenden Alter untersuchen lassen müssen, falls sie keine erhöhten Zuzahlungen im Krankheitsfall riskieren wollen. Der G-BA hat jedoch die elegante – und in der Öffentlichkeit viel zu wenig gewürdigte – Regelung getroffen, dass dem Gesetz Genüge getan ist, wenn sich Frauen und Männer über die Verfahren zur Früherkennung nur beraten lassen.

Natürlich gab es auch bislang schon seriöse Informationen, um die Sie und ich uns ja seit Jahren bemühen. Oft genug wurden wir dafür in die Kritikerecke gestellt. Das geht jetzt nicht mehr. Das Merkblatt ist kein Kritikerpapier, sondern die offizielle Position. Keine Frauenärztin und kein Frauenarzt kommt um das Merkblatt herum. Und einige werden sich deutlich umstellen müssen: Wie deutlich, zeigt exemplarisch das Infoblatt einer Herner Frauenärztin.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

<http://www.g-ba.de/downloads/40-268-367/2007-06-05-Abschluss-Zervix.pdf>

Rundbrief Krebsvorsorge 8: Konisation – kleiner Eingriff, große Folgen
24.9.2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon lange steht ein kleiner Eingriff am Gebärmutterhals im Verdacht, bei späteren Schwangerschaften Probleme zu bereiten. Bei der so genannten Konisation wird ein Teil des Gebärmutterhalses herausgeschnitten. Die Konisation dient dazu, bei der Krebsfrüherkennung mittels Pap-Test entdeckte und mittels Histologie bestätigte Krebsvorstufen zu entfernen. Ein Lehrbuch von 1994 bezeichnet die Konisation dagegen noch als „diagnostischen Eingriff“ (1). Studien haben gezeigt, dass es neben Komplikationen für die behandelten Frauen bei späteren Schwangerschaften häufiger zu Frühgeburten nach Konisationen kommt.

Jetzt hat eine Meta-Analyse von Marc Arbyn vom Scientific Institute of Public Health in Brüssel und Kollegen erstmals eine ausreichend große Datenmenge analysiert, um noch schwerer wiegende Komplikationen statistisch abzusichern (2). Dabei zeigte sich, dass nach Konisationen etwa perinatale Mortalität (Tod des Fetus kurz vor der Geburt oder des Neugeborenen) gehäuft auftritt. Diese Ergebnisse sind insofern relevant, als häufig Frauen im gebärfähigen Alter konisiert werden.

Die Autoren der Studie analysierten eine prospektive Kohortenstudie und 19 retrospektive Studien. Verrechnen sie die Todesfälle nach Konisation mit denen ihrer Kontrollgruppe, kommen sie unter anderem auf folgende number needed to harm (NNH, Anzahl der Behandlungen pro Schadensfall):

- für die perinatale Mortalität bei der Konisation mit Skalpell von 71, mit Laser und radikaler Diathermie von 67 und mit Elektroschleufe von 500
- für das Geburtsgewicht des Neugeborenen unter 2 Kilogramm bei der Konisation mit Skalpell von 16, mit Laser von 14, mit Diathermie von 29 und mit Elektroschleufe von 106.

Derzeit werden in Deutschland 140.000 Konisationen jährlich durchgeführt (3). Auf die Altersgruppe der gebärfähigen Frauen bis 40 entfallen dabei etwa 60.000 Konisationen. Bei einer gleichmäßigen Verteilung der vier Konisationsmethoden läge die durchschnittliche NNH bei 176. Bei einem Kind pro Frau in dieser Altersgruppe würden demnach pro Jahr 340 Feten oder Neugeborene an den Folgen einer Konisation sterben. Eine zurückhaltendere Konisation wird nicht empfohlen, da konisierte Frauen immer noch eine überdurchschnittlich hohe Tumorraten haben.

Wer Marc Arbyn persönlich hören und mit ihm diskutieren möchte, hat am 4.10.2008 Gelegenheit dazu: Arbyn wird im Rahmen des 16. Cochrane Colloquiums in Freiburg die Subgroup Cervical Cancer Prevention leiten (4).

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

(1) Dudenhausen J.W. und Schneider H.P.G : Frauenheilkunde und Geburtshilfe. de Gruyter, 1994

(2) Arbyn M. et al: Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. BMJ 2008; 337: a1284
http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/sep18_1/a1284?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=arbyn&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT

(3) Mühlhauser I. und Filz M.: Screening auf Zervixkarzinom. arzneitelegramm 2008; 39: 29.

(4) <http://www.colloquium.info>

Rundbrief Krebsvorsorge 9: Mammographie-Broschüre
28.10.2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

heute kam eine Mammographie-Broschüre heraus, die es ernst meint mit dem Begriff "Information".

Damit ist sie nicht die erste, stimmt. Es gibt bereits seit Jahren die von der Techniker Krankenkasse unterstützte Broschüre des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit von Eva Schindele. Warum also ist es erwähnenswert, dass es auch die neue Broschüre mit dem Informieren ernst meint? Weil sie von zwei Organisationen herausgegeben wird, die unmittelbar am Screening beteiligt sind: von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, die das Programm in Deutschland organisiert und die deshalb ein existenzielles Interesse daran haben müsste, die Werbetrommel zu rühren, sowie vom Krebsinformationsdienst am Deutschen Krebsforschungszentrum.

Trotz ihrer Interessenskonflikte war es beiden Organisationen ein Anliegen, die EU-Vorgaben für eine angemessene Patienteninformation nicht nur gutzuheißen, sondern sie auch umzusetzen: verständlich und sauber zu formulieren, Für und Wider ungeschönt darzulegen und keine Zwischen-den-Zeilen-Botschaften zu lancieren. Das waren die Vorgaben, mit denen mich Barbara Marnach von der KoopMa zu Beginn mit ins Boot geholt hat – und diese Vorgaben wurden im Laufe der Arbeit nie in Frage gestellt. Mehr noch: Sie wurden – meist erfolgreich – auch gegen Begehrlichkeiten Mitverantwortlicher verteidigt.

Ich denke, spätestens jetzt ist es an der Zeit, die Brustkrebsbroschüren der Krebshilfe und der Krebsgesellschaft einzustampfen. Und nicht zu vergessen: Es ist auch an der Zeit, das Merkblatt zur Brustkrebsfrüherkennung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu überarbeiten.

Ich bin gespannt, was Sie sagen.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

<http://www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/mammographiebroschuere.pdf>

Rundbrief Krebsvorsorge 10: Solide Basis für Beratung
13.11.2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es tut sich was: Gute Informationen über Krebsfrüherkennung und Krebsvorsorge verlieren allmählich ihren Insiderstatus und dringen zunehmend zu den Versicherten durch. Jetzt informiert eine neue Krankenkassen-Broschüre in vorbildlicher Weise über die Früherkennung von Gebärmutterhals. Die Broschüre und das Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (siehe Rundbrief 07), über dessen aktuellen Stand ich ebenfalls kurz berichten möchte, bieten eine große Chance für Frauen – und für Frauenärzte, die ihre Informationspflicht ernst nehmen. Die Pflicht ergibt sich aus der so genannten Chroniker-Richtlinie, die vorschreibt, dass Ärztinnen und Ärzte vor der ersten Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie), Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs ihre Patienten ausgewogen beraten müssen.

Wohl die meisten Frauenärzte werden dabei umdenken müssen. Schließlich ist der seit gut 35 Jahren propagierte Pap-Test so vollständig in den Kanon der Gesundheitspflege eingegangen, dass viele Frauen den jährlichen Gang zu „ihrem Frauenarzt“ als Pflicht begreifen und umgekehrt viele Ärzte die Erfüllung dieser – zumindest moralischen – Pflicht einfordern. Eine Beratung fand bislang vermutlich nicht statt.

Wie wichtig eine Beratung aber ist, zeigt einmal mehr die eben erschienene Broschüre des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit. Konzipiert, geschrieben und organisiert hat die Broschüre die Medizinjaurnalistin Dr. Eva Schindele, beraten wurde sie dabei von Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser und finanziert wurde die Arbeit von zwei Krankenkassen, der TK und der Barmer, die die Broschüre auch vertreiben. Auf 27 Seiten werden technische, organisatorische, medizinische und persönliche Aspekte der Früherkennung mittels Pap-Test sowie der HPV-Impfung beleuchtet. Betroffene Frauen und Experten kommen zu Wort, Studiendaten und Quellen werden zitiert, Übersichtsgrafiken und ein Glossar runden die Broschüre ab. Fachlich auf höchstem Niveau bietet die Broschüre umfassende und – bis auf die in meinen Augen etwas einseitig negativ gefärbten Stellungnahmen betroffener Frauen – auch ausgewogene Informationen. So wird sehr anschaulich geschildert, wie viele Frauen im Zuge der Früherkennung behandelt werden ohne einen Nutzen davon zu haben, und welche Konsequenzen sie dabei in Kauf nehmen müssen – ein Augenöffner für alle Frauenärztinnen, denen bislang beim Stichwort „Schaden“ bestenfalls die Strahlenbelastung der Mammographie einfällt.

Die Broschüre ist eine hervorragende Ergänzung zum Merkblatt des G-BA. Das im August 2008 verabschiedete Merkblatt enthält zwar die wesentlichen Informationen über die Früherkennung des Gebärmutterhalstumors, inklusive einer Auflistung möglicher Vor- und Nachteile, lässt aber in seiner Knappheit Fragen offen, die die Broschüre beantwortet. Zur Erinnerung: Das Merkblatt

war notwendig geworden, weil bereits seit 1. April 2008 laut Chroniker-Richtlinie eine Beratung Pflicht ist, die sich auf das Merkblatt stützen soll. Die Beratungspflicht sieht vor, dass sich momentan 20-jährige Frauen über die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung informieren lassen oder, falls sie es nicht tun, im späteren Krankheitsfall zwei statt ein Prozent ihres Einkommens zur Behandlung dazu bezahlen müssen.

Und so ist der aktuelle Stand: Bevor das Merkblatt amtlich werden kann, muss es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt werden. Laut BMG wurde das Merkblatt bereits am 9.10.2008 ohne Beanstandung, aber mit einem kleinen Änderungshinweis und einem entsprechenden Formulierungsvorschlag an den G-BA zurück geschickt. Der weitere Ablauf sieht nun vor, dass vermutlich bis Ende November 2008 eine Neufassung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie mit dem Merkblatt als Anhang ohne Änderung in Kraft tritt. Die Änderungen werden dann frühestens auf der nächsten geeigneten Sitzung des G-BA im Januar 2009 verhandelt. Bis das Merkblatt samt Änderung letztlich gedruckt vorliegt und den Versicherten ausgehändigt werden kann, werden laut G-BA weitere Monate vergehen, so dass nicht vor April 2009 mit den gedruckten Exemplaren zu rechnen ist – mittlerweile ein Jahr nach in Kraft treten der Beratungspflicht.

Doch schon jetzt können Frauenärztinnen die Beratung unter der Ziffer 01735 separat abrechnen, im übernächsten Quartal dann auch die Untersuchung unter der Ziffer 01730. Will eine Frauenärztin unmittelbar im Anschluss an die Beratung untersuchen, kann sie demnach die Beratung nicht abrechnen. Diese von manchen Ärzten als Schikane empfundene Frist entspringt der Haltung der Kassen, die davon ausgehen, dass im Sinne einer allgemeinen Aufklärungspflicht auch bisher schon beraten hätte werden müssen. Deshalb stimmten sie einer eigenen Beratungsziffer nur unter der Voraussetzung zu, dass ein großer zeitlicher Abstand zwischen Beratung und Untersuchung liegt.

In dieser Situation bieten sich das Merkblatt und die neue Broschüre immerhin als kleinster gemeinsamer Beratungsnehmer an für Frauen, die sich bald nach der Beratung untersuchen lassen wollen. Die Papiere ermöglichen es den Ärzten, ohne großen Aufwand ihrer Beratungspflicht nachzukommen. Sinnvoller wäre es natürlich, auch ohne explizite Nennung in Ziffer 01730 und ohne Entlohnung ausführlich zu beraten. Dass man die unter den Abrechnungsziffern aufgeführten Leistungen ohnehin nicht auf die Goldwaage legen sollte, zeigt ein Blick in die Ziffer 01735. Dort zählt zum obligaten Leistungsinhalt der Beratung unter anderem die „Motivation zur Teilnahme am Programm“.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

<http://www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/zervixbroschuere.pdf>

Rundbrief Krebsvorsorge 11: Die Zweifel der Urologen 11.2.2009

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Urologen sind nicht zu beneiden. Seit Jahren ringen sie darum, ihrem Klientel eine akzeptierte Prostatakrebs-Prävention anzubieten, die es mit den Früherkennungsangeboten für Frauen aufnehmen kann. Doch während in den vergangenen Jahren für Frauen ein Mammographie-Programm etabliert wurde und der jährliche Pap-Abstrich seit Jahrzehnten die Praxen der Gynäkologen füllt, sehen die Früherkennungsrichtlinien als einzige reine Männer-Untersuchung das Abtasten der Prostata vor. Doch damit ist es nicht weit her: Dieses lebende Fossil aus der Frühzeit der Früherkennung wurde von den Männern nie wirklich akzeptiert und auch von den Selbsthilfegruppen schon vor Jahren als Späterkennung abgelehnt.

Und der PSA-Test, viele Jahre Hoffnungsträger der Urologen, mochte sich trotz Boom in den USA hierzulande als Selbstzahlerleistung nicht so richtig durchsetzen. Auch steht ein Beleg für ein akzeptables Verhältnis von Nutzen und Schaden nach wie vor aus. Die große europäische Studie ERSPC, die im nächsten Jahr hierzu Daten liefern soll, deutet schon jetzt an, dass der Preis auf jeden Fall hoch sein wird: Auch wenn im Alter zwischen 55 und 75 nur alle vier Jahre getestet wird, ergibt sich eine Überdiagnoserate von 54 Prozent. Jeder zweite Mann mit einem entdeckten Prostatatumor würde also unnötig zum Krebspatienten gestempelt werden (Schröder 2008).

Und sonst? Kein Zeichen der Hoffnung? Was sagen die Urologen selbst? Anfang Februar lud Volker Rohde, Urologe aus Bad Schwartau, im Namen des Arbeitskreises „Prävention, Umwelt und komplementäre Medizin“ der Akademie der deutschen Urologen zu einer Fortbildungsveranstaltung nach Lübeck ein, Thema: „Prävention des Prostatakarzinoms: Aktuelles zwischen Medizin und Ökonomie“. Doch auch hier Fehlanzeige. Wer die Veranstaltung in der Erwartung buchte, einen Durchbruch präsentiert oder gar neue Tipps für die Gewinnmaximierung seiner Praxis verraten zu bekommen – schließlich ist Prävention immer für das ein oder andere IGeL-Zubrot gut –, wurde bitter enttäuscht.

Gendiagnostik

Die Gendiagnostik kann laut P. Thelen aus Göttingen zwar eine Reihe neuer Tumormarker detektieren, die eine exaktere Prognose des Prostatakarzinoms von der Prädisposition bis zum invasiven Tumor zulassen. Aber die Konsequenzen aus so einem positiven Befund wären derzeit denkbar schlicht: Der Patient täte gut daran, seine Ernährung auf die Mittelmeer- oder noch besser auf die sojareiche asiatische Kost umzustellen. Ein Rat, den man für einen Euro in jeder Fernsehzeitung bekommt.

PCA-3

Wie sehr das Ansehen des PSA-Tests selbst unter Urologen in den vergangenen Jahren gelitten hat, wurde beim Vergleich mit dem PCA-3-Test

deutlich. Obwohl der PCA-3-Test in vielen Belangen besser abschneidet als der PSA-Test, ist auch der neue Test alles andere als ideal. Ob der Wert direkt gemessen oder im Verhältnis zum PSA-Wert ein Score errechnet wird, krankt auch der PCA-3-Test an einem schwammigen Cut-Off. Das bedeutet: Der Test liefert keine klare Ja-Nein-Antwort, ob ein Tumor vorliegt, sondern zeigt eine lineare Beziehung zwischen Wert und Tumorstärke. Und das stellt den Arzt vor ein Dilemma: Je niedriger er den Schwellenwert ansetzt, ab dem er eine Biopsie empfiehlt, desto weniger Tumore gehen ihm durch die Maschen, doch desto mehr Biopsien stellen sich im Nachhinein als unnötig heraus. So gab die Tatsache, dass in den USA ab einem PSA-Wert von 2,5 ng/ml, in Europa ab 3,0 und in Deutschland erst ab 4,0 biopsiert wird, auch dem Referenten J. Altwein aus München Rätsel auf: "Warum, das weiß kein Mensch, aber es ist eben so." Um den Test, der hierzulande nur nach negativer Biopsie zugelassen ist und von den Kassen nicht bezahlt wird, nicht ganz so schlecht dastehen zu lassen, ließ sich der Referent zu der Bemerkung hinreißen, dass die Spezifität des neuen Tests von 73 Prozent „ganz toll“ sei. Das wird üblicherweise strenger gesehen: Wenn beispielsweise 1 auf 100 Testpersonen tatsächlich einen Tumor hat, bedeutet eine Spezifität von 73%, dass 27 Menschen einen falsch-positiven Befund haben und nur einer einen richtig-positiven.

Finasterid

Noch den größten Optimismus verbreitete B. Schmitz-Dräger aus Fürth, der die Chemoprävention mit Finasterid vorstellte. Dabei hatte Finasterid das selbe traurige Schicksal ereilt, wie kürzlich Selen und Vitamin E: Studien zeigten, dass die Mittel trotz Nebenwirkungen nicht vor Prostatakrebs schützen. Die Studie mit Finasterid ergab, dass die Rate an Tumoren insgesamt abnimmt, die Rate an besonders gefährlichen aber steigt. Schmitz-Dräger erklärte diese Zunahme als Messartefakt, das auf das Schrumpfen der Prostata unter Finasterid zurückgehe. Dass dennoch weniger Männer das Mittel zur Vorbeugung gegen Prostatakrebs einnehmen als Aspirin zur Herzinfarktprophylaxe – obwohl eine rationale Nutzenabwägung zum umgekehrten Schluss führen sollte – begründete er damit, dass eben ein Herzinfarkt akzeptierter sei als eine „Geschichte untenrum“. Er selbst schluckt übrigens auch kein Finasterid.

Bewegung

Da setzte der nächste Referent, F. Sommer aus Hamburg, lieber auf Bewährtes zur Prävention: auf Bewegung. Da Übergewicht das Prostatakrebsrisiko verdoppeln bis verdreifachen kann, ist Bewegung eine sinnvolle Option. Nur wie die Leute dazu bringen? Sie jede Woche auf die Rennstrecke schicken? Keineswegs. Gehen sei der Schlüssel zum Idealgewicht, so Sommer. Während der Steinzeitmensch bei der Mammutjagd oder der Suche nach Beeren täglich geschätzte 20 Kilometer zurücklegte, kommt der Couchpotato unserer Breiten auf unter 2 Kilometer. Dass Gehen, ob das klassische Wandern oder das Walken am Stock, so empfehlenswert ist, liegt an der Art des Stoffwechsels, den es anheizt: Während bei mäßiger Anstrengung Fett verbrennt, greift der Körper bei Hochleistung auf Zucker zurück. Um den Fettstoffwechsel dauerhaft hoch zu halten, empfahl Sommer Muskelaufbau – Hantelstemmen zum Schutz vor Prostatakrebs also. Die

Frage, wie man denn Männer vor die Tür bringen könne, beantwortete er pragmatisch: mit einem Hund. Sollte sich das zu Ulla Schmidt herumsprechen, gibt es vielleicht demnächst als Kassenleistung pro Mann einen Fiffi. Für besonders schwere Fälle auch zwei.

PDA-5-Inhibitoren

Die größte Enttäuschung des Tages aber hielt T. Klotz aus Weiden bereit, der über die Möglichkeiten der Potenzerhaltung nach einer radikalen Prostataentfernung sprach. Die REINVENT-Studie sollte zeigen, ob die tägliche Gabe eines PDA-5-Inhibitors nach einer OP über neun Monate der erektilen Dysfunktion vorbeugen könne. Das Studiendesign war für das getestete Potenzmittel maßgeschneidert: die Patienten waren jung, hochpotent und wurden in den besten Zentren nach einer Methode operiert, die die relevanten Nerven verschont. Primärer Endpunkt der Doppelblindstudie war die subjektive Bewertung der Erektionsfähigkeit. Doch es half alles nichts. „Es ist überhaupt kein Effekt erkennbar“, so Klotz, „ein Ergebnis, das deprimierend ist“. Statt Prävention bleibt also doch wieder nur Symptombehandlung, denn nur im Bedarfsfall zeigt das Potenzmittel Wirkung. Fast noch wichtiger erschien Klotz aber ein weiteres Ergebnis der Studie: Ob mit oder ohne Potenzmittel, nur 30 Prozent der Operierten – wohlgeerntet ein Idealkollektiv – klagten nach neun Monaten nicht über Potenzstörungen. All die Propagierung der Nerven schonenden Operationstechnik sei deshalb offenbar eher unter Marketinggesichtspunkten als unter klinischer Relevanz zu sehen. Und welcher Operateur von sich behauptete, 80 Prozent seiner Operierten hätten keine Einbußen beim Sex, habe ein Glaubwürdigkeitsproblem.

Wer dagegen an Glaubwürdigkeit ganz sicher gewonnen hat, ist der Arbeitskreis PUK. Mit seinem kritischen und selbstkritischen Ansatz bei diesen Veranstaltungen hat er am Ende selbst eine Zeichen der Hoffnung gesetzt: dass die Prävention des Prostatakarzinoms endlich auf eine rationale Grundlage gestellt wird.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

[Screening for prostate cancer \(PC\)-an update on recent findings of the European Randomized Study of Screening for...](#)

Schroder, F.H. , *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 26 (5), p.533-541, Sep 2008

Rundbrief Krebsvorsorge 12: Die Studien zum PSA-Test
27.3.2009

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„EbM bedeutet keineswegs die Lehre von der doppelblind-randomisierten Studie, sondern die Suche nach der bestmöglichen Wahrheit, wie wir sie im Augenblick erkennen, auch bei miserabler Studienlage.“

Dr. med. Günther Jonitz

Endlich liegen Ergebnisse aus den beiden seit Jahren mit Spannung erwarteten großen Studien zum PSA-Test vor, der PLCO-Studie aus den USA und der ERSPC-Studie aus Europa, veröffentlicht am 19. März im New England Journal of Medicine. Sie sollten absolute Aussagen zum Nutzen des PSA-Tests ermöglichen. Doch sie tun es nicht. Schon im Vorfeld sprach Hans-Hermann Dubben in The Lancet Oncology solchen Studien jede Aussagekraft ab, da ihre statistische Power für eine Beurteilung der Gesamtmortalität ohnehin nicht ausreiche. Auch die Autoren der Studien betonen, dass weitere Auswertungen folgen werden. Und während etwa die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und die European Association of Urology herausstreichen, dass die Zahl der Prostatakrebstoten dank PSA-Test zurückgehe, betont das Ärzteblatt: „Studien bestätigten Zweifel am PSA-Test“.

Gründe für diese unbefriedigende Lage gibt es viele:

1. Die Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Während die PLCO-Studie keinen Rückgang der Prostatakrebssterblichkeit verzeichnet, kommt die ERSPC-Studie auf einen Rückgang von 20 Prozent beim direkten Vergleich der beiden Studienpopulationen.
2. Beide Studien haben Mängel: Die PLCO-Studie hat beispielsweise eine atemberaubend hohe Verunreinigung der Kontrollgruppe und eine erschreckend schlechte Teilnahmerate in der PSA/DRE-Gruppe. In der ERSPC-Studie macht sich beispielsweise der dezentrale Ansatz negativ bemerkbar, weil die beteiligten Länder unterschiedliche Standards und Verfahren verwendeten, etwa hinsichtlich des Screeningintervalls, das zwischen 2 und 7 Jahren liegt.
3. Schäden waren bislang kaum Gegenstand der Auswertung und sollen erst später analysiert werden, was eine Bilanzierung zum jetzigen Zeitpunkt erschwert.

Eine optimale Evidenz sieht also anders aus, aber, siehe Zitat Jonitz: Es geht nicht um endgültige, sondern um bestmögliche Belege. Es gibt momentan keine bessere Evidenz und wer bislang große Studien zur Schaden-Nutzen-Bewertung von Screening-Maßnahmen gefordert hat, sollte diese jetzt annehmen und die Ergebnisse nicht als absolute Größen, sondern in einem relativen und relevanten Kontext sehen. Ich möchte hier auf zwei Aspekte eingehen:

1. Wie gut ist die Evidenz im Vergleich zu relevanten Bezugsgrößen?

Eine Senkung der Sterblichkeit an Prostatakrebs und der Gesamtmortalität sind die relevanten Endpunkte zur Nutzenbewertung. Aber wie aussagekräftig sind diese Endpunkte, wenn die Kontrollgruppe keine relevante Kontrolle, also keinen Placebo-Test angeboten bekommen hat? So ein Test könnte so aussehen, dass bei jedem Studienteilnehmer der Kontrollgruppe, der eine Sechswürfel gewürfelt, eine Gewebeprobe entnommen wird, was exakt der PSA-Positiv-Rate von 16,2% in der ERSPC-Studie entspräche. Das ist ethisch nicht vertretbar, aber zur Einordnung der Studienergebnisse ist diese Überlegung in meinen Augen wichtig: Denn bei der hohen Prävalenz des Prostatakarzinoms sollten auch zufällige Biopsien eine merkbare Anzahl von Tumoren in frühen Stadien finden.

Das bedeutet für das Ergebnis der Studien: Wegen dieses "Missing Placebo Bias" müssen sie um einen Faktor x , der sich aus Autopsiefunden abschätzen ließe, nach unten korrigiert werden. Da aber die PLCO-Studie auch ohne Placebo-Test keine Mortalitätsreduktion ermitteln kann, stellt dieses Ergebnis nicht nur den PSA-Test, sondern das ganze Konzept des „früh erkannt, besser heilbar“ beim Prostatakarzinom in Frage – denn offenbar lassen sich in der PLCO-Studie früh und spät erkannte Tumore gleich gut therapieren. Nicht nur der PSA-Test, sondern jede Art von Prostatakrebs-Früherkennung wäre damit hinfällig.

2. Wie gut ist die Evidenz im Vergleich zu anderen Früherkennungsmaßnahmen?

Die Stellungnahme der DGU weist zurecht darauf hin, dass die Ergebnisse mit „denen der etablierten Früherkennungsverfahren beim Brust- oder Darmkrebs vergleichbar“ sind. Wenn es also um die Frage geht – und diese Frage sollten die Studien unbedingt beantworten helfen –, ob der PSA-Test Kassenleistung werden soll, muss man die Studien im Vergleich zur Evidenz und zur Bilanz der anderen GKV-Früherkennungsleistungen bewerten. Bemerkenswert ist, dass die DGU trotz ihrer positiven Interpretation der Studienergebnisse diese Forderung nicht aufstellt.

Mortalitätsreduktion und Evidenz liegen bei FOBT und Mammographie in der selben Größenordnung. Koloskopie, Pap-Abstrich und Melanomscreening werden zwar höhere Nutzenpotenziale nachgesagt, jedoch sind die Evidenzen hier deutlich schlechter, da sie sich nicht auf große, prospektive, randomisierte Studien stützen können. Alle anderen GKV-Früherkennungsleistungen, das heißt das Abtasten des Darms, der Brust und der Prostata, schneiden hinsichtlich der Mortalitätsreduktion und/oder der Evidenz noch deutlich schlechter ab.

Was das Schadenspotenzial angeht, stehen noch Ergebnisse aus, doch schon jetzt deutet sich an, dass bei einem PSA-Cut-Off von 3ng/ml die Rate an Überdiagnosen und Übertherapien sehr groß sein wird. Auch das hohe Durchschnittsalter der Patienten und die erhebliche Lead Time bis zum tatsächlichen Ausbruch der Krankheit trüben die Bilanz. Doch selbst in diesen Punkten ist der PSA-Test mit anderen Maßnahmen vergleichbar: So sind auch bei der Mammographie und beim Pap-Abstrich die Raten an Überdiagnosen und beim Darmkrebs Erkrankungsalter und Lead Time hoch.

Mein Fazit: Es widerspricht dem EbM-Ansatz, die jetzt vorgelegten PSA-Studien, so mangelhaft sie auch sind, als unbrauchbar zurück zuweisen und

gleichzeitig eventuell noch schlechtere Evidenzen und Bilanzen anderer Früherkennungsmaßnahmen zu tolerieren. Die entsprechenden Fachkreise und der G-BA sollten vielmehr die Studien zum Anlass nehmen, den PSA-Test und die GKV-Früherkennungsmaßnahmen nach den selben Bewertungskriterien zu prüfen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Links unter: <http://www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Rundbrief geht es 1. um den aktuellen Medienrummel um die Krebsvorsorge, 2. um neue Koloskopie-Studien und 3. um ein Kommunikationsmodell für eine bessere Argumentationskultur.

1. Medienrummel

Am 20.4. titelte der „Spiegel“: „Risiko Vorsorge – Mediziner zweifeln am Nutzen von Gesundheits-Checks“. Auf 12 Seiten fuhr Autor Markus Grill gegen Mammographie, Darmspiegelung und HPV-Impfung an Vorsorgeskeptikern auf, was hierzulande Rang und Namen hat: von Koch bis Koubenec, von Mühlhauser bis Sawicki – und natürlich durfte auch Gigerenzer mit seiner Gynäkologenschelte nicht fehlen. Es ging Markus Grill nicht darum, Lesern eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen, sondern einen Kontrapunkt zu den Krebshilfe-Broschüren und Vorsorge-Kampagnen zu setzen.

Zwangsläufig führt dieser Ansatz dazu, dass Argumente und Parolen der griffigen These zuliebe nicht sauber getrennt werden. So liest man im Spiegel-Artikel: Die Leiterin des Tumorzentrum Aachen, Angela Spelsberg, geht beim Mammographie-Screening-Programm davon aus, „dass durch eine Verbesserung der Qualität nicht nur eine, sondern fünf von 1000 Frauen vor dem Brustkrebstod bewahrt werden könnten.“ Spelsberg weiß also schon, wie hoch die Mortalitätsreduktion durch das Programm sein wird, bevor die Daten erhoben, geschweige denn ausgewertet sind, und sie weiß obendrein, wie sich diese Reduktion verfunffachen ließe, ohne aber zu verraten, was sie mit „Verbesserung der Qualität“ meint – und ohne danach gefragt zu werden.

Der Aufschrei der Vorsorge-Befürworter folgte prompt: Vorstandsmitglieder der Initiative „Stiftung Lebensblicke“ schäumten ob des „einseitig ideologisch ausgerichteten Antiprventions-Artikels“ und der „nachweisbar falschen Zahlen“. Was in den Leserbriefen dann jedoch an „richtigen“ Zahlen genannt wird, bestätigt, wie notwendig die Basisarbeit a la Grill offenbar immer noch ist: Die „positiven Auswirkungen der Darmkrebsvorsorge“ zeigen sich, so schreibt ein Vorstand, in den Überlebensraten, die in sechs Jahren von unter 50% auf über 60% gestiegen sein. Dabei ist diese Aussage an sich wertlos, da die Zahlen ebenso gut auf eine bloße Vorverlegung der Diagnose und/oder eine Überdiagnose hindeuten können. Auch wurden, so ein anderes Vorstandmitglied, bereits 153.000 Menschen, denen ein fortgeschrittenes Adenom entfernt wurde, „durch die Darmspiegelung vor Darmkrebs gerettet“. Dass sich nur ein Bruchteil der Adenome überhaupt zu einem Karzinom entwickelt, wird in einer Klamme, die das Adenom als „Vorstufe einer möglichen Darmkrebserkrankung“ bezeichnet, zwar angedeutet, ist aber offenbar nicht wirklich verinnerlicht worden.

Richtig abenteuerlich wird es, wenn der Vorstand mit Blick auf Klaus Koch schreibt: „Natürlich hat jeder das Recht auf eine persönliche Meinung, aber in solch existenziellen Fragen wie der Vermeidung qualvollen Leidens und Tod ist fachliche Expertise unverzichtbar. Angelesenes Wissen und eigenmächtige Interpretationen legitimieren nicht zu öffentlicher Stellungnahme.“ Das tut weh. Sich Wissen anzulesen wird hier offenbar als kontraproduktiv zur Erlangung von Expertise angesehen. Ich möchte dagegen halten: Besäßen die Ärzte, die sich öffentlich äußern, doch nur mehr angelesenes Wissen! Und was Klaus Koch angeht: Ich schätze den Anteil der Onkologen in Deutschland, die es mit seiner fachlichen Expertise in Sachen Krebsvorsorge aufnehmen können, auf unter ein Promill.

Einen Tag nach dem Erscheinen des Spiegel-Artikels, am 21.4., lud Johannes B. Kerner je zwei Befürworter und Skeptiker in seine Show ein: ein Präventionsmediziner einer Privatklinik, ein Ultraschall-Spezialist sowie Ingrid Mühlhauser und Jürgen Windeler. Wirklich ausgewogen war das Kräfteverhältnis aber nicht, da im Publikum ein Patient saß, der davon berichten durfte, dass er sein Leben dem 2.500-Euro-Check des Präventionsmediziners verdankt. Gegen so viel human touch hatten es Mühlhauser und Windeler natürlich schwer.

Ein Vorschlag für die Zukunft: Kritische Gäste solcher Sendungen sollten darauf bestehen, dass auch auf Patientenseite Ausgewogenheit herrscht. Einen Menschen, dem die Vorsorge geschadet hat, sollte nicht schwer zu finden sein. So zieht im Spiegel-Online-Forum ein Patient unter dem Pseudonym yellowfin ein erschütterndes Fazit seiner Vorsorge-Darmspiegelung: „Milzriss und Rettung in buchstäblich letzter Minute und dann vier Monate Heilungsprozess: MIR hat die Vorsorgeuntersuchung geschadet, mal abgesehen von der entgangenen Hochzeitsreise nach Tanzania, Fahrtkosten (wir leben in Frankreich), Schmerzen und Verlust von 4 1/2 Monaten Lebensqualität.“

Was Mühlhauser an der Kerner-Sendung aber wirklich erboste – und von der „taz“ tags darauf gemeldet wurde – waren zehn herausgeschnittene Sendungsminuten, in denen sie die Risiken der Darmspiegelung erläuterte. Für sie liegt der Grund der Zensur auf der Hand: Kerner höchstselbst ist einer der Prominenten, die für die Darmkrebs-Kampagne der Felix-Burda-Stiftung werben.

Auf die Risiken einzugehen, hatte Mühlhauser jedoch an anderer Stelle Gelegenheit: Auf „Spiegel-Online“ erschien ein Interview mit ihr, in dem Sie die möglichen Schäden der Darmspiegelung erwähnt. Auf die Frage, wieso sie nicht zur Darmvorsorge geht, antwortet sie: „Weil ich die internationalen Studien über den Nutzen und Schaden bei der Darmspiegelung kenne und demnach ist die Bilanz eindeutig negativ. Das heißt, es gibt eine große Wahrscheinlichkeit, dass durch die Darmspiegelung mehr Menschen Schaden erleiden als letztlich durch diese Untersuchung einen Nutzen haben.“

2. Koloskopie

Mühlhauser positioniert sich klar gegen das Screening. Aber wie gut ist ihre Bilanz durch aktuelle Studien gesichert?

Hermann Brenner et al. haben erst kürzlich im European Journal of Cancer eine Abschätzung der von 2003 bis 2010 verhinderten Darmkrebsfälle im deutschen Darmkrebscreening veröffentlicht. Sie rechnen mit folgenden Zahlen: Zwischen 2003 und 2006 wurden bei knapp 2 Millionen Vorsorgekoloskopien über 150.000 fortgeschrittene Adenome entdeckt und entfernt. Die Rate der Adenome, die sich zu präklinischen Karzinomen weiter entwickeln, beziffern sie bei den 55- bis 59-jährigen auf 2,6% und bei älteren auf über 5%. Die jährliche Rate der Umwandlungen von präklinischen zu klinischen Karzinomen geben sie mit 17,5% an. Nach komplizierten Berechnungen kommen sie zu dem Schluss, dass die Screening-Koloskopie zwischen 2003 und 2010 mehr als 15.000 Neuerkrankungen durch Darmkrebs in diesem Zeitraum verhindert. Da sich die Entfernung eines Adenoms erst Jahre später auswirkt, erwarten die Autoren über die Jahre einen ansteigenden Verlauf. Sie gehen davon aus, dass im Jahr 2010 etwa 5000 Darmkrebsfälle verhindert werden, wovon 2500 irgendwann tödlich verlaufen wären.

Wenn man diese Zahl von 2010 für eine Nutzenabschätzung heranzieht, hieße das: mit rund 2 Millionen Koloskopien in 4 Jahren werden jährlich 5000 Neuerkrankungen und 2500 Todesfälle verhindert. Auf 10.000 Koloskopien kommen demnach 100 verhinderte Neuerkrankungen und 50 verhinderte Todesfälle. Die Autoren geben zu bedenken, dass diese Zahlen einerseits zu hoch gegriffen sein können, da ein Teil der Neuerkrankungen auch ohne Koloskopie verhindert worden wäre, andererseits könnten sie zu niedrig sein, da das zeitlich versetzte Auftreten der Tumore in späteren Jahren noch mehr Tumore verhindern könnte.

Was hat der Einzelne aufgrund dieser Berechnungen also zu erwarten? Da derzeit etwa ein Drittel der Anspruchsberechtigten das Angebot annimmt (bei 3% bis 4% jährlicher Beteiligung und 2 Spiegelungen in 20 Jahren) könnten pro Jahr maximal 15.000 Neuerkrankungen verhindert werden. Bei jährlich 70.000 neuen Darmkrebsfällen in allen Altersgruppen hieße das, dass man sein Risiko, irgendwann in seinem Leben Darmkrebs zu bekommen, mit der Screening-Koloskopie um durchschnittlich 20% reduzieren kann. Das entspricht in etwa dem Schutzeffekt, den viel Bewegung hat, wie eine Metaanalyse Anfang des Jahres ergab.

In einer zweiten Studie fragten Konrad Schoppmeyer et al. in einer Anfang des Jahres im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Untersuchung 212 Patienten mit Darmkrebs nach ihrer Vorgeschichte. Rund die Hälfte gehörten zu den so genannten Vorsorgemuffeln, die andere Hälfte aber nicht: 100 hatten in den 10 Jahren zuvor einen Stuhltest machen lassen, 51 davon sogar im Laufe des vorangegangenen Jahres. 25 Patienten hatten in den 10 Jahren zuvor eine Vorsorgekoloskopie machen lassen, 20 sogar in

den vorangegangen 5 Jahren. Den von Christa Maar immer wieder öffentlich In Aussicht gestellten 100-prozentige Schutz gibt es demnach nicht.

Was den Schaden angeht, wird Ingrid Mühlhauser in der „taz“ vom 23.4. mit folgenden Zahlen zitiert: Auf 10.000 Koloskopien kommen 30 schwere Blutungen, 10 Durchstoßungen der Darmwand und 2 Todesfälle – verbunden mit dem Hinweis, dass die Zahlen möglicherweise noch höher sind. Die aktuelle Evaluierung des deutschen Koloskopie-Screenings findet deutlich geringere Effekte: Laut Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung kamen auf 10.000 Koloskopien 17 Blutungen (3 davon erforderten eine Krankenhauseinweisung), 2 Durchstoßungen der Darmwand und 0,02 Todesfälle – ebenfalls verbunden mit dem Hinweis auf eine „mögliche Untererfassung“.

3. Kommunikationsmodell

Quer durch alle Themen und Aspekte der Krebsvorsorge stehen widersprüchliche Aussagen und Empfehlungen im öffentlichen Raum: Auf der einen Seite die „I feel good“-Kampagnen der Felix-Burda-Stiftung, die hahnebüchernen Ansichten der Stiftung Lebensblicke oder auch die klare Aufforderung der Krankenkassen und der KBV zur Teilnahme an der Vorsorge. Auf der anderen Seite Medienberichte, die primär über die Schattenseiten der Vorsorge informieren, unterstützt von Experten, die Vorsorge-Untersuchungen klar ablehnen.

In diesem Sammelsurium aus Interessen, Studiendaten und Meinungen sollen sich Menschen zurechtfinden und nach Abwägen von Nutzen und Schaden eine informierte Entscheidung treffen können. Ich halte das für nahezu unmöglich. Ich möchte deshalb ein Kommunikationsmodell vorschlagen, das die Argumentationskultur verbessern soll. Es unterscheidet drei Ebenen der Schaden-Nutzen-Bewertung und kommuniziert dies entsprechend:

1. Allgemeine Ebene: *Was bringt eine Untersuchung?* Wissenschaftler ermitteln Nutzen und Schaden für eine Studienpopulation
2. Risiko-Ebene: *Was bringt es dem Einzelnen?* Das persönliche Risikoprofil verschiebt Nutzen und Schaden
3. Subjektive Ebene: *Was ist dem Einzelnen wichtig?* Der Einzelne zieht nach einer subjektiven Gewichtung Bilanz

Alle drei Ebenen tragen zur informierten Entscheidungsfindung bei. Ich habe aber den Eindruck, dass diese drei Ebenen in der Kommunikation meist nicht klar getrennt werden, dabei berühren sie völlig unterschiedliche Bereiche.

- In der Allgemeinen Ebene lassen sich Nutzen und Schaden halbwegs in entsprechenden Studien quantifizieren, doch gegeneinander aufrechnen, um zu einer Bilanz zu kommen, lassen sie sich nur dann, wenn sie die selbe Einheit betreffen: also zum Beispiel Todesfälle, Überdiagnosen, Ängste, Schmerzen, Lebensqualität. Für andere eine allgemeingültige Bilanz aus Größen mit verschiedenen Einheiten zu ziehen, zum Beispiel verhinderte Todesfälle gegen erlittene Schmerzen aufzurechnen, ist nicht möglich und daher nicht zulässig.

- Die Risiko-Ebene lässt sich ebenfalls wissenschaftlich untersuchen. Dabei lässt sich aussagen, wie der Einfluss individueller Faktoren wie Alter, Rauchen, Alkoholkonsum, ungeschützter Sexualverkehr und so weiter die in der Allgemeinen Ebene ermittelten Nutzen- und Schadenspotenziale verschieben.
- Die Subjektive Ebene schließlich ist eine rein individuelle, mitunter irrationale Angelegenheit. Sie dient dem Individuum dazu, eine Bilanz aus dem in der Allgemeinen Ebene und Risiko-Ebene ermittelten Nutzen und Schaden zu ziehen. Nur das Individuum kann dabei unterschiedliche Einheiten gegeneinander aufrechnen, und auch nur für sich.

Ich plädiere dafür, in der Kommunikation die Ebenen sauber zu trennen und generell keine Aussagen über die Subjektive Ebene zu treffen, also keine Bilanz aus Schaden und Nutzen zu ziehen, es sei denn, man kennzeichnet sie explizit als persönliche Bilanz.

Auf die Vorsorge-Koloskopie ließe sich das Kommunikationsmodell anhand der wenigen oben zitierten Studien folgendermaßen anwenden:

1. Allgemeine Ebene:

- Vorsorgekoloskopien bieten keinen sicheren Schutz vor Darmkrebs (hohe Evidenz).
- Nutzen: Nach Modellrechnungen kommen auf 10.000 Koloskopien 100 verhinderte Darmkrebsfälle und 50 verhinderte Todesfälle (niedrige Evidenz). Das Lebenszeitrisiko, an Darmkrebs zu erkranken, vermindert sich dadurch um 20%. Das bedeutet: Von 100 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens ohne Früherkennungs-Koloskopie 6 Menschen an Darmkrebs, mit Früherkennungs-Koloskopie 5 Menschen (niedrige Evidenz).
- Schaden: Nach Begleituntersuchungen zum Koloskopie-Screening kommen auf 10.000 Koloskopien mindestens 5 schwere Komplikationen (hohe Evidenz).

2. Risiko-Ebene:

- Allein mit körperlicher Aktivität lässt sich das persönliche Darmkrebsrisiko um etwa 25% reduzieren (hohe Evidenz) und damit ein ebenso großer Effekt erzielen wie mit der Vorsorgekoloskopie (niedrige Evidenz).

3. Subjektive Ebene:

- Bei der subjektiven Abwägung von Nutzen und Schaden kommen zusätzliche Aspekte hinzu wie persönliche Erlebnisse, Sicherheitsbedürfnis, Ängste, Aufwand, Unannehmlichkeiten.

Eine Meldung von Ende April stimmt mich optimistisch, dass sich zunehmend diese Argumentationskultur einbürgern wird: Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert den Ausbau des Krebsinformationsdienstes (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum zu einem "Nationalen Referenzzentrum für Krebsinformation" und stellt im Jahr 2010 dafür 3,3 Millionen Euro bereit. Damit kann der KID in Zukunft seine fundierten und unabhängigen Informationsangebote deutschlandweit anbieten. Auch Journalisten steht dieses Angebot offen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

Spiegel-Forum:

<http://forum.spiegel.de/showpost.php?p=3635152&postcount=10>

taz Kerner:

<http://www.taz.de/1/leben/medien/artikel/1/kerner-geht-wieder-ran/?type=98>

Metaanalyse Bewegung:

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=35413>

Leipzig-Studie:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/63827/>

taz Darmkrebs:

<http://www.taz.de/1/zukunft/wissen/artikel/1/darmspiegelung-nicht-ohne-risiko/>

ZiF:

<http://www.zi-berlin.de/koloskopie/downloads.php>

KID:

<http://idw-online.de/pages/de/news312043>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 23. Juni wird das Bundesgesundheitsministerium in Berlin seinen „Nationalen Krebsplan“ vorstellen, an dessen Genese Experten aus ganz unterschiedlichen Bereichen mitgewirkt haben, unter anderem auch aus der Deutschen Krebsgesellschaft. Darüber hinaus hat die DKG auch einen eigenen „Strategieplan Krebs“ entwickelt, den sie gestern, am 9. Juni, der Presse präsentierte.

Es wird spannend sein, die beiden Pläne zu vergleichen. Sicher ist schon jetzt: Es wird für den Nationalen Krebsplan schwer, den Strategieplan in seiner Konsequenz – zumindest beim Thema Prävention – zu toppen. Denn der Vorstand der DKG hat mit dem Strategieplan unmissverständlich seinen Willen niedergeschrieben, Evidenz vor Lobbyismus zu stellen. Ein atemberaubend mutiger Schritt. Noch mutiger wird die DKG sein müssen, wenn sie den Strategieplan auch umsetzen will.

Hier ist eine kleine – zum Teil von mir kommentierte – Zitatensammlung:

1. Grundwerte

*„Der Strategieplan Krebs der DKG fühlt sich drei Grundwerten verpflichtet:
1. Evidenzbasierte Medizin bildet die Richtschnur des Handelns.
2. Der Mensch steht im Mittelpunkt.
3. Die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen sind begrenzt.“*
(Seite 12/13)

Kommentar: Vor allem der dritte Punkt ist bemerkenswert. Die DKG erhebt explizit nicht die bekannte Klage, dass die Politik für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung nicht genug Ressourcen zur Verfügung stellt (siehe Hoppe zu Priorisierung). Sie bezeichnet es vielmehr als „unredlich“, die Umsetzung aller Maßnahmen zu fordern, selbst wenn diese wünschenswert sind. Im abschließenden Ausblick ruft sie sogar zu einer gesellschaftlichen Diskussion darüber auf, „welchen Stellenwert die Onkologie und die Gesundheit allgemein in der Gesellschaft besitzt und besitzen wird.“

2. Ökonomischer Nutzen der Prävention

„Das Argument, Prävention spare der Gemeinschaft Geld, weil die Menschen dadurch länger leben, ist nicht belegt.“
(Seite 32)

3. Ausrichtung der Prävention

„Erziehungsmaßnahmen“, die zu einem gesunden Lebensstil führen, können nicht Aufgabe der DKG sein.“

(Seite 33)

„Die Sekundärprävention von Krebserkrankungen lässt sich nicht dadurch verbessern, dass mehr Untersuchungen angeboten, sondern bei den Themen Umfang, Qualität und Information evidenzbasierte Prinzipien konsequent angewendet werden.“

(Seite 36)

4. Informierte Entscheidungsfindung

„Die meisten Informationsbroschüren wollen Menschen zur Teilnahme an den Untersuchungen motivieren. Das bringt mit sich, dass sie tendenziell den Nutzen überbetonen und mögliche Schäden nicht oder unzureichend erwähnen.“

(Seite 35)

„Auch der Wunsch nach höheren Teilnahmeraten darf die Prinzipien der Informierten Entscheidungsfindung nicht in Frage stellen.“

(Seite 36)

„Bisherige Kampagnenstrategien sowie Infomaterialien sollen entsprechend den Prinzipien der Informierten Entscheidungsfindung überarbeitet werden.“

(Seite 36)

„Die DKG, die Landeskrebsgesellschaften sowie einzelne Mitglieder sollten eine Zusammenarbeit mit Initiativen prüfen, die nicht diesen Prinzipien folgen.“

(Seite 36/37)

Kommentar: Initiativen, wie die Felix Burda Stiftung, die angetreten sind, Menschen zur Teilnahme an dem Früherkennungsangebot zu motivieren, kommen demnach als Partner für die DKG nicht mehr in Betracht – es sei denn, sie ändern ihre Politik.

5. Vorsorgeangebot

„Das Vorsorgeangebot in Deutschland sollte deshalb internationalen Standards angepasst werden und sich auf die vom G-BA herausgehobenen Untersuchungen beschränken.“

(Seite 35)

Kommentar: Gemeint sind damit Mammographie, Pap-Test und FOBT bzw. Koloskopie. Alle anderen Untersuchungen, wie das Abtasten von Brust, Darm und Prostata sollten demnach aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Außerdem sollte – zumindest lässt sich das folgern – die Untersuchungsfrequenz des Pap-Test von jährlich auf dreijährlich erhöht werden. Explizit wird gefordert, nach dem Mammographie-Screening auch die Angebote zur Darm- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in qualitätskontrollierte Programme mit Einladungssystem zu überführen.

6. HPV-Impfung

„Mit der Impfung und dem Pap-Abstrich stehen zwei Verfahren zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs zur Verfügung, die zur Zeit gemeinsam angeboten werden. Dabei addieren sich Aufwand und Nebenwirkungen in etwa, doch der Nutzen nicht: Er kann nur geringfügig höher sein als die ohnehin hohe Wirksamkeit der Einzelverfahren. Wenn sich ein dauerhafter Schutz vor dem Tumor im erhofften Umfang bestätigt, ist deshalb zu überlegen, ob langfristig Frauen nur eines der beiden Verfahren angeboten werden sollte. Hier müssen die Vor- und Nachteile der beiden Verfahren abgewogen werden.“

(Seite 33)

„Die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung ist langfristig vor dem Hintergrund der HPV-Impfung neu zu bewerten.“

(Seite 36)

Kommentar: Damit wendet sich die DKG gegen das verbreitete Dogma, dass auch geimpfte Frauen jährlich zur Früherkennung gehen sollen. Nach den kürzlich in Malmö vorgetragenen Studienergebnissen, die in der „Zeit“ und im „Ärzteblatt“ ausführlich besprochen wurden, ist diese Diskussion dringender denn je. Es hilft nicht weiter, die Verfahren isoliert zu betrachten. Es muss ein Gesamtkonzept entwickelt werden, das beide Verfahren hinsichtlich Evidenz, Kosten und Langzeiteffekten kritisch vergleicht.

Mein Gesamtfazit: Mit dem „Strategieplan Krebs“ hat der Vorstand der DKG ein Positionspapier vorgelegt, das die Prävention in Deutschland einen gewaltigen Schritt voranbringen kann. Der „Strategieplan Krebs“ ist in meinen Augen vor allem deshalb als Meilenstein zu werten, weil sich mit ihm das bedeutendste Onkologie-Gremium des Landes eine Reihe von Positionen zu eigen gemacht hat, für die man bislang als Kritiker abgestempelt wurde.

Was meinen Sie? Ich biete Ihnen an, Ihren Kommentar an den Kreis meiner Rundbrief-Abonnenten zu schicken sowie auf der Homepage zu veröffentlichen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

Der Strategieplan Krebs der DKG steht bislang noch nicht im Internet zur Verfügung, liegt aber gedruckt vor.

Hoppe zu Priorisierung

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=36629>

Zeit zu HPV-Impfung

<http://www.zeit.de/2009/21/M-HPV-Impfung>

Ärzteblatt zu HPV-Impfung

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=36629>

PS: Nach dem letzten Rundbrief 13 („Den Darm geSPIEGELt“) bekam ich mehrere Zuschriften:

David Klemperer merkte an, dass der Nutzen der Koloskopie im Rahmen des von mir vorgeschlagenen Kommunikationsmodells auch in absoluten Zahlen genannt werden sollte. Es sollte also heißen: „Das Lebenszeitrisiko, an Darmkrebs zu erkranken, vermindert sich dadurch um 20 Prozent. Von 100 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens ohne Früherkennungs-Koloskopie 6 Menschen an Darmkrebs, mit Früherkennungs-Koloskopie 5 Menschen.“

Ingrid Mühlhauser hält – trotz übler Anfeindung durch Vertreter der Ärzteschaft („unsägliche und unwissenschaftliche Behauptung“) – an den von ihr zitierten hohen Komplikationsraten fest mit der Begründung, dass in die offiziellen Zahlen nur Komplikationen einfließen, die unmittelbar mit der Untersuchung auftreten, nicht aber solche, die eine Folge der Darmreinigung sind oder erst später deutlich werden. Sie stützt sich deshalb weiter auf die Zahlen aus den RCTs zum FOBT, in denen in etwa 30% der Fälle eine Abklärungskoloskopie gemacht wurde.

Claudia Schumann hat, was mich besonders freut, mein Kommunikationsmodell auf ihrer Homepage erwähnt.

<http://www.dr-claudia-schumann.de/typo3/index.php?id=36>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zwischen „Abwesenheit von Evidenz“ und „Evidenz von Abwesenheit“ besteht ein sprachlich subtiler, aber inhaltlich gravierender Unterschied. Ich möchte an einem Beispiel zeigen, wie schwer diese Unterscheidung fällt – auch Experten, von denen man es nicht erwarten würde.

Begriffsbestimmung

Mit „Abwesenheit von Evidenz“ ist gemeint, dass es keinen Beleg für den Nutzen eines Verfahrens gibt, vielleicht weil noch keine Studie gemacht wurde oder die Studien nicht aussagekräftig sind. Das heißt, man weiß einfach nicht, ob das Verfahren etwas bringt. Da alle Verfahren Geld und/oder Zeit kosten und potenziell Schäden verursachen, sollte der Rat lauten: Es wird nicht empfohlen, das Verfahren in Anspruch zu nehmen.

„Evidenz von Abwesenheit“ hat dagegen eine völlig andere Qualität. Hier ist der Beleg für einen fehlenden Nutzen erbracht. Es gibt ausreichend gute Studien, die keinen Nutzen finden konnten. Das Verfahren bringt also sicher nichts. Da, siehe oben, alle Verfahren Geld und/oder Zeit kosten und potenziell Schäden verursachen, sollte der Rat lauten: Es wird empfohlen, das Verfahren nicht in Anspruch zu nehmen.

So gibt beispielsweise die U.S. Preventive Services Task Force entsprechend unterschiedliche Empfehlungen: Wenn sie keine, nur schwache oder sich widersprechende Evidenz findet, rät sie weder ab noch zu („evidence is insufficient to recommend for or against routinely providing the service“; I Recommendation). Wenn sie mindestens leichte Evidenz für Ineffektivität findet oder findet, dass der Schaden den Nutzen überwiegt, rät sie ab (“recommends against routinely providing the service“; D Recommendation).

Frauenleitlinie

Vor einigen Tagen wurde eine vorläufige Frauenleitlinie Brustkrebs-Früherkennung veröffentlicht. „Vorläufig“ deshalb, weil die Version eine „Konsultationsfassung“ ist, die bis zum 10. August bewertet und kommentiert werden kann. Die 69-Seiten starke Frauenleitlinie erhebt den Anspruch, die „derzeit umfangreichste und aktuellste Zusammenstellung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse“ zu sein. Dafür verbürgen sich die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Gesellschaft für Senologie sowie das sechsköpfige Autorenteam aus Patientinnen-Vertreterinnen und medizinischen Brustkrebsexperten. Koordination und Redaktion liegen beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Ich möchte mich hier auf einen Aspekt der Frauenleitlinie beschränken: das Selbstabtasten der Brust.

Mit Hilfe des Selbstabtastens könne die Frau „eine aktive Rolle bei der Früherkennung von Brustkrebs nehmen“. Als ein Vorteil werde angenommen, „dass Frauen, die sich selbst regelmäßig abtasten, eine Veränderung früher erspüren als Frauen, die per Zufall eine Veränderung bemerken.“ Ein Nachteil sei die erhöhte falsch-positiv-Rate verbunden mit unnötigen Abklärungen. Studien werden keine zitiert. Fazit: „Wägen Sie ab und entscheiden Sie dann, ob dies für Sie persönlich sinnvoll ist.“ Anschließend zeigen fünf Schaubilder, wie die Brust „richtig“ abgetastet wird.

In der Frage des Nutzens bleiben die Formulierungen schwammig, der Schaden dagegen wird klar benannt. Trotz der Aufforderung zum Abwägen legt am Ende die Anleitung zum Abtasten nahe, dass die Autoren eher zuraten.

S3-Leitlinie

In der Einleitung der Frauenleitlinie wird darauf hingewiesen, dass sie auf der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung 2008, beruht. In dieser 353-Seiten starken S3-Leitlinie stellen die Autorinnen Albert und Naß-Griegoleit im Kapitel „Stellenwert der Brust-Selbstuntersuchung“ zunächst die wissenschaftliche Datenlage vor. Vor allem die beiden RCTs aus Russland und China werden ausführlich zitiert. Beide Studien registrierten zwischen Tast- und Kontrollgruppe keinen Unterschied in der Brustkrebssterblichkeit, dafür in der Tastgruppe mehr Abklärungsuntersuchungen mit Gewebeentnahmen.

Fazit des Nutzens: „Die Autoren schließen daraus, dass Programme, die Frauen zur Selbstuntersuchung schulen, nicht in der Lage sind, die Brustkrebssterblichkeit zu senken. Frauen, die sich für die Selbstuntersuchung entscheiden, sollten informiert werden, dass die Wirksamkeit der alleinigen Selbstuntersuchung nicht belegt ist.“ Man überliest es leicht, aber zwischen dem ersten und dem zweiten Satz des Fazits switchen Albert und Naß-Griegoleit von „Evidenz von Abwesenheit“ („nicht in der Lage, die Brustkrebssterblichkeit zu senken“) zu „Abwesenheit von Evidenz“ („Wirksamkeit nicht belegt“). Korrekt müsste der zweite Satz lauten: „Frauen, die sich für die Selbstuntersuchung entscheiden, sollten informiert werden, dass die Unwirksamkeit der alleinigen Selbstuntersuchung belegt ist.“

Kösters und Gøtzsche

Die Autoren der S3-Leitlinie zitieren eine Cochrane-Analyse von Kösters und Gøtzsche, die „bezüglich ihrer Auswertung zum gleichen Ergebnis“ käme. Kösters und Gøtzsche gehen noch detaillierter und ausführlicher auf die Studien aus China und Russland ein. Für sie ist das Ergebnis der Studien so eindeutig, dass sich ihrer Ansicht nach weitere Untersuchungen erübrigen: „It is unlikely that additional trials investigating breast self-examination as a single general screening method would be worthwhile.“

Ihr Fazit: „We suggest that the lack of supporting evidence from the two

major studies should be discussed with these women to enable them to make an informed decision.“ Dabei heißt „lack of supporting evidence“ nichts anderes als „Abwesenheit von Evidenz“. Sie ziehen also tatsächlich die selben falschen Schlüsse wie die S3–Leitlinie, indem sie eine „Evidenz von Abwesenheit“ in eine „Abwesenheit von Evidenz“ umwandeln. Entsprechend neutral fällt ihre Empfehlung aus: „At present, screening by breast self-examination or physical examination cannot be recommended.“ Das heißt nur, dass Frauen nicht explizit zugeraten wird, es heißt aber nicht, dass ihnen explizit abgeraten wird.

Schlussfolgerung

Das Selbstabtasten der Brust wird in meinen Augen von den zitierten Arbeiten grob verharmlost: von der Frauenleitlinie, der S3–Leitlinie und auch von Gøtzsche, der Ikone der Evidenz–basierten Kritik am Mammographie–Screening. Besonders bedenklich daran ist, dass alle Arbeiten für sich zwar höchste Wissenschaftlichkeit beanspruchen, aber dennoch nicht zwischen „Abwesenheit von Evidenz“ und „Evidenz von Abwesenheit“ unterscheiden.

Auch vor großem Fachpublikum wurde die „Evidenz von Abwesenheit“ beim Selbstabtasten der Brust bereits thematisiert: Der schwedische Experte Lars Holmberg sprach sich 2004 auf der 4. Europäischen Brustkrebskonferenz in Hamburg explizit gegen das Selbstabtasten aus und verurteilte Anleitungen, wie sie in der jetzigen Fassung der Frauenleitlinie vorgesehen sind: "Many people are guilty of continuing to promote this practice and I can only assume that it is through ignorance."

Sein Fazit, dem sich auch die Frauenleitlinie anschließen sollte: „It is time that this ghost was laid to rest.“ Bis 10. August ist ja noch Zeit.

Viele Grüße
Christian Weymayr

PS: Da sich die diskutierten Empfehlungen auf die Ergebnisse von Studien stützen, betreffen sie laut meinem Kommunikationsmodell (siehe Rundbrief Krebsvorsorge 13) nur die „Allgemeine Ebene“. Die Frage ist deshalb, kann eine einzelne Frau nicht doch einen Nutzen haben? Das heißt, kann sich das Abtasten auf der „Risiko–Ebene“ und „Subjektiven Ebene“ anders darstellen?

Es kommt darauf an, aus welchem Grund in den Studien kein Überlebensvorteil für Frauen, die sich abtasten, gefunden wurde. Es kann dafür drei Gründe geben: 1. Kein Nutzen: Das Abtasten brachte tatsächlich keiner einzigen Frau einen Überlebensvorteil, etwa weil alle getasteten Tumore harmlos oder bereits unheilbar waren. 2. Nicht detektierbarer Nutzen: In der Abtastgruppe starben weniger Frauen an Brustkrebs, aber es waren so wenige, dass der Effekt statistisch nicht nachweisbar war. 3. Durch zusätzlichen Schaden aufgehobener Nutzen: Es wurden zwar Frauen durch das Abtasten vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt, aber ebenso viele starben aus anderen Gründen mehr an Brustkrebs.

Den 3. Grund halte ich für sehr theoretisch und er dürfte aus meiner Sicht in diesem Fall keine Rolle spielen. Betrachtet man nicht die Brustkrebssterblichkeit, sondern die Gesamtmortalität, sind aber durchaus Szenarien denkbar, in denen der Zusatznutzen durch einen Zusatzschaden zunichte gemacht werden könnte. Der 1. Grund, kein Nutzen, erscheint mir unplausibel, da die vielen Biopsien in der Abtastgruppe zwangsläufig zu Zufallstreffern führen sollten. Deshalb halte ich den 2. Grund für den wahrscheinlichsten: Verschwindend wenige Frauen haben einen Nutzen.

Ob der 1. oder 2. Grund zutrifft, ist für eine Empfehlung zum Selbstabtasten auf Bevölkerungsebene irrelevant, da der Schaden den Nutzen so weit überwiegt, dass Frauen empfohlen werden sollte, sich nicht abzutasten. Für die individuelle Abwägung ist er jedoch entscheidend: Denn wenn der Nutzen gleich Null ist, spielt auch ein noch so hohes persönliches Risiko („Risiko-Ebene“) oder ein noch so drängender Wunsch, um jeden Preis dem Tod durch Brustkrebs zu entgehen („Subjektive Ebene“), keine Rolle, da der Nutzen multipliziert mit jedem Risiko-Faktor oder Präferenz-Faktor immer Null bleibt. Ein verschwindend geringer, aber dennoch vorhandener Nutzen könnte eine Frau dagegen zu dem Schluss kommen lassen, dass für sie persönlich die Bilanz aus Chancen und Risiken positiv ist. Eine individuelle Beratung darf diese mögliche Sichtweise nicht ausklammern, aber sie muss sie angemessen kommunizieren. Um Frauen eine „informierte Entscheidung“ zu ermöglichen, ist es sicher nicht angemessen, beim Brustabtasten von „Abwesenheit von Evidenz“ zu sprechen.

Quellen:

Frauenleitlinie Konsultationsfassung

<http://www.aeqz.de/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe39.pdf>

S3-Leitlinie

http://www.senologie.org/download/pdf/s3_brustkrebsfrueherkennung_2008.pdf

Cochrane-Analyse von Kösters und Gøtzsche

<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003373.html>

Drei-Ebenen-Kommunikationsmodell

<http://www.christian-weymayr.de/weymayr.html/Drei-Ebenen-Kommunikationsmodell.pdf>

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am Dienstag dieser Woche traf sich die Arbeitsgruppe Mammographie im Gemeinsamen Bundesausschuss zum Thema Merkblatt zu ihrer letzten Sitzung, in der eine Stellungnahme der Bundesärztekammer diskutiert und geprüft wurde. Das Merkblatt, an dessen Genese ich als Autor und Sachverständiger beteiligt war, muss jetzt noch die Hürden G-BA-Unterausschuss Methodenbewertung, G-BA-Plenum und BMG nehmen, um schließlich etwa im April 2010 im Bundesanzeiger veröffentlicht zu werden und in Kraft zu treten. Wenn dann die alten Merkblätter aufgebraucht sind, wird das neue Merkblatt mit jeder Einladung zum Screening verschickt. Damit erhalten jährlich fünf Millionen Frauen eine ausgewogenere Aufklärung als bisher, da das neue Merkblatt auch Nachteile wie Überdiagnosen diskutiert und mit einem Zahlenbeispiel veranschaulicht, was eine Frau in etwa zu erwarten hat, wenn sie am Screening teilnimmt. Pauschale Lamenti über die Informationssituation, wie sie zum Beispiel Gerd Gigerenzer vom Max Planck Institut für Bildungsforschung in Berlin immer wieder vorbringt, werden dann weiter an Substanz verlieren.

Petition der Felix Burda Stiftung

Auch sonst tut sich einiges beim Thema Information. So wollen die Felix Burda Stiftung und die Stiftung Lebensblicke bis zum 9. November 50.000 Unterschriften für einen Petition an den Bundestag sammeln, um das hohe Haus zu dem Beschluss zu bewegen, die 2002 als Kassenleistung eingeführte Darmkrebsvorsorge nach dem Vorbild des Mammographie-Screenings auf ein Einladungssystem umzustellen. Hintergrund der Aktion: Während etwa die Hälfte aller eingeladenen Frauen zur Mammographie gehen, liegt die Teilnehmerate an der Darmkrebsvorsorge mittels Koloskopie bei umgerechnet rund 30 Prozent. Das ist der Felix Burda Stiftung – auch angesichts ihres gigantischen Werbeaufwands – entschieden zu wenig. Ein Einladungssystem soll mehr Menschen zur Teilnahme motivieren, denn es habe sich gezeigt, heißt es in der Begründung der Petition, „dass sich die Teilnehmeraten durch ein solches Vorgehen sehr rasch steigern lassen“.

Was ist von der Petition zu halten? Auch der „Nationale Krebsplan“ vom Juni 2009 bemängelt die niedrigen Teilnehmeraten und schließt daraus: „Ein organisiertes Screening mit einem bevölkerungsbasierten Einladungsverfahren könnte zu einer Erhöhung der Teilnehmerate beitragen.“ Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert in ihrem „Strategieplan Krebs“ zwar ebenfalls ein Einladungssystem, begründet dies jedoch mit einer besseren Informationsmöglichkeit. Die Haltung macht also den Unterschied: Möchte man die Menschen einladen, um sie zum Kommen zu überreden oder um sie über die Untersuchung zu informieren? So unterschiedlich die Motive auch sind, am Ende laufen sie aber doch auf das selbe hinaus: Einer Einladung zum Darmkrebs-Screening würde wohl ein Merkblatt des G-BA beiliegen.

Damit böte sich die Chance, mit ausgewogenen Informationen die einseitige Propaganda der Felix Burda Stiftung abzuschwächen. Ich unterstütze deshalb die Forderung nach Einführung eines Einladungssystems – aber nicht die Burda-Petition.

Presseinformation zur Viszeralmedizin

Eine kleine Anekdote am Rande zeigt, wie unbedarft mitunter über Krebsvorsorge informiert wird: In einer Pressemitteilung zum „Kongress Viszeralmedizin 2009“ vom 24. September heißt es unter der Überschrift „Darmspiegelung kann Darmkrebsrate senken“: „Derzeit lassen sich 14 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen untersuchen. Bleibt dieser Anteil bestehen und werden Patienten mit fortgeschrittenen Polypen sorgfältig nachbeobachtet, wird die Anzahl der Darmkrebserkrankungen um etwa 13 Prozent bei Männern und 16 Prozent bei Frauen zurückgehen.“ Das nenne ich Effektivität: Eine Untersuchung, der sich 15 Prozent der Frauen unterziehen, kann bei 16 Prozent der Frauen Darmkrebs verhindern! Eine Nachfrage, wie es zu diesem Logikwunder kommt, stiftete zunächst Verwirrung. Erst nach eingehender Diskussion ließ sich der Fehler im unterschiedlichen Bezugsrahmen festmachen: Die Teilnahmeraten von 14 und 15 Prozent beziehen sich auf den Zeitraum seit Einführung des Screenings bis heute und lassen sich auf rund 30 Prozent Gesamtteilnahme hochrechnen. Es hätte also heißen müssen: Bei einer Teilnahmerate von 30 Prozent können 13 beziehungsweise 16 Prozent der Darmkrebserkrankungen verhindert werden. Da diese Angaben auf Modellrechnungen basieren, wäre außerdem wenigstens ein „vermutlich“ in der Überschrift angebracht gewesen.

Informationsfilm Mammographie

Wie weit sich der Begriff „Information“ fassen lässt, veranschaulicht derzeit ein sechsminütiger „Informationsfilm“ zum Mammographie-Screening, den die Kooperationsgemeinschaft vor ein paar Tagen ins Netz gestellt hat. Infoteile, etwa über die mit dem Alter steigende Bedrohung durch Brustkrebs, wechseln sich darin ab mit dem Fallbeispiel einer Frau, die sich zum Screening entschlossen hat und bei der am Ende „alles in Ordnung ist“, mit Schwenks über Bäume, und mit Statements einer programmverantwortlichen Ärztin sowie dem Leiter eines Referenzzentrums. Wirklich informativ sind die Einblicke in den Ablauf der Untersuchung und der Befundung. Mehr Atmosphäre als Information vermitteln die Bäume, die allgemeinen Straßensowie die Privatszenen mit der Screeningteilnehmerin. Echte Fehlinformationen aber sind manche Aussagen der beiden Experten: Die Ärztin etwa vergleicht die Befundung mit dem Entdecken einer „Laufmaschine in einem Stoff“. Das ist zwar anschaulich, aber doch entschieden zu simpel. Der Referenzzentrumsleiter, als solcher immerhin einer der obersten Autoritäten in Sachen Mammographie-Screening, lobt ausführlich die schonende Behandlung dank Mammographie und nennt schließlich als Ziel des Screenings, „dass diese an sich schreckliche Erkrankung komplett besiegt ist“. Im Kontrast dazu dient als einziges Beispiel für einen möglichen Nachteil des Screenens ausgerechnet die Größe, die in der

Bevölkerung ohnehin überschätzt wird: die Strahlenbelastung. Auch die musikalische Untermalung und die zwar professionelle, aber wenig nachrichtliche Stimme der Sprecherin unterstreichen den Gesamteindruck. Fazit: Der Film ist entschieden zu werblich. Das ist besonders bedauerlich, weil die Kooperationsgemeinschaft sich ansonsten um echte Aufklärung bemüht. Das hat sie mit der Veröffentlichung des Evaluationsberichts ebenso bewiesen wie mit der pinkfarbenen Broschüre, für die sie mich engagiert hat und hinter der ich auch nach allen Abstimmungsrunden immer noch stehe. Der Film liefert jetzt all jenen neue Argumente, die die informativen Veröffentlichungen der Kooperationsgemeinschaft bislang nicht zur Kenntnis nehmen wollten.

Krebshilfe goes Warentest

Für einen Lichtblick beim Thema Information sorgt ausgerechnet die Deutsche Krebshilfe, die bislang getreu ihrem Grundsatz handelte, die Bevölkerung zur Vorsorge vor allem motivieren zu wollen: Die Krebshilfe tastet sich neuerdings an eine ausgewogene Informationspolitik heran. Derzeit überarbeitet sie ihr Mammographie-Infoblatt und übernimmt dafür das Zahlenmodell, das auch in der pinken Broschüre der Kooperationsgemeinschaft und im überarbeiteten Merkblatt des G-BA voraussichtlich verwendet wird. Das Modell soll Frauen eine ungefähre Vorstellung davon zu geben, was sie vom Screening erwarten können. Noch weiter geht die Krebshilfe, indem sie gleich einen ganzen Informationspool zugänglich macht: auf ihrer Internetseite gelangt man über die Links „Prävention“ und „Krebs-Früherkennung“ gegen Ende des Textes unter der Überschrift „Nutzen und Risiken der Krebs-Früherkennung“ zu dem „Link zur Stiftung Warentest“. Dort kann man das komplette Warentestbuch von Klaus Koch kapitelweise herunterladen.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

Rundbrief Krebsvorsorge 17: Kennzahlen Mammographie-Screening 1.2.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn es in den Medien um Untersuchungen zur Krebsvorsorge und -früherkennung geht, folgen die Berichte häufig demselben Schema: Eine Allianz aus Ärzten, Kassen, Verbänden und Unternehmen versucht die Menschen zur Teilnahme zu motivieren, während eine kleine Schar von Kritikern dagegen hält. Glaubt man diesen Berichten, ist die Szene in zwei unversöhnliche Lager gespalten. Doch das stimmt mittlerweile nicht mehr. So haben sich jetzt Fachleute, die gemeinhin den Lagern der Befürworter wie auch der Kritiker zugeordnet werden, auf die „Kennzahlen Mammographie-Screening“ verständigt. Diese Zahlen geben an, wie viele Frauen welche Vor- und Nachteile von einer Teilnahme am Programm zur Brustkrebsfrüherkennung zu erwarten haben.

Die Kennzahlen sind das Ergebnis eines jahrelangen Prozesses, der möglich war, weil die meisten Befürworter und Kritiker zwei Prämissen akzeptieren:

1. Argumente müssen wissenschaftliche begründet sein.
2. Patienten haben ein Recht auf ausgewogene Informationen.

Diese Prämissen waren auch die Grundlage für eine Informationsbroschüre, mit der mich die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, die das Screening-Programm in Deutschland organisiert, vor etwa zwei Jahren beauftragt hat. Von Beginn an war der Krebsinformationsdienst beteiligt, zur zweiten Auflage, die inzwischen erschienen ist, kamen noch die Deutsche Krebshilfe als Herausgeber und das Bundesministerium für Gesundheit als Sponsor hinzu. Für diese Broschüre habe ich ein Zahlenmodell entwickelt, das die Vor- und Nachteile abschätzt, die eine Frau vom Screening zu erwarten hat. Wie diese Zahlen aussehen und wie ich sie ermittelt habe, entnehmen Sie der Dokumentation zu den Kennzahlen Mammographie-Screening.

(www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/dokumentation.pdf)

Inzwischen sind die Kennzahlen auch in andere Informationsbroschüren übernommen worden: in ein überarbeitetes Faltblatt der Deutschen Krebshilfe, und vermutlich in die Patientinnen-Leitlinie zur Brustkrebsfrüherkennung sowie in das überarbeitete Merkblatt des G-BA, das, wenn es verabschiedet wird, ab Sommer 2010 jeder Einladung zum Screening beiliegen wird. Diese Informationen erreichen zusammen eine Millionenaufgabe. Um den Kennzahlen noch mehr Gewicht zu verleihen, wendet sich nun eine Gruppe aus 13 Fachleuten in einem Brief an die Medien mit dem Appell, in zukünftigen Berichten diese Zahlen zu verwenden. (www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/briefandimedien.pdf)

Von dieser Aktion erhoffe ich mir Folgendes:

1. Bisläng war es einfach, Zahlen aus der Literatur herauszupicken und in einen entsprechenden Bezugsrahmen zu stellen, damit sie möglichst die

eigene pro- oder kontra-Haltung unterstützen. Für eine informierte Entscheidung der Frauen war dies wenig hilfreich, denn es musste der Eindruck entstehen, dass die Fachwelt über die tatsächlichen Vor- und Nachteile heillos zerstritten ist. Die Kennzahlen sollen zumindest diese Unsicherheit beseitigen.

2. Wenn über die Zahlengrundlage weitgehend Konsens herrscht, kann sich die Fachdiskussion verstärkt dem Thema zuwenden, wie man die Kennzahlen möglichst verständlich präsentiert. Denn nur wenn die Zahlen auch bei den Frauen ankommen, können sie in das Abwägen der Vor- und Nachteile einbezogen werden.

3. Die Kennzahlen sollen auch in Zukunft in Absprache mit den 13 Fachleuten, die den Brief an die Medien unterzeichnet haben, anhand neuer Literatur weiter entwickelt werden.

4. Die Aktion zeigt, dass auch über tatsächliche und vermeintliche Barrieren hinweg ein Konsens darüber erzielt werden kann, wie die wissenschaftlichen Grundlagen zu deuten sind. Die „Kennzahlen Mammographie-Screening“ könnten deshalb auch für andere Maßnahmen zur Krebsvorsorge und -früherkennung als Vorbild dienen.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

Weitere Informationen, Grafiken und Tabellen finden Sie unter www.mammo-programm.de.

Rundbrief Krebsvorsorge 18: Interaktiver Krebs-Atlas 7.3.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wer wissen möchte, wie viele Menschen in Deutschland an einem bestimmten Tumor erkranken oder sterben, findet die gewünschten Daten in der zweijährlichen Publikation „Krebs in Deutschland“, die das Robert Koch Institut (RKI) gemeinsam mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) herausgibt. Jetzt steht eine zweite Quelle zur Verfügung: Pünktlich zum Krebskongress Ende Februar ging ein „Krebs-Atlas“ online (www.gekid.de). Der „Krebs-Atlas“ unterscheidet sich von „Krebs in Deutschland“ vor allem in dreierlei Hinsicht: Erstens ist er eine Eigenleistung des GEKID, zweitens vergleicht er die Bundesländer miteinander und drittens ist er interaktiv.

Die Interaktivität besteht darin, dass Tabelle, Landkarte, Kurvendiagramm und Balkendiagramm, die vier graphischen Elemente der Seite, miteinander verbunden sind. So werden die Daten per Mauswanderung über den Bildschirm optisch aufbereitet: Fährt die Maus etwa über die Deutschlandkarte, poppen in Echtzeit Kurvendiagrammen auf, die den Verlauf der Krebserkrankung seit 2000 in dem jeweiligen Bundesland zeigen. Außerdem heben sich im Balkendiagramm die entsprechenden Balken und in der Tabelle die entsprechenden Zeilen farblich hervor. Das funktioniert für jede der 25 ausgewählten Tumorarten, jeweils getrennt nach Männern und Frauen. Elegant ist auch die Vergleichsfunktion: Ein Klick auf ein Bundesland macht es zum Referenzland – seine Kurve bleibt in der Grafik, während die Kurven der anderen Länder darüber projiziert werden.

Der Vergleich der Bundesländer bringt Erstaunliches zutage: So stieg die Krebs-Gesamtinzidenz bei den Männern in NRW von 2003 bis 2006 von 428 auf 481 pro 100.000, während sie im benachbarten Niedersachsen im selben Zeitraum von 558 auf 475 fiel. Und während im Jahr 2006 in Berlin 402 pro 100.000 neu an Krebs erkrankten, waren es in Mecklenburg-Vorpommern 508. Bemerkenswerte Unterschiede finden sich auch bei der Mortalität: Während 2006 in Baden-Württemberg 179 pro 100.000 Männer an Krebs starben, waren es im Saarland 246.

Doch Vorsicht: Der Atlas liefert Zahlen, aber keine Erklärungen. Analysen und Interpretationen der Daten müssen mit weiteren Vergleichen und Untersuchungen abgesichert werden. Vor allzu simplen Schlussfolgerungen sei deshalb gewarnt: So heißt eine steigende Inzidenzkurve in NRW nicht automatisch, dass die Menschen dort immer kränker werden und eine fallende in Niedersachsen auch nicht, dass es mit der Gesundheit der Menschen dort bergauf geht. Auch sollten die Menschen des Saarlandes nicht überstürzt ihre Koffer packen, um sich die vermeintlich optimale Versorgung im Schwabenländle zu sichern.

Viele zusätzliche Einflussgrößen sind denkbar: Eine besonders intensive PSA-Kampagne kann beispielsweise die Gesamtinzidenz ebenso in die Höhe treiben wie die zeitlich versetzte Einführung der Mammographie oder die regional unterschiedliche Verbreitung des Hautkrebsscreenings. Daneben können echte ätiologische Unterschiede zutage treten, wenn etwa eine Region besonders von Schwerindustrie geprägt war. Und dass die Brustkrebsinzidenzen in den Bundesländern des ehemaligen Ostens deutlich unter denen des ehemaligen Westens rangieren, könnte daran liegen, dass sich hier die unterschiedlichen Verbreitungen der Hormontherapie abbilden.

Die vielleicht wichtigsten Einflussgrößen auf die Daten sind jedoch hausgemacht: Der Krebs-Atlas zeigt, wie der Vorsitzende der GEKID Alexander Katalinic betont, die erfasste Inzidenz und nicht die tatsächliche. Diese Differenzierung ist wichtig, da die Bundesländer unterschiedlich weit damit sind, die Krebsfälle zu erfassen. Bundesweit belastbare Zahlen liefert hier nur das Mammographieprogramm. Ansonsten registrieren lediglich 9 der 16 Bundesländer jeweils mehr als 90 Prozent der Krebsfälle, wobei man genau genommen auch NRW noch abziehen müsste, das nur vom Regierungsbezirk Münster repräsentiert wird. Weiße Flecken sind noch Hessen, wo das Geld für die Bearbeitung der gesammelten Daten fehlt, und Baden-Württemberg, das sich allerdings bereits anschicken, zu den anderen Bundesländern aufzuschließen.

Was die Krebsvorsorge angeht, darf man auf die künftigen Entwicklungen gespannt sein: Da etwa bei der Darmkrebsvorsorge Polypen entfernt werden und damit echte Vorsorge betrieben wird, sollte es in den kommenden zehn bis zwanzig Jahren auch bei einer Teilnahmerate von 30 Prozent messbar weniger Neuerkrankungen geben, falls die Darmspiegelung nahezu alle Darmkrebsfälle verhindern kann. Auch die HPV-Impfung könnte zu einem weiteren Rückgang der Gebärmutterhalskrebs-Inzidenz führen. Für Brust-, Haut- und Prostatakrebs sind dagegen eher Anstiege der Neuerkrankungsraten zu erwarten, wenn die Untersuchungen häufiger genutzt werden. Die Mortalitätsraten dagegen sollten auf Dauer bei jeder Tumorart mit Früherkennung zurück gehen.

All diese Aufwärts- und Abwärtstrends werden sich auch in den interaktiven Kurven und Balken des Krebs-Atlas niederschlagen. Ob man sie auch auf einen Blick ablesen können wird, wird davon abhängen, ob andere Parameter die Trends merkbar verstärken oder abschwächen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

www.gekid.de

Rundbrief Krebsvorsorge 19: Merkblatt Mammographie-Screening
2.5.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vorgestern ist im Bundesanzeiger das überarbeitete Merkblatt zum Mammographie-Screening veröffentlicht worden. Das Merkblatt ist damit gestern in Kraft getreten. Sobald die Exemplare des alten Merkblatts aufgebraucht sind, was in wenigen Wochen der Fall sein wird, wird das neue Merkblatt jeder Einladung zum Mammographie-Screening beiliegen. Es wird also fünf Millionen mal pro Jahr verschickt werden und für viele Frauen die erste und vielleicht einzige Informationsquelle darstellen.

Ich habe als Sachverständiger des G-BA den Text des neuen Merkblatts geschrieben und ich war auch an den Abstimmungen beteiligt. Insofern bin ich befangen und in meinem Urteil nicht unabhängig. Ich möchte dennoch anmerken, dass in den Sitzungen im G-BA trotz intensiver Diskussionen um einzelne Formulierungen Konsens über den Tenor des Merkblatts bestand, wie in den tragenden Gründen zur Neufassung dargelegt ist: Es sollte Frauen nicht zur Teilnahme überreden. Und ich denke, das wurde auch erfolgreich umgesetzt. Das soll natürlich nicht heißen, dass das Merkblatt nicht weiter verbessert werden könnte oder generell die Sinnhaftigkeit des Screening-Programms außer Frage steht.

Wenn aber Frauen in dem neuen Merkblatt tatsächlich nicht mehr überredet werden, hätten damit die offiziellen Stellen beim Brustkrebs-Screening eine zentrale Forderung der Krebsvorsorge-Kritik erfüllt: Patienten möglichst neutral und ergebnisoffen zu informieren. Ich bin sehr gespannt, ob und wenn ja, wie Fachkreise und Medien auf diesen Paradigmenwechsel reagieren.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Rundbrief Krebsvorsorge 20:
Patienteninformationen 1: Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung
5.7.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Jahren wird beklagt, dass die Informationen über Krebsvorsorge einseitig und unvollständig sind und Menschen zur Teilnahme drängen. So schrieb Jürgen Windeler im Vorwort zu „Mythos Krebsvorsorge“ im Jahr 2003: „Informationsmöglichkeiten müssen sie mit der Lupe suchen; sie werden sie in der Regel in ausgewogener und verständlicher Form nicht finden.“ Erst kürzlich beklagte auch Peter Sawicki in „hart aber fair“ den Mangel an ausgewogenen Patienteninformation. Hat sich also in den vergangenen sieben Jahren nichts getan?

Ich möchte in einer heute startenden kleinen Rundbrief-Serie der Frage nachgehen, inwieweit heutige Informationsmaterialien zum Thema Krebsfrüherkennung den Anforderungen an gute Patienteninformation entsprechen. Dabei möchte ich mich auf Materialien beschränken, die von Institutionen erstellt wurden, denen man ein Interesse an einer hohen Teilnehmerate unterstellen darf, also von Programmbetreibern, dem G-BA, der Krebsgesellschaft und anderen. Diese Materialien sind aus drei Gründen besonders interessant:

1. Sie sind weit verbreitet. Das Merkblatt zum Mammographie-Screening wird beispielsweise jedes Jahr fünf Millionen mal verschickt.
2. Sie haben „offiziellen“ Charakter. So schreibt der G-BA eine Beratung auf Grundlage der Merkblätter vor.
3. Sie sind am anfälligsten für Verzerrungen. Ein HTA-Bericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts vom Dezember 2009 (HTA-Projektbericht Nr.: 035) stellt fest: „Die vom Screening-Programm unabhängige Information der eingeladenen Frauen ist in der Praxis nicht gewährleistet. Auf diesem Gebiet besteht unverzüglicher Handlungsbedarf.“ So beruft sich das Deutsche Ärzteblatt auf diesen Bericht, um zu belegen, dass die Informationsbroschüre der Kooperationsgemeinschaft Mammographie „selbstverständlich zum Screening rät“, ohne jedoch eine entsprechende Stelle in der Broschüre zu zitieren.

Da ich für den G-BA, die Kooperationsgemeinschaft und die Deutsche Krebsgesellschaft Materialien erstellt und dafür Honorar erhalten habe, besteht ein Interessenkonflikt, der mich nach dem HTA-Bericht generell als ungeeignet einstuft, eine ausgewogene Information zu erstellen. Dies gilt auch für diesen Rundbrief, was Sie beim Lesen berücksichtigen sollten.

In der Bewertung orientiere ich mich an der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ (Klemperer et al. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 104 (2010) 66–68) und frage jeweils 12 Kriterien ab, die im Abschnitt III „Anforderungen“ aufgeführt sind. In einem Punkt folge ich der Quelle nicht ganz: Dort heißt es, dass Risikoreduktionen in absoluten Zahlen erfolgen sollte und die alleinige Darstellung einer relativen Risikoreduktion untauglich

ist. Bei einem Workshop zur „Informierten Entscheidung im Gesundheitswesen“ im Rahmen des Nationalen Krebsplans schien mir jedoch Konsens darüber zu bestehen, dass eine alleinige Darstellung der absoluten Risikoreduktion ebenso untauglich ist. Es sollte also sinngemäß weder heißen: „x Todesfälle von 100 Todesfällen werden verhindert“ (relative Risikoreduktion), noch „x Todesfälle bei 100 Untersuchten werden verhindert“ (absolute Risikoreduktion), sondern: „x Todesfälle von y Todesfällen bei 100 Untersuchten werden verhindert“ (kombinierte Risikoreduktion).

Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung

1. Hintergrund

Als der G-BA bestimmte, dass ab April 2008 der Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen bereits mit einer Teilnahme an einer Beratung genüge getan ist (siehe Krebsvorsorge aktuell 3.Q 2007), setzte er sich selbst unter Zugzwang. Denn die Beratung, die aufgrund einer Stichtagregelungen vorerst nur für die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung notwendig wurde, sollte auf der Grundlage von Merkblättern des G-BA erfolgen – und ausgerechnet für die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung gab es noch kein Merkblatt. Es wurde also ein Unterausschuss eingesetzt, der zügig ein Merkblatt erarbeiten sollte.

Der G-BA veröffentlichte das Merkblatt auf seiner Homepage im August 2008 (siehe Rundbrief Krebsvorsorge 7). Auf die Beratungspraxis dürfte dies jedoch bislang keinen Einfluss gehabt haben, da das Merkblatt nicht leicht zu finden war. So wurde in einer Übersichtstabelle über die Krebsfrüherkennungsangebote erst vor wenigen Wochen und erst auf meine Nachfrage hin ein Link zum Merkblatt eingerichtet. Nachdem das Merkblatt im Unterausschuss verabschiedet war, bekam das BMG zwei Monate Zeit, das Merkblatt zu prüfen, es legte Widerspruch ein, das Merkblatt wurde überarbeitet und das BMG bekam wieder zwei Monate Zeit, es abermals zu prüfen. Ungefähr ein Jahr später, im Juni 2009, konnte das Merkblatt dann in Druck gehen. Doch dafür war eine europaweite Ausschreibung notwendig. Im Mai 2010 war die Druckfrage schließlich geklärt und der G-BA schrieb alle KVen an, dass sie bei der Druckerei Exemplare des Merkblatts abrufen konnten.

Eine Nachfrage von mir bei der KBV und der KV Nordrhein im Juni 2010 ergab jedoch, dass beide nicht wussten, dass das Merkblatt bereits zur Verfügung stand. Die KV Nordrhein gab außerdem an, dass noch nicht entschieden ist, ob das Merkblatt den Frauenärzten gedruckt zur Verfügung gestellt oder nur der Link zum G-BA in einer KV-Publikation veröffentlicht werden soll.

Obwohl also seit mehr als zwei Jahren für 20-jährige Frauen de facto eine Beratungspflicht besteht, und seit fast zwei Jahren das vorgeschriebene Merkblatt fertig gestellt ist, wurde bislang in Deutschland vermutlich keine einzige Frau auf der Grundlage des Merkblatts beraten. Ich vermute, dass wie

eh und je vor dem ersten Pap–Abstrich zur Gebärmutterhalskrebs–Früherkennung gar keine Beratung stattfindet.

2. Bewertung

Im Folgenden soll das Merkblatt nach den Anforderungen der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ bewertet werden. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass bei mir ein Interessenkonflikt besteht, da ich als Sachverständiger des G–BA das Merkblatt geschrieben und mit verabschiedet habe.

2.1. Angemessene Literaturlauswertung

Wird erfüllt: Die kritischen Arbeiten von Raffle und anderen wurden berücksichtigt. Jedes Mitglied des Unterausschusses konnte Studien einbringen. Ein Problem ist, dass es zur Effektivität des Pap–Abstrichs als Screening–Maßnahme keine qualitativ hochwertige Studien gibt. Im Merkblatt werden keine Literaturhinweise gegeben, da dies für den angesprochenen Leserkreis entbehrlich schien.

2.2. Hinweise auf nicht ausreichende Evidenz

Wird teilweise erfüllt: Zur HPV–Impfung heißt es: „Geimpfte Mädchen haben später vermutlich ein deutlich geringeres Risiko an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken“. Die indirekte, also streng genommen nicht ausreichende Evidenz wird hier durch das „vermutlich“ ausgedrückt.

Zum Pap–Test heißt es: „Als der Test in Deutschland eingeführt wurde, starben noch doppelt so viele Frauen an dem Tumor wie heute. Dieser Rückgang ist wahrscheinlich zu einem Großteil das Verdienst der Früherkennung.“ Die indirekte Evidenz wird durch das „wahrscheinlich zu einem Großteil“ ausgedrückt.

Später heißt es jedoch unter „Was spricht für die Früherkennung?“: „Sie können sich mit dem regelmäßigen Pap–Test gut vor Gebärmutterhalskrebs schützen.“ Und „Der Pap–Test kann Ihr Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken und zu sterben, deutlich senken.“ Hier hätten die kategorischen Aussagen ebenfalls relativiert werden können, da es keine direkte, sondern nur indirekte Evidenz für den Nutzen gibt. Allerdings wird die Evidenz in Fachkreisen als so deutlich angesehen, dass es mir vertretbar erscheint, die Aussagen nicht einzuschränken.

2.3. Verständliche und relevante Formulierung

Wird erfüllt.

2.4. Einbeziehung von Nicht–Fachleuten

Wird erfüllt: An den Sitzungen nahm eine Patientenvertreterin teil.

2.5. Realistische Darstellung der Erkrankung

Wird erfüllt: Es wird bewusst keine Angst geschürt. So heißt es, dass nach einer anhaltenden Infektion mit Papillomviren „in seltenen Fällen Krebs entstehen“ kann. Die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs wird mit der Sterblichkeit an Brustkrebs und Krebs insgesamt verglichen.

2.6. Ausrichtung an relevanten Endpunkten

Wird erfüllt: Positive Endpunkte sind Tumorneuerkrankung, schonende Behandlung und Senkung der Sterblichkeit. Negative Endpunkte sind falsch positive und falsch negative Diagnosen, Überdiagnosen und -therapien, zu späte Diagnosen und Operationsrisiken.

2.7. Vergleich Wahrnehmung und Nicht-Wahrnehmung der Maßnahme

Wird erfüllt: In der Einleitung „Worum geht es?“ heißt es: „Ob Sie die Untersuchung tatsächlich machen lassen, ist Ihre persönliche Entscheidung und hat keinen Einfluss auf die spätere Zuzahlung. Die folgenden Informationen sollen es Ihnen leichter machen, sich für oder gegen die Untersuchung zu entscheiden.“ Welche Konsequenzen eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme hat, ergibt sich aus der Darstellung der Vor- und Nachteile.

2.8. Nutzbarkeit für den individuellen Patienten

Wird erfüllt: Die Patientin wird direkt angesprochen und es wird versucht, ihre Perspektive einzunehmen. Eine Aufstellung der bekannten Risikofaktoren ermöglicht eine individuelle Einschätzung, ob man besonders gefährdet oder besonders wenig gefährdet ist.

2.9. Nicht manipulative Aufbereitung

Wird erfüllt: Es wird explizit auf die freie Entscheidung der Patientin hingewiesen (siehe 2.7.). Es werden keine Sprachwendungen verwendet, die Angst schüren oder moralischen Druck erzeugen könnten.

2.10. Darstellung von Nutzen und Schaden

Wird erfüllt: Nutzen und Schaden sind klar benannt und in eigenen Kapiteln gegenüber gestellt: „Welche Risiken und Nebenwirkungen hat die Früherkennung?“ und „Was spricht für die Früherkennung?“ (siehe 2.7.)

2.11. Zahlennennung nur wenn möglich

Wird erfüllt: Es werden nur Zahlen verwendet, die belegt sind.

2.12. Kombinierte Risikoreduktion

Wird erfüllt: Da es keine verlässlichen Zahlen zur Risikoreduktion gibt, werden auch keine angegeben.

Von 12 Anforderungen der „Guten Praxis Patienteninformation“ erfüllt das Merkblatt nach meiner Einschätzung 11 ganz und eine zumindest teilweise. Man kann deshalb das Merkblatt als qualitativ hochwertiges Informationsmaterial ansehen. Ich möchte deshalb der Behauptung widersprechen, dass Betreiber von Screening-Angeboten aufgrund ihres Interessenkonfliktes keine qualitativ akzeptablen Informationsmaterialien erstellen können.

3. Fazit

Damit Patienten gut informiert werden, müssen drei Bedingungen erfüllt sein: Das Informationsmaterial muss gut sein, es muss zur Verfügung stehen und es muss auch verwendet werden. Wer eine gute Patienteninformation gewährleisten möchte, muss also dafür sorgen, dass alle drei Bedingungen erfüllt sind.

Seit knapp zwei Jahren gibt es ein Merkblatt des G-BA zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, das nach den Kriterien der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ als hochwertige Information angesehen werden kann. Die erste Bedingung für eine gute Patienteninformation ist also erfüllt. Woran es bislang jedoch mangelt, ist die Verfügbarkeit und die Verwendung des Merkblatts in der Praxis, obwohl alle Frauenärzte seit April 2008 ein Merkblatt als offizielle Patienteninformation zur Beratung von Frauen vor dem ersten Pap-Abstrich verwendet werden sollen.

Es sind hauptsächlich Verfahrensgründe wie Widerspruchsfristen und Ausschreibungsregeln dafür verantwortlich, dass das Merkblatt immer noch nicht in den Frauenarztpraxen angekommen ist. Es wäre also zu überlegen, ob solche Verfahren nicht beschleunigt werden können. Die schleppende Verbreitung liegt meiner Ansicht nach aber auch an dem fehlenden Nachdruck, mit dem das Merkblatt auf den Weg gebracht wird. Ich schließe daraus, dass nicht bei allen Beteiligten ein echtes Bedürfnis nach einer guten Patienteninformation besteht.

Wie förderlich ein wirkliches Interesse für die Verbreitung von Informationsmaterialien sein kann, zeigt die KBV mit ihrer kürzlich gestarteten Aktion „Vorsorge-Checker“: Die Aktion soll unter dem Motto „Prävention – Machen Sie mit“ die Bevölkerung zur Vorsorge explizit motivieren. Sie steht damit zwar im Widerspruch zur „Guten Praxis Gesundheitsinformation“, passt dafür aber besser zum Selbstbild des Arztes als kompetenter Entscheidungsinstanz und gewinnt und bindet obendrein Kunden. Diese Kampagne wird mit Nachdruck verfolgt: So ist sie auf den Internetseiten der KBV und der KVen prominent platziert. Auch schickt beispielsweise die KV Nordrhein jedem Arzt 50 gedruckte Faltblätter der Aktion Vorsorge-Checker. Bei Bedarf können auch mehr geordert werden.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment: Status quo Mammographie-Screening, 2009
http://eprints.hta.lbg.ac.at/863/1/HTA-Projektbericht_Nr.35.pdf

Leinmüller, Renate: Mammographie-Screening: Der Streit um den Nutzen geht in die nächste Runde, Dtsch Arztebl 2010; 107(15): A-698 / B-607 / C-599
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=74092>

Klemperer et al.: Gute Praxis Gesundheitsinformation, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 104 (2010) 66-68)

Gemeinsamer Bundesausschuss: Patienteninformation – Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs – Was Sie darüber wissen sollten, Juni 2009

<http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2633/2009-06-Merkblatt-Zervixkarzinom.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Der Vorsorge-Checker

<http://www.kbv.de/publikationen/26342.html>

Rundbrief Krebsvorsorge 21:
Patienteninformationen 1: Brustkrebs-Früherkennung
12.7.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Jahren wird beklagt, dass die Informationen über Krebsvorsorge einseitig und unvollständig sind und Menschen zur Teilnahme drängen. Ich gehe in einer kleinen Rundbrief-Serie der Frage nach, inwieweit heutige Informationsmaterialien zum Thema Krebsfrüherkennung den Anforderungen an gute Patienteninformation entsprechen. Dabei möchte ich mich auf Materialien beschränken, die von Institutionen erstellt wurden, denen man ein Interesse an einer hohen Teilnahmerate unterstellen darf, also von Programmbetreibern, dem G-BA, der Krebsgesellschaft und anderen.

In der Bewertung orientiere ich mich an der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ (Klemperer et al. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 104 (2010) 66–68) und frage jeweils 12 Kriterien ab, die im Abschnitt III „Anforderungen“ aufgeführt sind.

(Eine ausführlichere Einführung finden Sie im Rundbrief Krebsvorsorge 20)

Brustkrebs-Früherkennung

1. Hintergrund

Über die Materialien zur Brustkrebs-Früherkennung habe ich mehrfach und ausführlich berichtet (Rundbrief Krebsvorsorge 9, 15, 16, 17, 19). Die Ereignisse der letzte Zeit:

- Oktober 2008: Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und der Krebsinformationsdienst des DKFZ veröffentlichen die Broschüre „Früherkennung von Brustkrebs – Was Sie darüber wissen sollten“. Die Broschüre wird 2009 überarbeitet und in einer Auflage von 800.000 Stück gedruckt. Als neuer Herausgeber kommt die Deutsche Krebshilfe dazu.
- Januar 2010: Die Deutsche Krebshilfe überarbeitet ihre Broschüren zu Krebsfrüherkennung, auch zum Brustkrebs. Die Broschüren sollen explizit auch über Nutzen und Schaden informieren.
- Juni 2010: Die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und die AWMF veröffentlichen die Frauen-Leitlinie „Früherkennung von Brustkrebs – eine Entscheidungshilfe für Frauen“, die auf der S3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ basiert.
- Juli 2010: Der G-BA stellt sein überarbeitetes „Merkblatt Mammographie-Screening“ auf einer Pressekonferenz am 15. Juli um 16 Uhr in Berlin vor. Das Merkblatt wird eine Auflage von jährlich fünf Millionen haben und in Zukunft den Einladungen zum Screening beiliegen.

Falls Sie bei der Pressekonferenz im G-BA dabei sein möchten, wenden Sie sich bitte an Kristine Reis-Steinert (0 30-275838-173, kristine.reis-

steinert@g-ba.de). Ich nehme als Sachverständiger auch an der Pressekonferenz teil.

Alle erwähnten Publikationen verwenden die Kennzahlen Mammographie-Screening (siehe Rundbrief Krebsvorsorge 17), die an einem Zahlenbeispiel darstellen, welche Vor- und Nachteile Frauen von einer Teilnahme durchschnittlich zu erwarten haben.

2. Bewertung

In der Bewertung nach den Anforderungen der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ möchte ich mich auf das Merkblatt beschränken, da es die höchste Auflage hat und an die Frauen verschickt werden wird. Die anderen Materialien erwähne ich nur gelegentlich.

Ich möchte darauf hinweisen, dass bei mir ein Interessenkonflikt besteht, da ich die Kennzahlen Mammographie-Screening entwickelt sowie als Sachverständiger des G-BA das Merkblatt geschrieben und mitverabschiedet habe.

2.1. Angemessene Literaturlauswertung

Wird erfüllt: Die Literatur zu Vor- und Nachteilen des Mammographie-Screenings wurde umfassend berücksichtigt. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, nicht selektiv zu recherchieren, sondern verschiedene Studien, Interpretationen, laufende Programme und Modellrechnungen einzubeziehen. Darin unterscheidet sich das Merkblatt beispielsweise von der Darstellung auf der Internetseite des dem Max-Planck-Institut für Bildungsforschung angegliederten Harding Centers, das für sein Zahlenbeispiel lediglich zwei Quellen nennt, und zwar solche, die die Bilanz des Screenings besonders kritisch sehen. Im Merkblatt werden keine Literaturhinweise gegeben, da dies für den angesprochenen Leserkreis entbehrlich schien. Eine Dokumentation über die Herleitung der Kennzahlen steht auf der Internetseite der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zur Verfügung.

2.2. Hinweise auf nicht ausreichende Evidenz

Wird erfüllt: Es wird angesprochen, dass kein Konsens über die Bilanz besteht: „Die Mehrzahl der Fachleute geht davon aus, dass dieses Programm für Frauen, die daran teilnehmen, mehr Vorteile als Nachteile bietet“. Im bisherigen Merkblatt hieß es dagegen ohne Einschränkung: „Mit der regelmäßigen Teilnahme an diesem Programm erhöhen Sie daher Ihre Aussichten auf weniger eingreifende und belastende Behandlungsmethoden und eine dauerhafte Heilung.“

Das Zahlenmodell wird durch die Begriffe „Vorstellung“ und „in etwa“ relativiert: „... soll Ihnen eine konkrete Vorstellung davon geben, wie Vor- und Nachteile über das gesamte Programm in etwa statistisch verteilt sind.“ Allerdings formuliert die Broschüre der Kooperationsgemeinschaft Mammographie noch deutlich vorsichtiger: „Die Zahlen sollen Ihnen ein Gefühl

für die Größenordnung geben, in der sich die Vor- und Nachteile vermutlich bewegen.“

2.3. Verständliche und relevante Formulierung

Wird erfüllt: Gerade beim Merkblatt wurde Wert auf Verständlichkeit gelegt. So wurden statt Fachtermini wie „falsch-positive Befunde“ umgangssprachliche Begriffe verwendet.

Inwiefern die Kennzahlen verständlich und relevant sind, ist jedoch offenbar fraglich. So ergab ein Leserinnen-Test der wesentlich umfangreicheren Frauen-Leitlinie, die grundsätzlich positiv beurteilt wurde, dass die Kennzahlen nicht verstanden werden und deshalb auch keinen Erkenntnisgewinn bringen. Die Kennzahlen sind in der Frauen-Leitlinie als Diagramm dargestellt, in den anderen erwähnten Materialien jedoch in einen Text eingebettet. Allgemein wird eine konkrete Darstellung von Zahlen jedoch als sehr relevant angesehen, da sie Vor- und Nachteile vergleichbar macht. So heißt es in der Guten Praxis Gesundheitsinformation: „Die zahlenmäßige Darstellung von Wahrscheinlichkeiten ist sinnvoll, wenn sichere Daten vorliegen“. Deshalb wird die Anforderung der verständlichen und relevanten Formulierung an das gesamte Merkblatt als erfüllt angesehen.

2.4. Einbeziehung von Nicht-Fachleuten

Wird erfüllt: An den Sitzungen nahm eine Patientenvertreterin teil.

2.5. Realistische Darstellung der Erkrankung

Wird erfüllt: Es wird bewusst keine Angst geschürt.

2.6. Ausrichtung an relevanten Endpunkten

Wird erfüllt: Positive Endpunkte sind schonendere Behandlung und Senkung der Sterblichkeit. Negative Endpunkte sind falsch positive Diagnosen, Lead-Time-Bias sowie Überdiagnosen und -therapien. Im bisherigen Merkblatt werden Überdiagnosen und -therapien nicht erwähnt.

2.7. Vergleich Wahrnehmung und Nicht-Wahrnehmung der Maßnahme

Wird erfüllt: In der Einleitung „Worum geht es?“ heißt es: „Sie sollen sich mithilfe des Merkblatts selbst eine Meinung bilden, ob Sie die Einladung annehmen möchten.“ Welche Konsequenzen eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme hat, ergibt sich aus den Kennzahlen und der Darstellung der Vor- und Nachteile. Allerdings wird Teilnahme und Nichtteilnahme nicht explizit gegenüber gestellt.

2.8. Nutzbarkeit für den individuellen Patienten

Wird erfüllt: Die Patientin wird direkt angesprochen und es wird versucht, ihre Perspektive einzunehmen. Eine Aufstellung der bekannten Risikofaktoren ermöglicht eine individuelle Einschätzung, ob man besonders gefährdet oder besonders wenig gefährdet ist.

Das Merkblatt folgt dem 3-Ebenen-Kommunikationsmodell (siehe G+G, sowie Rundbrief Krebsvorsorge 13), das fordert, in der Kommunikation drei Ebenen zu unterscheiden: eine allgemein objektive Ebene (die Ergebnisse aus den Studien zum allgemeinen Nutzen und Schaden), eine individuell objektive Ebene (die persönlichen Risikofaktoren) und eine individuell

subjektive Ebene. Zur individuell subjektiven Ebene heißt es im Merkblatt: „Wichtig ist auch, dass Sie die Vor- und Nachteile ganz persönlich für sich bewerten, das heißt, ob Ihnen bestimmte Vor- und Nachteile besonders am Herzen liegen.“

2.9. Nicht manipulative Aufbereitung

Wird erfüllt: Es wird explizit auf die freie Entscheidung der Patientin hingewiesen. Es werden keine Sprachwendungen verwendet, die Angst schüren oder moralischen Druck erzeugen könnten.

2.10. Darstellung von Nutzen und Schaden

Wird erfüllt: Nutzen und Schaden sind klar benannt und in einem eigenen Kapitel gegenüber gestellt: „Welche Vor- und Nachteile gibt es?“

2.11. Zahlennennung nur wenn möglich

Wird erfüllt: Kein Früherkennungsangebot ist so gut untersucht wie das Mammographie-Screening. Zwar lassen die Studien Raum für Interpretationen, aber deswegen auf eine Nennung von Zahlen zu verzichten, wäre übertrieben. Mir ist auch niemand bekannt, der das fordert. Die Kennzahlen beruhen auf einer breiten Literaturlauswertung und wurden von etlichen Experten und Gremien überprüft und in andere Publikationen übernommen. Allerdings gibt es auch Widerspruch von manchen Experten, die beispielsweise Zahlen aus laufenden Programmen nicht akzeptieren.

2.12. Kombinierte Risikoreduktion

Wird erfüllt: Die Kennzahlen geben dezidiert an, wie viele Frauen von 200 Untersuchten in 20 Jahren mit welchen Konsequenzen zu rechnen haben.

Von 12 Anforderungen der „Guten Praxis Patienteninformation“ befolgt das Merkblatt nach meiner Einschätzung alle 12 immerhin soweit, dass sie trotz gewisser Einschränkungen insgesamt als erfüllt angesehen werden können. Meiner Ansicht nach kann man das Merkblatt deshalb als qualitativ hochwertiges Informationsmaterial bezeichnen.

Allerdings teilen nicht alle Experten diese Einschätzung. Den nicht fehlenden Konsens über die Kennzahlen habe ich bereits erwähnt. Darüber hinaus fand eine mehrseitige Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 8.10.2010 „weiteres Verbesserungspotenzial“. Im Fazit heißt es: „... damit verfehlt das Merkblatt heutige Minimalansprüche an Aufklärungsmaterial über Screeningmaßnahmen“ und es wird angemahnt, das Merkblatt „sollte nicht den Charakter einer Werbebroschüre annehmen“. Die Stellungnahme kritisiert vor allem die Risikokommunikation. Hier wird zum Beispiel die Einbeziehung des Cochrane-Reviews von Götzsche gefordert, die jedoch sowohl in den Kennzahlen erfolgt ist, als auch in der Formulierung, dass die „Mehrheit“ der Fachleute (also nicht alle) von einer positiven Bilanz überzeugt sind. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass statt „falsch-positiv“ der „verharmlosende“ Begriff „Entwarnung“ verwendet wird. Auf Fachtermini wurde bewusst verzichtet, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Statt „Entwarnung“ hätte aber tatsächlich vielleicht besser „Fehlalarm“ verwendet werden sollen. Ferner heißt es im Fazit: „Klare Aussagen zur Häufigkeit falsch negativer und falsch

Christian Weymayr, Einwurf: Der Nutzen der Vorsorge ist längst als Mythos entlarvt, Gesundheit und Gesellschaft Ausgabe 11/09, 12. Jahrgang
http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/mediathek/gg/gg_einwurf_02_10.pdf

Stellungnahme BÄK
<http://www.christian-weymayr.de/krebsvorsorge.html/stellungnahmebaek.pdf>

Leinmüller, Renate: Mammographie-Screening: Der Streit um den Nutzen geht in die nächste Runde, Dtsch Arztebl 2010; 107(15): A-698 / B-607 / C-599
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=74092>

Rundbrief Krebsvorsorge 22:
Die Auswirkungen von Übertherapien
28.09.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den vergangenen Tagen erschienen einige Arbeiten zu den Auswirkungen von Brustkrebstherapien. Jede behandelte Frau muss mit solchen Folgen rechnen, also auch Frauen, deren im Screening gefundener Tumor ohne Screening niemals auffällig geworden wäre und somit eine Überdiagnose und in der Folge eine Übertherapie darstellt. Die Ergebnisse können demnach dazu dienen, den in den Informationsmaterialien verwendeten Begriff „Überdiagnose“ für Frauen, die für sich die Vor- und Nachteile einer Screening-Teilnahme abwägen, etwas konkreter zu machen.

Was sind Überdiagnosen und Übertherapien?

Überdiagnosen und falsch-positive Befunde werden leicht verwechselt oder fälschlich synonym verwendet. Gemeinsam ist ihnen, dass der Screening-Test positiv ausfällt, einen Verdacht ergibt. Wird der Verdacht in einer Abklärungsuntersuchung dann nicht bestätigt, war es ein falsch-positiver Befund oder Fehlalarm. Bestätigt sich der Verdacht, war es ein richtig-positiver Befund. Ein richtig-positiver Befund wird dann als Überdiagnose bezeichnet, wenn die Krankheit auch weiterhin keine Beschwerden verursacht hätte.

Mit der Diagnose wird aus einem Menschen, der sich eben noch gesund gefühlt hat, ein Patient, der nun mit dem Wissen um seine Krankheit und mit den körperlichen Belastungen der Behandlung umgehen muss. Dieser mitunter tiefe Lebenschnitt ist nur dann akzeptabel, wenn die Konsequenzen aus einer frühen Behandlung am Ende vorteilhafter sind als die Konsequenzen aus einer späten Behandlung.

Die Annahme, dass durch die frühe Behandlung unter dem Strich ein Nettonutzen für die Patienten herauskommt, setzt jedoch voraus, dass die im Screening entdeckten Vor- oder Frühstadien sich mit Sicherheit zu der Krankheit weiter entwickeln würden, die man verhindern oder erfolgreich behandeln möchte. Diese Sicherheit gibt es aber aus mehreren Gründen nicht:

- Auch bei normaler Entwicklung der Krankheit kann der Mensch vor Ausbruch der Symptome an etwas anderem sterben. Das betrifft vor allem ältere Patienten und Krankheiten, die ohnehin langsam fortschreiten, wie der Prostata- und Darmkrebs.
- Da Therapiemaßnahmen darauf abzielen, jeden Patienten zu retten, richten sie sich nicht nach dem durchschnittlichen Krankheitsverlauf, sondern nach dem Worst-Case-Szenario. Alle Krankheiten, die die nächste Stufe der Entwicklung langsamer oder gar nicht erreichen, werden also übertherapiert. Dies trifft etwa auf 99 von 100 Zellveränderungen am Gebärmutterhals zu, von denen sich nur eine zu einem tödlichen Krebs weiter entwickelt.

- Dem Organismus kann es von sich aus gelingen, die Krankheit zu besiegen. Spektakuläre Fälle von Spontanheilungen zeigen, dass selbst weit fortgeschrittene Krankheiten geheilt werden können.

In all diese Fällen wäre die Diagnose der Krankheit eine Überdiagnose: Die Krankheit wäre ohne Screening nie auffällig geworden und der Patient hätte sich weiter gesund gefühlt. Das Problem ist, dass man weder vorhersagen kann, welche Vor- oder Frühformen sich bedrohlich weiter entwickeln werden, noch im Nachhinein weiß, welche Vor- oder Frühformen sich weiter entwickelt hätten. Auch die wissenschaftlichen Verfahren, mit denen sich andere Screening-Parameter, wie falsch-positive Befunde und verhinderte Todesfälle, mehr oder weniger exakt ermittelt werden können, helfen hier nicht weiter. So schwanken die Angaben über den Anteil der Überdiagnosen etwa beim Brustkrebs-Screening um den Faktor zehn – so viel Interpretationsspielraum lassen die Abschätzungen aus Modellrechnungen und Neuerkrankungsverläufen zu.

Ich möchte auf diese Zahlendiskussion hier nicht weiter eingehen (siehe dazu den Artikel von Klaus Koch und mir im Onkologen). Mir geht es vielmehr um die Auswirkungen, die das Wissen um die Krankheit und die Behandlungen mit sich bringen.

Wie wirken sich Brustkrebstherapien aus?

- Auf das Sexualleben: Eine Studie mit 1700 Brustkrebspatientinnen unter 70 Jahren, die in einer festen Beziehung leben, ergab folgendes Ergebnis: Zwei Jahre nach Beginn der Therapie klagten 70 Prozent aller Frauen über sexuelle Probleme. Da die Erkrankungen der Frauen zu diesem Zeitpunkt nicht aktiv waren, musste die Beeinträchtigung an der Therapie liegen. Vor der Diagnose waren noch 80 Prozent mit ihrem Sexualleben zufrieden gewesen. Die Probleme gingen vor allem auf Sorgen über das Aussehen und auf hormonelle Umstellungen durch die Therapie zurück.
- Auf den Partner: Einer dänischen Studie zufolge wurden von 20.000 männlichen Partnern von Brustkrebspatientinnen 180 wegen ernsthafter psychischer Erkrankungen stationär behandelt. In einer Vergleichsgruppe ohne Brustkrebserkrankung der Partnerin waren es 110 Männer. Das Deutsche Ärzteblatt zitiert den Autor der Studie mit der Einschätzung, dass diese 70 zusätzlich erkrankten Männer „nur die Spitze des Eisbergs“ seien, da die meisten psychischen Erkrankungen nicht zu einem Krankenhausaufenthalt führten. Er rät, die Partner von Brustkrebspatientinnen auf eine mögliche psychische Erkrankung hin zu screenen.
- Auf die Lebenserwartung: Um die körperlichen Einschränkungen durch eine Brustkrebstherapie zu bestimmen, ermittelten Wissenschaftler der University of California die körperliche Verfassung von 2202 Brustkrebspatientinnen durchschnittlich knapp zwei Jahre nach ihrer Behandlung und verfolgten danach ihre Entwicklung weitere neun Jahre lang. Die Untersuchung ergab, dass 39 Prozent der Frauen über mindestens eine körperliche Einschränkung

berichteten, bei Frauen über 65 waren es sogar 50 Prozent. Die körperlichen Einschränkungen hindern die Frauen beispielsweise daran, spazieren zu gehen, ohne Mühe vom Sessel aufzustehen oder schwere Einkaufstaschen zu tragen. Frauen mit solchen Einschränkungen der Beweglichkeit, der Kraft und der Geschicklichkeit starben nicht häufiger an Brustkrebs als Frauen ohne Einschränkungen, aber deutlich häufiger an anderen Erkrankungen. Die Autoren führen diese erhöhte Gesamtsterblichkeit darauf zurück, dass die Einschränkungen mit chronischen Entzündungen und verminderten Organfunktionen einhergehen könnten. Ein Schwachpunkt der Studie ist, dass die Frauen mit Brustkrebstherapien nicht mit Frauen ohne Brustkrebstherapie verglichen wurden. Da in der Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen übergewichtige und ältere Frauen überrepräsentiert waren, lässt sich nicht sagen, zu welchem Teil die verschiedenen Faktoren zur höheren Gesamtsterblichkeit beitragen.

- Auf das Gehirn: Seit längerem ist bekannt, dass sich Chemotherapie auf das Gehirn auswirkt. Jetzt zeigen Vergleichsaufnahmen der Gehirne von Frauen vor und ein Monat sowie ein Jahr nach einer Brustkrebstherapie, dass vor allem die Dichte der grauen Substanz abnimmt. Das ist der Bereich, in dem die Nervenzellkörper liegen. Dafür wurden 17 Brustkrebs-Patientinnen mit Operation und Chemotherapie, 12 Patientinnen mit Operation aber ohne Chemotherapie und 18 Frauen ohne Brustkrebs untersucht. Das Ergebnis liefert eine Erklärung für die Beobachtung, dass Frauen nach einer Chemotherapie Probleme mit dem Gedächtnis und mit Multitasking-Aufgaben haben. Ein Jahr nach der Therapie erholt sich die graue Masse offenbar wieder. Während die meisten Frauen nur leichte Einschränkungen hinnehmen müssen und weiterhin ihrer Arbeit, wenn auch mühsamer, nachgehen können, erholen sich einige Frauen, vor allem Frauen mittleren Alters, von den Auswirkungen der Therapie so schlecht, dass sie nicht mehr arbeiten können.

Dies sind nur einige Beispiele für die Auswirkungen einer Brustkrebstherapie. Sie wurden im Laufe von nur einer Woche veröffentlicht und ich habe nicht systematisch nach ihnen gesucht. Die Belastungen durch Überdiagnosen und Übertherapien sind demnach vermutlich noch weit größer und betreffen noch weit mehr Lebensbereiche, als ich hier dargestellt habe. Es ist deshalb sicher zu kurz gedacht, dass sich die durch eine Überdiagnose und -therapie verursachten Schäden auf die bloßen Nebenwirkungen der Therapie beschränken würden.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

Klaus Koch, Christian Weymayr: Kritik der Früherkennung, Onkologe 2008 · 14:181-188

EurekAlert: 70 percent of women likely to experience sexual problems after breast cancer, 23.9.2010

Deutsches Ärzteblatt: Brustkrebs: Psychische Belastung der Partner, 27.9.2010

EurekAlert: Physical limitations take a significant toll in breast cancer survivors, 24.9.2010

EurekAlert: IU researchers/ Chemotherapy alters brain tissue in breast cancer patients, 29.9.2010

Rundbrief Krebsvorsorge 23:
Schwerer Fall von Criticism Bias
22.11.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor wenigen Tagen erschien in der Mitteldeutschen Zeitung ein Artikel von Barbara Driessen mit dem Titel: „Nutzen der Mammographie wird überschätzt“.

Ich glaube nicht, dass der Nutzen immer noch überschätzt wird, zumindest nach dem, was ich im Bekanntenkreis höre und in den Medien lese. So gibt ein Nebensatz in einem Ärzteblatt-Blog („Mammographie ab 40?“ 18.11.) die Stimmung meiner Ansicht nach gut wieder: „Die Ansichten sind von Land zu Land verschieden. Während in Deutschland die Kritik zu überwiegen scheint, steht die Bevölkerung in Großbritannien dem Screening positiv gegenüber. ...“ Diese „überwiegende Kritik“ treibt mittlerweile kuriose Blüten, wie der Artikel von Driessen zeigt.

Driessen beruft sich auf die bereits im August 2009 veröffentlichte europaweite Untersuchung zur Einschätzung des Mammographienutzens mit besagtem Ergebnis, dass der Nutzen überschätzt wird. Die Max-Planck-Forscher um Gerd Gigerenzer forderten als Konsequenz aus der Studie einmal mehr, dass Journalisten die absoluten und nicht die relativen Zahlen verwenden sollten, wenn sie den Nutzen einer Maßnahme angeben.

Doch das ist nicht so trivial, wie es sich anhört. So wäre es falsch, „relativ“ mit „Prozent“-Zahlen gleichzusetzen. Denn statt „x Prozent“ dann „x von Hundert“ zu sagen, ändert nichts an der Grundaussage. „Absolut“ meint vielmehr, die Zahlen in einen größeren Kontext zu stellen. Auf die Mammographie bezogen heißt das: Statt die Mortalitätsreduktion, wie in Fachpublikationen üblich, auf die Gesamtzahl der Todesfälle zu beziehen, sollten Journalisten die Mortalitätsreduktion auf die Zahl der Mammographieteilnehmer beziehen. So wird aus einer beachtlichen Reduktion von 10 bis 30 von 100 (Todesfällen) eine vermeintlich marginale von 1 bis 5 von 1000 (Teilnehmern pro 10 Jahre)*.

Die Journalistin Barbara Driessen schreibt: „Von 1.000 Frauen, die nicht am Mammografie-Screening teilgenommen haben, sterben in einem Zeitraum von zehn Jahren fünf an Brustkrebs. In der Gruppe derjenigen, die regelmäßig zur Mammografie gehen, sterben vier von 1.000 – also nur eine weniger. Das Screening rettet damit bundesweit nur etwa 17 von den 17.000, die jedes Jahr an dieser für Frauen häufigsten Krebserkrankung sterben.“ Für 17 gerettete Frauen der Aufwand eines millionenschweren Programms? Dass bei dieser absurd niedrigen Zahl weder die Journalistin selbst noch sonst jemand vor Drucklegung stutzig geworden ist, finde ich ebenso erschütternd wie die weite Verbreitung absurd hoher Erwartungen, die Gigerenzer und seine Kollegen ermittelten.

Wie kam es zu Driessens Missverständnis? Da „17.000“ die Bezugsgröße „Todesfälle“ darstellt, hebt Driessen auf den relativen Nutzen ab, den sie mit einer von fünf, also 20 Prozent angibt, der also auf die 17.000 Todesfälle bezogen 3.400 lauten müsste. Sie verwechselt jedoch an dieser Stelle die Bezugsrahmen und setzt Todesfälle mit Teilnehmern gleich. So wird am Ende der Nutzen um den Faktor 200 UNTERSchätzt.

Einen weiteren Beleg für ihre Voreingenommenheit, die ich „Criticism-Bias“ nennen möchte, liefert die Autorin gleich darauf mit einer selektiven Zitierweise. Sie schreibt: „Die Stiftung Warentest hat die wichtigsten derzeit in Deutschland angebotenen Tests zur Krebsfrüherkennung geprüft. Sie stuft die Mammografie nur für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren als geeignete Vorsorgemaßnahme ein: In anderen Altersgruppen sei die Treffsicherheit zu niedrig.“

Dass die Stiftung Warentest zitiert wird, ist an sich sehr begrüßenswert, doch wenn es so selektiv geschieht, wird eine Fehlinformation daraus: Der Artikel betont die zu niedrige Treffsicherheit bei Frauen unter 50 und über 70, die jedoch für das Screening gar nicht relevant ist, sondern vielmehr der Grund dafür, dass das Screening auf Frauen zwischen 50 und 70 beschränkt ist. Unterschlagen wird auch, dass in dem Stiftung Warentest-Buch von Klaus Koch, das Driessen offenbar meint, die Screening-Mammographie als einzige Früherkennungsmaßnahme die best mögliche Beurteilung „geeignet“ bekommt, die definiert wird als: „Der Nutzen des Tests ist mit hoher Zuverlässigkeit belegt und es besteht nur ein geringes Risiko“. Selbst Gebärmutterhals- und Darmkrebsfrüherkennung bekommen nur ein „mit Einschränkung geeignet“. Alle anderen Verfahren werden mit „wenig geeignet“ oder „nicht geeignet“ bewertet.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Nachtrag:

Ein Abonnent meines Rundbriefs machte mich darauf aufmerksam, dass der Text von Barbara Driessen mittlerweile auch auf anderen Seiten erschienen ist, teils wörtlich, wie unter "welt.de", teils als eigener Text, teils nur noch als Meldung. Die 17 geretteten Frauen hat dabei keiner hinterfragt, im Gegenteil: Die Zahl wurde eher in den Mittelpunkt gerückt und als Beleg angesehen, dass "ein Mammographie-Screening fast gar nichts nützt", oder "kaum Todesfälle verhindert" oder "fast keinen Nutzen hat". Ein Meldungsschreiber war von dieser Botschaft offenbar so überzeugt, dass er sogar die richtigen Zahlen, nämlich die Reduzierung von 5 auf 4 Todesfälle, als "fast nicht existenten Unterschied" bezeichnete. Zum welt.de-Text gab es bislang 11 Kommentare, von denen immerhin 5 auf den Fehler hinwiesen. Die anderen Kommentare sahen sich dagegen in ihrer Abneigung bestätigt.

Hier die Links:

<http://www.welt.de/gesundheit/article11051494/Nutzen-der-Mammografie-deutlich-ueberschaetzt.html>,
<http://www.cecuc.de/gesundheit-nachrichten+M5e6cbab3797.html>,
<http://www.heute-gesund-leben.de/gesundheit/mammographie-nutzt-nur-wenig-2952.html> und <http://www.shortnews.de/id/862327/Mammografie-Vorsorgeuntersuchung-hat-fast-keinen-Nutzen>.

Nachtrag 2:

Weil in der Diskussion mit einem weiteren Abonnenten die Frage aufkam, wie realistisch die 3.400 verhinderten Brustkrebstodesfälle sind, möchte ich noch nachtragen, dass die Zahl NICHT realistisch ist.

Mehrere Aspekte spielen dabei eine Rolle: So treten die 17.000 Todesfälle nicht in einer Mammographie-freien Population auf, da bereits durch das graue Screening und die ersten Anfänge des Screeningprogramms Todesfälle verhindert worden sind. Wichtiger aber sind zwei andere Aspekte.

1. Die Altersverteilung: Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2009 in Deutschland 17.046 Frauen an Brustkrebs. Davon waren 1.381 (8,1%) jünger als 50 Jahre, 5.905 (34,7%) zwischen 50 und 70 Jahren und 9.760 (57,2%) über 70 Jahre. Das heißt, dass nur gut ein Drittel der Brustkrebstodesfälle durch das Screening-Programm verhindert werden kann.

2. Die Teilnahmerate: Derzeit nehmen etwa die Hälfte aller Frauen am Screening teil.

Beide Aspekte zusammen bedeuten, dass aktuell etwa 18% aller Brustkrebstodesfälle verhindert werden können, also etwa 3000.

Fazit: Bei einer relativen Mortalitätsreduktion von 20% werden also derzeit vermutlich 600 Brustkrebstodesfälle verhindert. Würden alle Frauen teilnehmen, und würde die relative Mortalitätsreduktion 30% betragen, könnten 1800 Brustkrebstodesfälle verhindert werden.

<http://www.gbe-bund.de>, Suchbegriff: Todesursachenstatistik

*Anmerkung:

Dass die Angaben 10 bis 30 von 100 und 1 bis 5 von 1000 nicht übereinstimmen, liegt daran, dass je nach Autor verschiedene Grundmortalitäten angenommen werden, so dass die relative und absolute Mortalitätsreduktion getrennt voneinander betrachtet werden müssen. Die genannten Zahlen geben die Spanne wieder, in der sich die Zahlen aus einschlägigen Quellen bewegen.

Quellen:

Barbara Driessen: Krebs-Vorsorge: Nutzen der Mammografie wird überschätzt, MZ 18.11.2010

<http://www.mz-web.de/servlet/ContentServer?pagename=ksta/page&atype=ksArtikel&aid=1290063367607>

Deutsches Ärzteblatt Blog: Mammographie ab 40?, 18.11.2010
http://www.aerzteblatt.de/blogs/43573/Mammographie_ab_40.htm

Gigerenzer Gerd et al: Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe, JNCI Vol. 101, Issue 17 | September 2, 2009, DOI 10.1093/jnci/djp237
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/101/17/1216.full?sid=b05f6cd8-bf67-4951-9c19-1a4fc4c96243>

Klaus Koch: Untersuchungen zur Früherkennung – Krebs, Stiftung Warentest, 2005
http://www.amazon.de/Untersuchungen-zur-Früherkennung-Nutzen-Risiken/dp/3937880070/ref=pd_sim_b_1

Rundbrief Krebsvorsorge 24:
Fingerzeig für Urologen
2.12.2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn der Blick auf den Schnee nicht mit hoher Evidenz darauf hinweisen würde, dass gerade Winter ist, könnte man diese Nachricht für einen Aprilscherz halten: Aus dem Verhältnis der Längen von Ring- und Zeigefinger lässt sich auf das Prostatakrebsrisiko eines Mannes schließen, wie ein Artikel im British Journal of Cancer offenbart. Die Autoren des Artikels, Forscher der University of Warwick und des Institute of Cancer Research, verglichen die Fingerlängen von 1500 Prostatakrebs-Patienten mit denen von 3000 gesunden Kontrollen und stellten fest: Wenn der Zeigefinger der rechten Hand länger als der Ringfinger ist, ist das relative Prostatakrebsrisiko um 33 Prozent vermindert, bei Männern unter 60 Jahren sogar um 87 Prozent.

Eine mögliche Erklärung für diesen Fingerzeig der Natur: Hohe Testosteronwerte begünstigen nicht nur eine spätere Krebsentstehung, sondern legen auch die Fingerlängen fest. Eine Clusterung der Merkmale Fingerlänge und Prostatakrebsrisiko ist demnach durchaus plausibel und gemessen an der Größe des Effektes auch geeignet, mit in die Abschätzung des Krebsrisikos einzufließen.

Dieses Risiko wiederum hat einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen einen PSA-Test zur Krebsfrüherkennung, umso mehr, als dessen Bilanz heikel ist. So schließt die erst im September 2009 erschienene S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom aus den Ergebnissen der großen Studie ERSPC und PLCO (siehe Rundbrief Krebsvorsorge 12), dass „der gesicherte Nachweis für eine Verlängerung des krankheitsspezifischen Überlebens bei Patienten mit oder ohne Screeninguntersuchungen aussteht“ und Ärzte ihre Patienten deshalb umfassend aufklären sollen.

Im Kapitel „Risikofaktoren“ gibt die Leitlinie zwei Empfehlungen: Männer sollten darauf hingewiesen werden, dass das Alter der wichtigste Risikofaktor ist und dass sie, wenn ihr Vater oder Bruder am Prostatakarzinom erkrankt sind, ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko haben. Bei einem Update der Leitlinie wäre zu überlegen, ob eine weitere Empfehlung aufgenommen werden soll: Der beratende Arzt möge den Männern auch aus der Hand lesen.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

A A Rahman et al.: Hand pattern indicates prostate cancer risk, British Journal of Cancer , (30 November 2010) doi:10.1038/sj.bjc.6605986
<http://www.nature.com/bjc/journal/vaop/ncurrent/full/6605986a.html>

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, 2009
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/043-022.pdf>

Rundbrief Krebsvorsorge 25:
Weißbach: „Krebsfrüherkennung soll IGeL sein“
22.03.2011

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

meines Wissen hat zum Thema Krebsfrüherkennung noch keiner so radikale Forderungen gestellt, wie jetzt drei Experten in der Fachzeitschrift „Der Onkologe“: Alle Angebote zur Krebsfrüherkennung sollen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen und nur noch als IGeL angeboten werden. Die Autoren sind der Urologe Lothar Weißbach, ehemaliger Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft und jetzt aktiv für die Stiftung Männergesundheit, Corinna Schaefer von ÄZQ und Hans-Hermann Dubben vom Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg. Sie beschreiben in ihrem Artikel „Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt“ Nutzen und Schaden der einzelnen Krebsfrüherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen sowie des PSA-Screenings und kommen zu dem Schluss, dass der Nutzen entweder nicht oder nur schwach belegt, der Schaden dagegen evident ist. Ergo: Es gibt keine Berechtigung für einen Verbleib in der GKV.

Wem nutzt die Früherkennung dann, wie die Autoren fragen? Den Patienten offenbar nicht. Und der Solidargemeinschaft auch nicht, denn selbst wenn Schaefer et al. einen Nutzen annehmen, übersteigen die Kosten der Früherkennung die Einsparungen durch verhinderte oder rechtzeitig behandelte Krebsfälle um das fünffache. Die 950 Millionen Euro, die die GKV jährlich für die Krebsfrüherkennung aufwendet, kommt vielmehr dem Gesundheitsmarkt zugute, oder genauer gesagt: dem Teil, der sich um die Gesundheit der Frauen kümmert, denn durch Mammographie und Pap-Abstrich bekommen Frauen vom Früherkennungskuchen viermal so viel ab wie die Männer – was dann im Gesamtbudget für die medizinische Behandlung beider Geschlechter fehlt.

Das wurmt Männeraktivist Weißbach, was an manchen Stellen deutlich wird: „Die Solidargemeinschaft handhabt die bislang existierenden KFU unterschiedlich, was nach genauer Betrachtung der vorhandenen Evidenz nicht nachvollziehbar ist.“ Im Klartext: Wenn schon den Männern der PSA-Test hartnäckig verweigert wird, sollen auch die Frauen ihre Untersuchungen selber zahlen.

Indem die Autoren die Nutzen- und Schadenevidenzen für den PSA-Test und die GKV-Angebote gleich setzen – unklarer kleiner Nutzen, klarer großer Schaden – beziehen sie eine fachliche Extremposition. Denn wenn man etwa die Positionen der USPSTF, den European Cancer Code, des GBA und der Stiftung Warentest als Beispiele für die in der Fachwelt überwiegend verbreitete Einschätzung nehmen möchte, zeigen sich entscheidende Unterschiede zwischen den Untersuchungen. Grob lässt sich zusammenfassen: Ein Nutzen kann für Mammographie, Koloskopie und Pap-Abstrich als belegt gelten, auch wenn Größe und Evidenzgrad unterschiedlich

sind: Bei der Mammographie ist der Nutzen verhältnismäßig klein, aber in diversen Studien und Reviews bestätigt. Der Nutzen von Koloskopie und Pap-Abstrich ist dagegen relativ groß, aber nur indirekt belegt. Der PSA-Test wird dagegen von keiner der Institutionen als Screening-Maßnahme empfohlen, denn sein Nutzen ist relativ klein UND schwach belegt.

Natürlich lässt sich die Forderung von Schaefer et al. damit begründen, dass die Abwägung zwischen Nutzen und Schaden nicht überzeugend genug ausfällt, um so aufwändige Angebote zu Lasten der Gemeinschaft zu rechtfertigen. Hier sind die Grenzen zwischen den einzelnen Früherkennungsverfahren unscharf. Denn was heißt: „nicht überzeugend genug“? Wer entscheidet das? Es gibt dafür – und das ist ein Dilemma – keine objektiven Kriterien. Verhinderte Todesfälle (der Hauptnutzen) und unnötig behandelte Menschen (der Hauptschaden) fallen schließlich nicht in dieselbe Kategorie und lassen sich deshalb nicht gegeneinander aufrechnen. Eine Abwägung zwischen beiden ist also keine wissenschaftliche, sondern eine Werte-Entscheidung. So schreibt die USPSTF in ihrem Methodenpapier explizit, dass es für diese Abwägung keine Algorithmen geben kann und dass sie die Abwägung deshalb danach trifft, wie sie glaubt, dass die Mehrheit der Bürger abwägen würde.

Schaefer et al. begründen ihre Abwägung dagegen damit, dass 1. der Schaden besser belegt ist als der Nutzen und 2. damit stärker ins Gewicht fällt. Beides ist meiner Ansicht nach nicht richtig. Zum einen lässt sich gerade der gravierendste Schaden, die Überdiagnosen, nicht in RCTs untersuchen. Die Methoden zur Ermittlung der Überdiagnosen haben deshalb zwangsläufig eine niedrigere Evidenz als die RCTs, in denen sich eine Mortalitätsreduktion ermitteln lässt. Zum zweiten ist eine objektive Abwägung nicht möglich, siehe oben.

Ein weiteres Argument, das gegen die Forderung von Schaefer et al. sprechen könnte, ist die höhere Qualität von Information, Untersuchung und Auswertung in kontrollierten Programmen. So wurde das Mammographiescreening-Programm gerade nach der Erfahrung mit der schlechten Qualität des grauen Screenings eingeführt. Auch für die Koloskopie und den Pap-Abstrich werden international qualitätskontrollierte Programme gefordert. Hier folge ich jedoch dem Argument Weißbachs (persönliche Mitteilung), der per se kein Argument dafür sieht, dass eine strikte Qualitätskontrolle an GKV-finanzierte Programme gebunden sein muss.

Die Diskussion um Nutzen und Schaden der Früherkennungsangebote, gerade weil sie sich an überwiegend Gesunde richten, ist notwendig und sie wird es auch bleiben. Der Vorschlag, alle Angebote aus der GKV herauszunehmen, so provokativ er klingen mag, ist legitim und sollte unbedingt diskutiert werden.

Auch wenn man nicht zu dem Schluss kommt, alle Angebote zu streichen, könnten die Diskussionen unmittelbar zwei positive Auswirkungen haben:

1. Es werden zumindest diejenigen Angebote gestrichen, deren Nutzen gar nicht belegt ist, wie das Abtasten von Prostata und Brust. Diese Maßnahmen aus dem GKV-Katalog zu nehmen, ist längst überfällig, finde ich. 2. Und es könnte zu einer differenzierteren Ausgestaltung der Angebote kommen. So ist beispielsweise die Nutzen-Schaden-Bilanz eines jährlichen Pap-Abstrichs für eine (rechtzeitig) gegen HPV geimpfte Frau deutlich schlechter als die Bilanz für eine nicht geimpfte Frau. Es wäre in meinen Augen ein sinnvolles Modell, Frauen die Wahl zwischen Impfung und Pap-Abstrich zu lassen, aber nicht beides als GKV-Leistung anzubieten.

Viele Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

C. Schaefer, H.H. Dubben, L. Weißbach: Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt; Der Onkologe 2011/ 17:220-234; DOI 10.1007/s00761-010-1994-4
<http://www.springerlink.com/content/491qq6hm81211010/>

Da der Text nicht frei zugänglich ist, zitiere ich hier das „Fazit für die Praxis“ im Wortlaut, das die wesentlichen Punkte des Artikels zusammenfasst:

- „• Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten gemäß den Anforderungen der WHO ein belegtes höheres Nutzen- als Schadenspotenzial haben.
- Die derzeit verfügbaren Daten über Nutzen und Risiken bei Mammakarzinom-, Prostatakarzinom- und Kolonkarzinomscreening zeigen, dass Überdiagnosen sehr viel häufiger sind als verhinderte Krebstodesfälle. Dabei ist die Zahl der Überdiagnosen statistisch sicherer bestimmt, ganz einfach weil sie häufiger sind als die verhinderten Krebstodesfälle.
 - Eine screeningbedingte Veränderung der Gesamtmortalität wurde nicht beobachtet.
 - Aufgrund methodischer Mängel und statistischer Anfälligkeit lässt sich mit den vorhandenen Studien nicht belegen, ob der potenzielle Nutzen der Krebsfrüherkennung den potenziellen Schaden überwiegt.
 - Derzeit wird überwiegend unzureichend und unausgewogen positiv über Krebsfrüherkennung informiert. Da für die Leistungserbringer Krebsfrüherkennung mit einem u. U. beträchtlichen finanziellen Interesse verbunden ist, sollte eine neutrale und idealerweise zentrale Einrichtung, an der Experten verschiedener Professionen beteiligt sind (Mediziner, Epidemiologen, Statistiker, Journalisten) Informationen zuverlässig, qualitätsgesichert und an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet zur Verfügung stellen.
 - Aufgrund der nicht belastbaren Datenlage sollten KFU individuelle Gesundheitsleistungen sein.

Rundbrief Krebsvorsorge 26:
Patienteninformationen 3: Darmkrebs-Früherkennung
5.6.2011

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Jahren wird beklagt, dass die Informationen über Krebsvorsorge einseitig und unvollständig sind und Menschen zur Teilnahme drängen. Ich gehe in einer kleinen Rundbrief-Serie der Frage nach, inwieweit heutige Informationsmaterialien zum Thema Krebsfrüherkennung den Anforderungen an gute Patienteninformation entsprechen.

Aus aktuellem Anlass möchte ich im heutigen Rundbrief nicht so vorgehen wie in den Rundbriefen 20 und 21, in denen ich bereits die GBA-Merkblätter zu Gebärmutterhalskrebs- und Brustkrebs-Früherkennung nach den Kriterien der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ bewertet habe. Der aktuelle Anlass ist ein Artikel von Anke Steckelberg, Burkhard Haastert und Ingrid Mühlhauser im BMJ mit dem Titel: Effect of evidence based risk information on „informed choice“ in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. Die Autoren beklagen einmal mehr den Mangel an ausgewogener Informationsmaterialien: „Although policies in Germany and elsewhere increasingly assert that participation in screening should reflect “informed choice,” this change in approach has not yet been translated into practice.“

In dem Artikel stellen Steckelberg et al. eine Studie vor, die die Auswirkungen einer „evidenz-basierten“ Information versus einer „Standard“-Information untersucht. Ergebnis: Probanden, die eine „evidenz-basierte“ Information bekommen, wissen mehr und treffen eher eine informierte Entscheidung, aber beide Gruppen stehen dem Screening gleich positiv gegenüber und nehmen es auch gleich oft wahr.

Die Studie im Detail:

Die Hälfte der insgesamt gut 1500 Teilnehmer bekam die 38-seitige Broschüre „Darmkrebs Screening“ von Steckelberg und Mühlhauser geschickt („SM-Gruppe“). Die Autoren bezeichnen ihre Broschüre als „evidenz-basiert“ und implizieren damit, dass das andere Informationsmaterial nicht evidenz-basiert ist. Diese Unterscheidung ist nicht gerechtfertigt, da beide Materialien sich um Evidenz-Basierung bemühen, aber beide eine Botschaft transportieren, also nicht neutral oder „unbiased“ sind, wie es die Autoren selbst fordern. Die Botschaft besteht darin, dass die SM-Broschüre den Leser meinem Eindruck nach primär warnen möchte: So klärt sie schon im Einstiegskapitel über die „Trugschlüsse der Früherkennung“ auf, sie erwähnt nicht den eigentlichen Nutzen der Koloskopie, nämlich das Entfernen von Polypen und damit das Verhindern von Darmkrebs (in der aktuellen Fassung von 2011 ist dies geändert) und sie stellt den Schaden übertrieben dar („30 schweren Blutungen“ auf 10.000 Untersuchungen, in der aktuellen Fassung sind es nur noch „2 Blutungen“, statt „10 Darmdurchbrüchen“ sind es nur noch „3“).

Die andere Hälfte der Teilnehmer bekam als „Standard-Information“ das 8-seitige Faltblatt „Patienteninformation Darmkrebs-Früherkennung“ des GBA („GBA-Gruppe“). Anders als die SM-Broschüre möchte das Faltblatt den Leser nach meinem Eindruck primär motivieren: So stellt es die Schäden verharmlosend dar (das Risiko eine Perforation sei „geringer als 1:10.000, tatsächlich belegen die Zahlen des ZI eine Rate von 2 bis 3 auf 10.000) und es ist insgesamt in einem sehr motivierenden Tonfall geschrieben („Wichtig ist nur, dass Sie überhaupt die Chance ergreifen, ...“).

Nach sechs Wochen wurde mit Fragebögen das Wissen der Probanden getestet und nach sechs Monaten ihre Teilnahmebereitschaft abgefragt. Dabei zeigte sich: Etwa 50 Prozent der Probanden der SM-Gruppe verfügten über gutes Wissen und trafen eine informierte Entscheidung, in der GBA-Gruppe waren dies nur etwa 15 Prozent. Dieses Ergebnis kann nicht wirklich überraschen: Denn von den 8 Multiple-Choice-Fragen, mit denen das Wissen der Probanden getestet wurde, setzen 6 Fragen Informationen voraus, die nur in der SM-Broschüre, nicht aber im GBA-Faltblatt gegeben wurden. Erstaunlich ist also nicht der deutliche Unterschied der beiden Gruppen, sondern höchstens, dass nur die Hälfte der SM-Gruppe über „gutes Wissen“ verfügte. Das ist umso erstaunlicher, als einem Probanden bereits „gutes Wissen“ bescheinigt wurde, wenn er nur 4 der 8 Fragen richtig beantworten konnte.

In beiden Gruppen haben etwa 95 Prozent der Probanden eine positive Einstellung zum Darmkrebs-Screening, und gut 70 Prozent nehmen daran teil oder haben es zumindest vor. Dieses Ergebnis widerspricht der plausiblen Annahme, dass ein ausführliches, eher warnendes Informationsmaterial die Haltung der Leser negativ beeinflusst und sie eher abhält, zum Screening zu gehen. Manche bisherige Studien haben diese Annahme bestätigt, andere haben sie nicht bestätigt. Die Untersuchung von Steckelberg et al. zeigt jetzt eindrücklich, dass weder Ausführlichkeit noch Grundhaltung eines Informationsmaterials einen Einfluss auf die Haltung und Entscheidung der Leser haben. Eine wichtige Einschränkung: Dieses Ergebnis trifft zumindest beim Thema Darmkrebs-Screening zu, beim Brustkrebs- und Prostatakrebs-Screening, bei denen Schaden und Nutzen anders bewertet und die von den Medien wesentlich kritischer gesehen werden, mag dies anders sein.

Was folgt aus der Arbeit von Steckelberg et al.? Wenn Umfang und Intention von Informationsmaterialien zwar die Basis einer Entscheidung beeinflussen, aber nicht die Entscheidung selbst, welchen Nutzen haben dann die Bemühungen um eine „informierte Entscheidung“? Die Autoren sehen das bloße Wissen und die daraus abgeleitete informierte Entscheidung bereits als ausreichenden Nutzen an, indem sie sich auf das „ethische Recht von Konsumenten auf evidenz-basierte Informationen und informierte Entscheidungen“ berufen.

Aber hat die Zielgruppe dieses „ethische Recht“ jemals wirklich eingefordert? Und wenn ja, welcher Teil der Zielgruppe? Eine Untersuchung von Gabriele

Seidel von der Medizinischen Hochschule Hannover, die sie auf der Sommerakademie der Deutschen Krebsgesellschaft Ende Mai in Düsseldorf vorstellte, zeigt, dass die Ansprüche von Experten und von Nutzern in dieser Frage weit auseinander liegen können. Seidel ermittelte 7

Informationsmaterialien zum Darmkrebs-Screening (darunter auch das GBA-Merkblatt, nicht aber die SM-Broschüre, die zum Zeitpunkt der Untersuchung überarbeitet wurde) und legte sie insgesamt 46 Probanden vor. In Einzel- und Gruppengesprächen ermittelte sie die Meinung der Probanden zu den einzelnen Materialien, wie beispielsweise:

- Die Texte bilden geeignete Entscheidungsgrundlagen.
- Die Probanden fühlten sich durch die Lektüre nicht „gedrängt“, zu einer Darmkrebsfrüherkennung zu gehen.
- Das GBA-Merkblatt wirkt ehrlich.
- Lange Texte erzeugen Aversionen, manche Aussagen führen zu Verunsicherung und Unzufriedenheit.
- Zahlenangaben verwirren und überfordern, Statistiken sind wenig hilfreich und erzeugen Angst.

Auch wenn unklar ist, ob es sich bei diesen Aussagen um Einzel- oder Mehrheitsmeinungen handelt, lässt sich zumindest festhalten, dass es im Kreis der Nutzer solche Meinungen gibt.

Vor allem das „ethische Recht“, dass Nutzen und Schaden in Zahlen erläutert werden, scheinen Experten und Nutzer deutlich unterschiedlich zu bewerten. Während die Experten um Details feilschen, wie die Zahlen aufzubereiten sind, scheinen sie an Nutzern mitunter völlig vorbeizugehen. In einem aufwändigen Akzeptanztest zur Frauen-Leitlinie „Früherkennung von Brustkrebs“, die die „Kennzahlen Mammographie“ zur Quantifizierung von Nutzen und Schaden verwendet, zeigte sich beispielsweise, dass die Zahlen selbst mit Unterstützung generell nicht verstanden werden und nicht zum Erkenntnisgewinn beitragen. Der Rat der Untersucher: „Aus unserer Sicht sollte überdacht werden, ob ein Zahlenbeispiel zur Verdeutlichung des Nutzens des Mammographie-Screenings im Ratgeber enthalten sein muss.“

Mein Fazit aus der Arbeit von Steckelberg et al. und den anderen Untersuchungen:

1. Ich sehe nach wie vor zu Materialien, die eine informierte Entscheidung zum Ziel haben und sich bemühen, die Nutzer nicht zu manipulieren, keine Alternative.
2. Man sollte sich jedoch davor hüten, in Expertenrunden aufgestellte Forderungen, wie Informationsmaterialien auszusehen haben, als allgemeingültigen Dogmen anzusehen. Hier könnte eine entspanntere Herangehensweise die Vielfalt der Informationsmaterialien fördern und so der Heterogenität der Zielgruppe Rechnung tragen.
3. Das Recht auf Nicht-Wissen sollte respektiert werden, und zwar auch hinsichtlich der Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen der Untersuchungen. Informationsmaterialien sollten also äußerst defensiv, vielleicht in einem abgestuften Verfahren, angeboten werden.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

Quellen:

Anke Steckelberg, Burkhard Haastert und Ingrid Mühlhauser: Effect of evidence based risk information on “informed choice” in colorectal cancer screening: randomised controlled trial, BMJ 2011; 342:d3193 doi: 10.1136/bmj.d3193 (Published 2 June 2011)
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3193.full>

Anke Steckelberg und Ingrid Mühlhauser: Darmkrebs Screening; 2008,
www.gesundheit.uni-hamburg.de/upload/AltDarmkrebsinternet.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Patienteninformation Darmkrebs-Früherkennung, Juni 2022
http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2233/2010-07-27_Merkblatt%20Darmkrebs.pdf

Ute-Susann Albert et al: Früherkennung von Brustkrebs – Eine Entscheidungshilfe für Frauen
http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/docs/OL_PLL_Brustkrebs_Frueherkennung.pdf

Rundbrief Krebsvorsorge 27:
Begräbnis erster Klasse für Ovar-Screening
24.6.2011

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

von niedergelassenen Ärzten wird verlangt, dass sie ihr Handeln an der wissenschaftlichen Evidenz ausrichten. Als Unternehmer müssen sie ihr Handeln aber auch an der wirtschaftlichen Evidenz ausrichten. Manchmal knirscht es, wenn diese beiden Ansprüche aufeinander treffen, wie etwa bei den individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL. Aktuelles Beispiel: Die Ergebnisse der PLCO-Studie zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms machen alle Hoffnungen zunichte, dass sich mit Ultraschall oder Tumormarker die tumorspezifische Sterblichkeit verringern ließe. Die entsprechenden IGeL sind also nutzlos.

Das sind schlechte Nachrichten für Frauenärzte, denn sie sind im IGeL-Geschäft besonders aktiv: Laut der aktuellen Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) bieten sie 28,9 Prozent aller Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) an. Ein durchschnittlicher Frauenarzt bringt es auf 544 IGeL-Offerten pro Jahr. Im Angebot befinden sich überwiegend Ultraschall- und Früherkennungsuntersuchungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Ein Nutzen dieser Leistungen wird von den Anbietern einfach behauptet. So heißt es beispielsweise auf der Homepage einer Frauenarztpraxis: „Spätestens ab dem 50. Lebensjahr ist der zusätzliche vaginale Ultraschall sinnvoll, um bösartige Neubildungen (Gebärmutterhöhle, Eierstöcke) rechtzeitig zu erkennen bzw. auszuschließen.“

Beruheten solche Äußerungen bislang auf dem „Prinzip Hoffnung“ – schließlich hätten Studien in der Zukunft auch positive Ergebnisse bringen können –, ist es damit jetzt vorbei: Die PLCO-Studie hat dem Screening der Eierstöcke ein Begräbnis erster Klasse bereitet. Anders als beim PSA-Test, dem die PLCO-Studie eine mögliche Mortalitätsreduktion bei einer längeren Nachbeobachtungszeit nicht absprechen wollte, lässt das Ergebnis zum Screening auf Eierstockkrebs keinen Interpretationsspielraum mehr zu: Nach vier beziehungsweise sechs Jahren Screenen mit dem Tumormarker CA-125 und transvaginalen Ultraschall waren nach 13 Jahren Follow up in der Screeninggruppe 118 Frauen an Eierstockkrebs gestorben, in der Kontrollgruppe 100. Die Autoren stellen unmissverständlich fest: „We conclude that the screening intervention, as implemented in this trial, was not effective in reducing mortality caused by ovarian cancer.“ Dem stehen jedoch Belege für deutliche Schäden gegenüber – durch zusätzliche Untersuchungen, Entfernungen von Eierstöcken, Diagnosen und Therapien in der Gruppe der gescreenten Frauen. Fazit: Kein Nutzen, viel Schaden.

Was bedeutet das für die Zukunft? Meines Erachtens genügt es nicht mehr, beide Früherkennungstest nicht zu empfehlen, es muss vielmehr von ihnen abgeraten werden. Noch heißt es beispielsweise in der S2k-Leitlinie

„Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren“ von 2007: „Ein generelles Screening kann für das Ovarialkarzinom im Augenblick nicht empfohlen werden. Die derzeit vorliegenden Daten können nicht belegen, dass die routinemäßig durchgeführte Vaginalsonographie und die regelmäßige Bestimmung des Tumormarkers CA 125 die Früherkennung des Ovarialkarzinoms ermöglichen.“ Diese Formulierung, die etwa auch die Krebsgesellschaft NRW für ihr Patienten-Portal übernommen hat, war bislang zutreffend, jetzt ist sie es nicht mehr: Denn während die Daten bislang NICHT BELEGEN konnten, dass die Untersuchungen eine Früherkennung ERMÖGLICHEN, können die PLCO-Daten jetzt BELEGEN, dass die Untersuchungen eine Früherkennung NICHT ERMÖGLICHEN.

Noch vordringlicher sollten Informationen, die Frauen ein Screenen empfehlen, an die neuen Erkenntnisse der PLCO-Studie angepasst werden. So schreibt die Deutsche Krebsgesellschaft auf ihrer Homepage: „Da das Risiko einer Erkrankung aber mit den Lebensjahren steigt, sollten Frauen in fortgeschrittenem Alter von sich aus jedes Jahr eine Untersuchung der Eierstöcke vornehmen lassen.“

Ich bin gespannt, wie lange es dauern wird, bis die Ergebnisse der PLCO-Studie zu allen Ebenen – von der Leitlinie über fachliche Sekundärquellen bis hin zu den Praxis-Informationen – durchsickern werden. Was die IGeL-Praxis angeht, wird der Impact die PLCO-Daten ein guter Gradmesser dafür sein, wie es um das Kräfteverhältnis zwischen wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Evidenz im deutschen Gesundheitswesen steht.

Sehr optimistisch bin ich allerdings nicht, dass jetzt ein Ruck durch die Gynäkologen-Gemeinde gehen wird: Zum einen zeigt die zurückhaltende Formulierung in der bereits seit vier Jahren gültigen Leitlinie bis heute weder bei IGeL-willigen niedergelassenen Frauenärzten noch bei Fachorganisationen wie der Krebsgesellschaft Wirkung (dabei zitiert die Krebsgesellschaft die Leitlinie sogar explizit). Zum anderen werden auch andere Früherkennungsmaßnahmen propagiert, die wissenschaftlich längst nicht mehr haltbar sind, wie beispielsweise das Abtasten der weiblichen Brust und der jährliche statt dreijährliche Pap-Abstrich.

Herzliche Grüße
Christian Weymayr

PS: Ich möchte Sie bei der Gelegenheit auf den „Medien-Doktor“ aufmerksam machen. Der Medien-Doktor ist ein Projekt, in dem Medizinjournalisten die Beiträge von Kollegen nach festgelegten Kriterien bewerten. So soll das Bewusstsein für guten Medizinjournalismus gestärkt und langfristig dessen Qualität verbessert werden. Unter den bewerteten Artikeln ist auch ein Beitrag aus der FAZ über die PLCO-Studie. Mein Anteil am Medien-Doktor besteht in einer Pilotstudie mit Studierenden der FH-Gelsenkirchen sowie in der Tätigkeit als Gutachter.

Quellen:

PLCO-Studie:

Saundra S. Buys et al: Effect of Screening on Ovarian Cancer Mortality, The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial, JAMA. 2011;305(22):2295–2303

<http://jama.ama-assn.org/content/305/22/2295.full.pdf>

WidO-Umfrage:

Klaus Zok: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage; WidO-monitor 2010; 7(2):1-8

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg2-2010_1210.pdf

Frauenarzt-Homepage:

<http://www.frauenarzt-heidelberg-gynaekologe.de/selbstzahlerleistungen.html>

S2k-Leitlinie:

Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 032/035 Entwicklungsstufe: 2k: Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren; AWMF 05/2007

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-035.pdf

Krebsgesellschaft NRW:

http://www.krebs-check-nrw.de/b_frueherkennung/b_gyn_tumore

Deutsche Krebsgesellschaft:

http://www.krebsgesellschaft.de/pat_ka_eierstockkrebs_frueherkennung,107741.html

Medien-Doktor:

<http://www.medien-doktor.de/2011/06/„schiffbruch-fuer-die-krebsmedizin“/>