



**Leserbriefe** sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,  
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,  
81677 München, Fax 089 4147-202,  
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

## Prävention in der Allgemeinmedizin

**Zum Titelthema von Professor Dr. Thomas Kühlein in Heft 6/2014, Seite 304 ff.**

Mit großem Vergnügen habe ich den Artikel von Herrn Professor Kühlein in der Ausgabe 6/2014 über die Prävention in der Allgemeinmedizin gelesen und kann dem im Großen und Ganzen nur zustimmen, möchte aber noch einige Anmerkungen machen: Betrachtet man Kosten-Nutzen-Verhältnisse, so kostet zum Beispiel ein Hubschraubereinsatz für einen Verletzten pro gewonnenem Patientenlebensjahr etwa 20.000 Euro. Diese Ausgaben sind in unserer Gesellschaft als angemessen akzeptiert. Das gleiche kostet in etwa eine in kurativer Absicht durchgeführte Strahlentherapie bei einem Krebspatienten (hier hapert es mit der Akzeptanz, nicht nur in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch immer noch bei Kollegen). Eine kurativ eingesetzte Chemotherapie kostet pro gewonnenem Patientenlebensjahr bereits 300.000 Euro.

Vorausgesetzt, dass man bei erhöhtem Cholesterin durch den Einsatz von Statinen tatsächlich das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko auf ein Niveau senkt, welches auch bei normalem Cholesterinwert besteht (gibt es hier überhaupt den Nachweis durch eine prospektiv randomisierte Studie?), so kostet dieser Einsatz drei Millionen Euro (Kosten für das Medikament, jahrzehntelange ständige Arztbesuche, Laborkontrollen, Behandlung der Nebenwirkungen, etc.). So bewahrheitet sich wieder einmal, dass man das beste Geschäft in der Medizin mit Gesunden machen kann. Allerdings ist der fromme Wunsch, die vorschnelle Behandlung durch ein ausführliches Arzt-Patientengespräch zu er-

setzen, illusorisch, solange erstere eine wichtige Geschäftsgrundlage für jede Hausarztpraxis mit sämtlichen Folgenutzern ist und letzteres noch nicht einmal bezahlt wird. Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sollten etwas differenzierter betrachtet werden (im Moment hat man den Eindruck, dass es schick ist, sie im Bausch und Bogen für unnötig zu halten).

In der Onkologie kann man nicht nur in Faktoren, sondern man muss in Potenzen denken: Eine Krebszelle hat sich nach zehn Zellteilungen (Generationen) in etwa vertausendfacht ( $2 - 4 - 8 - 16 - 32 - 64 - 128 - 256 - 512 - 1024$ ), nach 20 Generationen vermilionenfacht. Zu diesem Zeitpunkt hat der Tumor eine Größe von ca. einem  $\text{mm}^3$ . An einer Oberfläche liegend (zum Beispiel Haut oder Portio), kann er jetzt nachgewiesen werden, nicht jedoch im Inneren eines Organs. Nach 30 Generationen hat der Krebs eine Größe von etwa einem  $\text{cm}^3$ , das entspricht einer geschälten Haselnuss. In diesem Stadium sprechen wir von „Früherkennung“. Nach weiteren zehn Zellteilungen würde der Tumor unbehandelt auf einen  $\text{dm}^3$  wachsen (Größe einer Pampelmuse). Solch ein Tumor ist in der Regel nicht mehr heilbar oder bei kritischem Sitz mit dem Leben nicht mehr vereinbar. Demnach ist ein Karzinom erst nach ca. 20 Zellteilungen an der Nachweisbarkeitsgrenze, nach ca. 30 noch rechtzeitig erkannt und hat bereits nach ca. 40 Generationen das Finalstadium erreicht. Im klinischen Alltag bewegen wir uns im günstigsten Fall in der zweiten Halbzeit, in der Regel jedoch im letzten Quartal der Tumorentwicklung. Bei der „Früherkennung“ ist es buchstäblich bereits viertel vor Zwölf, danach zehn oder gar fünf vor Zwölf. Die Wichtigkeit der Früherkennung für die Prognose des betroffenen Patienten steht also außer Frage. Nur wie sollen wir sie bewerkstelligen?

Mehr als 90 Prozent der Frauen mit Mammakarzinom haben ihren Tumor selbst getastet, sind also durch das Netz des Mammografiescreenings gerutscht. Obwohl die wenigen, die durch Letzteres rechtzeitig erkannt wurden, mit Sicherheit profitiert haben, dürfte dies wegen der geringen Zahl gegenüber allen anderen Mammakarzinom-Patienten in der Gesamtstatistik kaum nachzuweisen sein. Dies zeigt, wer eigentlich der geeignete Ansprechpartner für eine erfolgreiche Früherkennung ist, nämlich die Frau selbst. Ein Film im Internet über die Selbstuntersuchung der Brust, entsprechende TV-Werbung und die routinemäßige Frage des Hausarztes „wann haben sie zuletzt Ihre Brüste untersucht?“ sind mit Sicherheit effektiver. Frauen sind heute aufgeklärter und wissen, dass im Frühstadium dank Strahlentherapie

auf eine verstümmelnde Amputation verzichtet werden kann. Auch darauf kann man bei allen oben genannten Stellen hinweisen.

Das eingangs erwähnte Beispiel der seltenen Infektion, wo bei niedriger Prävalenz ein positiver Test zunächst nur ein Risiko von etwa fünf Prozent birgt, tatsächlich erkrankt zu sein, ist durch eine Kontrolle des Tests leicht effektiver zu gestalten. Denn ist auch der zweite Test positiv, wird es brenzlich. Von den 2.099 zuvor positiv getesteten Patienten wären jetzt 98 richtig positiv (99 Prozent von 99 Erkrankten, ein falsch-Negativer würde nicht untersucht) und 40 weiterhin falsch positiv (zwei Prozent von 2.000 zuvor falsch-Positiven). Die Erkrankungswahrscheinlichkeit liegt dann bei 98 von 138 oder 71 Prozent. Beim dritten positiven Test betrüge die Erkrankungswahrscheinlichkeit 97 Prozent. Vom gesamten Kollektiv von 100.100 getesteten Personen hätte man nach dreimaliger Kontrolle der positiven Testergebnisse nur insgesamt drei Erkrankte übersehen und bis auf drei alle falsch-Positiven ausgemustert.

Übertragen auf den PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakarzinoms sollte eine Punktion nur dann erwogen werden, wenn der PSA-Wert zum dritten Mal in Folge im dreimonatigen Abstand angestiegen ist (das ist bereits der Goldstandard vor jeglicher weiterer Maßnahme bei einem bereits behandelten Prostatakarzinom). Damit ließen sich sicherlich jede Menge unnötiger Punktionen vermeiden und es dürfte nicht schwer sein, entsprechende Leitlinien zu erstellen.

Auch wenn durch Früherkennungsuntersuchungen nur wenige Patienten herausgefischt werden, halte ich es für problematisch, ganz darauf zu verzichten. Ein Beispiel (von Professor Beck-Bornholdt, Hamburg) soll das verdeutlichen:

In einem Sonderangebot gibt es Schirme zum Schnäppchenpreis mit dem Hinweis, dass sich etwa fünf Prozent nicht öffnen. Bei Regenschirmen würde man sich vermutlich auf den Deal einlassen, nicht jedoch wenn es sich um Fallschirme handelt. Die rechtzeitige Karzinombehandlung ist ein Fallschirm und nicht bloß ein Regenschirm! Das sollten wir bei jeder Diskussion über Früherkennungsuntersuchungen berücksichtigen, auch wenn Tod durch Fallschirmspringen eher selten ist, Tod durch Krebs allerdings nicht (zweithäufigste Todesursache durch alle Altersgruppen vom Säugling bis zum Tattergreis!).

*Dr. Marion Albrecht,  
Fachärztin für Radiologie und  
Strahlentherapie, 87541 Bad Hindelang*

**Zum gleichen Thema:**

Die statistische Behandlung des Problems erscheint eindeutig und wird seit einigen Jahren so kommuniziert. Sie schert jedoch meines Erachtens offenkundig Verschiedenes über den statistischen Durchschnittskamm und ist deshalb aussagearm. Das Lebenszeitrisiko, „am Vorhandensein von Krebszellen (Prävalenz bei 40-Jährigen 40 Prozent?) zu sterben, liegt für 50-Jährige bei drei Prozent“. Wie hilfreich ist eine solche Aussage, wenn man weiß, dass bei einer Minderheit das Wachstum der malignen Zellen zum Beispiel diffus und relativ rasch, bei der überwiegenden Mehrheit „knotig“ und eher „haustierartig“ harmlos ist. Der Unterschied manifestiert sich ohne frühzeitige Diagnostik in relativ früher Mortalität. Die Minderheit, für die obige statistische Durchschnittsrechnung nichtssagend ist, stirbt zwischen 50 bis 70 Jahren daran, weil das Malignom zu spät entdeckt wurde und nicht wirksam behandelt werden konnte. Um ein Beispiel zu konstruieren: Wenn für zwei Prozent einer Population die Wahrscheinlichkeit, bis zum 70. Lebensjahr an einem Karzinom zu sterben, 90 Prozent oder mehr beträgt, für 98 Prozent aber nur ein Prozent, dann geht die Minderheit in der „überalles“-Durchschnittsrechnung natürlich unter. Über alle wird aber dieselbe statistische Decke gelegt.

Gibt es anstelle des (PSA-)Screenings zur Zeit eine bessere Methode, die hoch gefährdete Minderheit zu erkennen? Ich sehe hier ein

beklagenswertes Forschungsdefizit, das nicht scheinwissenschaftlich-statistisch verdeckt werden sollte. Solange dieses nicht behoben ist, halte ich das PSA-Screening für die einzige Möglichkeit, eine Differenzierung zu erzielen. Es auf zwei Risikogruppen zu beschränken, erscheint willkürlich einschränkend. Entscheidend ist doch, was nach Feststellung eines erhöhten PSA-Wertes geschieht. Und dies ist eine ärztliche Qualitätsfrage!

*Dr. Otto Junge,  
Facharzt für Innere Medizin,  
Facharzt für Arbeitsmedizin,  
91052 Erlangen*

**Zum gleichen Thema:**

Um einen Todesfall durch Prostatakarzinom zu verhindern, müssen nach Kühlein 1.410 beschwerdefreie Männer neun Jahre am PSA-Screening teilnehmen. In dieser Zeit würden ca. 250 Gewebeprobe entnommen. Nach der ERSPC-Studie (2009) kommt es dabei in 30 Prozent zu einer Überschätzung der Gefährlichkeit der pathologischen Veränderungen durch die Pathologen und in ebenfalls 30 Prozent zu einer Unterschätzung der Gefährlichkeit. Nach derselben Studie war in der Gruppe der über 70-Jährigen die Zahl der Todesfälle bei Screening höher als ohne Screening. Nicht nur die zwei erwähnten Gesellschaften (American College of Physicians und American Urological Association) lehnen ein flächendeckendes Screening ab, sondern auch die American Can-

cer Society, das National Cancer Institute, die U. S. Preventive Services Task Force und die deutsche Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO). Allein die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) hält das PSA-Screening für unverzichtbar.

*Rolf Klimm, Arzt,  
83093 Bad Endorf*

**Zum gleichen Thema:**

Ihr Artikel hat mich begeistert, den anschließenden Test habe ich mit Vergnügen absolviert. Ich bin in Erlangen als niedergelassener Gynäkologe jetzt im Niedrigprävalenzbereich tätig, nachdem ich zuvor in meiner Belegabteilung „sekundärmedizinisch“ tätig war. Ihr Vorschlag, Primär- und Sekundärmedizin zu trennen, dürfte einen Sturm der Entrüstung auslösen, womit zur Richtigkeit der Idee gar nichts gesagt ist. Die quartäre Prävention wäre dringend nötig, scheitert aber nicht nur an der Mehrheit der Ärzte, sondern auch an den (Wunsch-)Vorstellungen der Patientinnen, die halt wollen, dass etwas (Magisches?) gemacht wird. Mundus decipi vult. Was wäre auch mit den ganzen schönen IGe-Leistungen, in der Gynäkologie besonders Ultraschall, die ja tatsächlich nachgefragt werden. Wenige 100 Meter von Ihrem Institut befindet sich die Juristische Fakultät. Diese Spezies würde Sie gnadenlos verknacken, wenn Sie das Mammografie- oder Prostata-Screening nicht trotz nachweisbaren marginalen Nutzens und potenziellem Schaden



Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- Informationen zur Mitarbeit im Projekt
- Allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- Informationen zu Spendenmöglichkeiten

Name .....

Anschrift .....

E-Mail .....

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin

11104989

**Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00**



Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen Sie Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 60 Ländern weltweit. Unsere Teams arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen. Ein Einsatz, der sich lohnt: [www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten)

nicht empfehlen. Bleibt als letztes die Spezies der Politiker einschließlich G-BA und IQWiG. Deren Entscheidungen scheinen weniger von Sachverstand als vielmehr von Lobby-Interessen geprägt zu sein.

Ich wollte mich für die zahlreichen Denkanstöße Ihrer Arbeit bedanken, wenn es auch für das Tagesgeschäft besser ist, wenn die meisten sie nicht verstehen.

*Dr. Gerd Kuppe,  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe,  
91054 Erlangen*

#### **Zum gleichen Thema:**

Im Prinzip geben viele in den großen medizinischen Magazinen der Welt veröffentlichte Studien mehr oder weniger verklausulierte Hinweise auf die von Ihnen dargelegten Fakten. In dieser Klarheit, Deutlichkeit und Allgemeingültigkeit habe ich das allerdings noch nie gelesen, und ich frage mich warum. Meines Erachtens gilt das auch für Mammografie- und Koloskopie-Screening und andere. Ihr Artikel sollte in allen Praxen und Kliniken hängen, die damit zu tun haben.

*Dr. Peter Pommer,  
Facharzt für Innere Medizin,  
82487 Oberammergau*

#### **Zum gleichen Thema:**

Herzlichen Dank für den Artikel, es handelt sich dabei um eine sehr gute Analyse der Bedeutung von Prävention, mit sehr gut gewählten Beispielen. Für Hausärzte muss so etwas klar und verständlich sein.

Ein Gedanke am Rande über die sekundäre Prävention: Der Arzt stellt eine Diagnose (oder findet er einen Risikofaktor?). Ist ein Risikofaktor eine Diagnose? „Behandeln“ impliziert eine Diagnose?! Man kann versuchen einen Risikofaktor günstig zu beeinflussen, aber ist das behandeln? Risikofaktor und Diagnose: Wo ist die Grenze? Präventive Therapie ist eine *contradictio in terminis* (in der sekundären Prävention). Die Art und Weise wie wir an dieser Stelle unsere Sprache benutzen erzeugt neue Diagnosen und dadurch neue Probleme. So wird unsere Sprache zu einem Teil des Problems. Wo fängt man an und wo hört man auf? Eine schöne Frage.

Meiner Meinung nach ist quartäre Prävention eine Frage der Verteidigung der Menschen gegen eine Medikalisierung und das ist etwas, was Hausärzte durch ihre Grundhaltung und ganz besonders durch ihre Sprache bewerkstelligen.

Die Art wie wir unsere Sprache benutzen, spiegelt unsere Einstellungen wider. Wir vergessen häufig die Wichtigkeit der Worte. Sallustius sagte über Mozart: Zu viele Noten. Für Hausärzte (und die medizinische Welt) ließe sich sagen: zu viele Worte.

*Marc Verbeke, MD,  
9250 Zele,  
Belgien*

#### **Antwort**

Frau Kollegin Albrecht spricht die Kosten-Nutzen-Frage in einer Weise an, wie sie leider (?) bei uns – im Gegensatz zum englischen Sprachraum – meines Erachtens so nicht geführt wird. Die Aufrechnung von Menschenleben mit Geldwerten dürfte weithin als unethisch gesehen werden. Dem liegen, so meine Hypothese, grundsätzlich verschiedene ethische Wertesysteme zugrunde: Deontologie versus Utilitarismus. Im Gegensatz zur bei uns verbreiteten Deontologie gilt im englischen Utilitarismus (J. Bentham, J. S. Mill) ein Handeln dann als gut, wenn es im Effekt möglichst gleichmäßig allen Mitmenschen zugute kommt. Er gewichtet somit die Gesellschaft höher als das Individuum. Zum anderen ist es der Effekt und nicht die Intention des Handelns, die den Ausschlag für dessen Richtigkeit gibt. Etwa zeitgleich mit dem Utilitarismus in England entwickelte sich in den USA die philosophische Strömung des amerikanischen Pragmatismus (C. S. Peirce, W. James, J. Dewey). Auch hier entscheidet der erfahrbare Effekt des Handelns über Wahrheit und Unwahrheit. Es scheint mir vorstellbar, dass beide Denkströmungen im kulturellen Nachhall einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Evidenzbasierten Medizin (EbM) hatten. Mit deren Grundprinzipien scheinen sich die meisten Ärzte in Deutschland immer noch schwer zu tun. EbM fragt im Gegensatz zur Biomedizin nicht, warum etwas helfen müsste, sondern danach, ob und in welchem Grade etwas in der Vergangenheit geholfen hat und damit, wie groß die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens in der Zukunft sein wird. Obwohl ich der Schlussfolgerung von Frau Kollegin Albrecht – dass man das meiste Geld mit den Gesunden verdient – völlig zustimme, scheinen mir ihre Aussagen zu den Kosten einzelner Interventionen bezogen auf jeweils ein gewonnenes Lebensjahr etwas unscharf. So wären beispielsweise die Kosten für ein gewonnenes Lebensjahr durch eine kurative Chemotherapie im Falle ihres Erfolges – mit noch langem fröhlichem Leben des Patienten – vermutlich deutlich niedriger. Das Problem dürfte jedoch sein, dass ein großer Teil kurativ intendierter Chemotherapien letztlich doch nicht kurativ,

im Effekt also nicht so gut ist, wie in ihrer Intention. Man mag es als ethisch nicht vertretbar empfinden, angesichts von Menschenleben von Geld zu sprechen. Andererseits scheint es mir mindestens ebenso fragwürdig, angesichts der Ungleichverteilung finanzieller Ressourcen nicht von Geld zu sprechen. Iona Heath nannte es jüngst unsere maßlose Gier, mit der wir uns mit immer höheren Summen an immer kleinere Vorteile für unser persönliches Leben und unsere Gesundheit klammern, während unsere Mitmenschen in vielen Teilen der Erde ungleich schlechtere Lebensbedingungen haben („Overdiagnosis: When good intentions meet vested interests“ – an essay by Iona Heath, *BMJ* 2013;347:f6361). Ab welchem Punkt der Aussichtslosigkeit und ab welcher Summe, die wir dafür ausgeben, sollten wir medizinische Interventionen unterlassen? Die Frage der Grenzziehung für das Recht des Strebens nach Gesundheit ist schwer zu lösen. Aber dürfen wir deshalb einfach gar nicht über diese Frage reden? In meinem Artikel ging es mir jedoch nur am Rande um Kosten, wenn ich vom Preis für Screeningmaßnahmen sprach. Es ging mir um den Preis des gesundheitlichen Schadens, den viele Patienten umsonst tragen müssen, damit wenige Patienten einen Vorteil haben. Auch dies ist ein ethisches und nicht leicht zu lösendes Dilemma unseres ärztlichen Handelns.

Kollegin Albrecht hält es für illusorisch, dass sich nutzloses ärztliches Handeln einfach durch aufklärende Gespräche ersetzen ließe, solange wir am Handeln verdienen und am Nicht-Handeln nicht. Dem kann ich nur zustimmen. Die Bedingungen für eine Vermeidung nutzloser Interventionen sind nicht die günstigsten.

In ihrer Wachstumsprognose eines Tumors gibt Frau Kollegin Albrecht ein anschauliches Beispiel für klassisches, wissenschaftsbasiertes, biomedizinisches Denken. Sie rechnet in Zahlen von Tumorzellen und Zellteilungen, also Pathomechanismen und extrapoliert diese Zellteilungen auf ihre theoretischen Effekte. Sie schreibt: „Die Wichtigkeit der Früherkennung für die Prognose des betroffenen Patienten steht also außer Frage“. In einer norwegischen Studie wurde die Häufigkeit von Brustkrebs zwischen Regionen mit und ohne Mammografie-Screening verglichen. In der Region mit Screening wurde in regelmäßigen Abständen mammografiert. In der Region ohne Screening wurde nur am Ende des Beobachtungszeitraums einmal mammografiert. Nach der Rechnung von Frau Kollegin Albrecht hätte man in beiden Regionen eine ähnliche Anzahl von Brustkrebsfällen finden müssen. Allerdings wären in der Region ohne regelmäßiges Screening weiter fortgeschrittene Tu-

more zu erwarten gewesen. Dies war nicht der Fall. Die kumulative 4-Jahresinzidenz betrug 1.268 versus 810 Fälle pro 100.000 Einwohner zu Lasten der Screeningregion. Die den Autoren einzig plausible Schlussfolgerung war, dass sich ein erheblicher Teil feststellbarer Tumore offensichtlich spontan wieder zurückbildete (P.-H. Zahl, J. Mæhlen, H. G. Welch, „The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography.“ Arch Intern Med. 2008;168:2311-2316). Doch wer hätte die Nerven dies abzuwarten, wenn der Tumor erst einmal entdeckt ist? Es geht mir hier nicht etwa darum, in einem Streit um das Für und Wider einer bestimmten Form von Früherkennung Recht zu haben. Es geht mir vielmehr darum zu zeigen, dass ein Handeln, das in seiner Intention gut ist, selbst dann nicht sicher in seinen Effekten richtig ist, wenn es auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Die empirische Überprüfung der Effekte ist notwendig (wenn auch schwierig).

Frau Albrecht berechnet, dass sich das Problem der Trennung der Falsch- von den Richtig-Positiven durch Wiederholung des Tests leicht lösen ließe. Diese Rechnung stimmt und stimmt nicht. Man stelle sich vor was wäre, wenn sich der Test nicht durch einen Messfehler, sondern durch ein sich systematisch wiederholendes Problem der Messung jedes Mal wieder als positiv erweisen würde. Auch ihr Vorschlag, den PSA-Wert alle drei Monate zu kontrollieren und nach seiner Dynamik zu entscheiden, scheint mir deutlich problematischer als er klingt. Was wäre, wenn man am Ende zwei positive und ein negatives Testergebnis hätte? Käme es dann zu einer Art Mehrheitsentscheidung? Man stelle sich die psychische Situation des Patienten in einem solchen Prozess vor, wenn es dabei um die Frage geht, ob man Krebs hat oder nicht. Tatsächlich könnte man dem Problem besser durch sogenanntes sequenzielles Testen mittels zunächst eines hochsensitiven Tests, gefolgt von einem anderen hochspezifischen Test beikommen. Aber letztlich geht es – wie oben auch am Beispiel des Mammografie-Screenings ausgeführt – nicht darum herauszufinden, wer ein Prostatakarzinom beherbergt, sondern darum vorherzusagen, wer daran sterben wird. Dies scheint nach Ansicht führender Urologen bislang nicht möglich, weshalb die Leitlinien international von einer Früherkennung abraten, bzw. zumindest vorher eine ausführliche und für den Patienten verständliche Nutzen- und Schadenaufklärung fordern.

Zuletzt spricht Frau Albrecht noch den schönen Vergleich vom Regenschirm mit dem Fallschirm an. Dem möchte ich in diesem Zusammenhang freundlich, aber ganz entschieden

widersprechen. Das Problem ist ja gerade, dass eben nicht wenige, sondern viele Patienten herausgefischt werden, von denen nur ganz wenige einen Vorteil zu haben scheinen. Um in der Analogie zu bleiben, werfen wir viele ohne Fallschirm aus dem Flugzeug, um nur wenige mit dem Fallschirm zu retten (hm – die Analogie hinkt auch ...). Die im Artikel zitierte großangelegte Studie von Schröder et. al hatte gezeigt, dass man mit dem Screening nach Prostatakarzinom tatsächlich eine kleine Zahl von Patienten vor einem Tod am Prostatakarzinom bewahren kann. Nur ist eben der Preis (wieder nicht der finanzielle) dafür sehr hoch und letztlich unterschiedlich die Gesamtzahl der Verstorbenen in beiden Gruppen nicht.

Herr Kollege Kuppe schreibt: „Mundus decipi vult“. Da ist was dran und er spricht einen ähnlichen Punkt an wie Frau Albrecht. Aber ist es deshalb richtig, alle Moral fahren zu lassen und fröhlich mitzumachen? Aus seinem Brief lese ich daher auch eher die mir sehr gut verständliche Verärgerung über die Umstände, unter denen wir arbeiten müssen, als tatsächlich deren Akzeptanz oder eine Resignation. Aber sind wir an den Umständen nicht auch selbst in erheblichem Maße Schuld? Tatsächlich beschädigt jegliches ärztliches Fehlverhalten das hohe Gut des Vertrauens in unsere Redlichkeit. Es gibt – fürchte ich – eine ganze Menge graue zwischen den schwarzen und den weißen Schafen. Das System macht dafür anfällig. Aber was üblich ist, scheint mir noch lange nicht richtig. Wir brauchen das Vertrauen der Gesellschaft und der Patienten dringend für unsere Arbeit. Alle gesetzliche Forderung nach Qualitätsnachweisen kann als klares Zeichen für fehlendes Vertrauen der Gesellschaft – vertreten durch demokratisch legitimierte Regierungen – in unsere Profession gesehen werden. Ich vermute „mundus decipi vult“ wird man uns zu Recht nicht als Ausrede durchgehen lassen.

Herr Kollege Junge zieht leider einen ebenso häufigen, wie entscheidenden Fehlschluss. Niemand kann aktuell wissen, ob er zu der großen Zahl umsonst Geängstiger und nutzlos Behandelter gehört oder ob er zu der kleinen Gruppe derjenigen gehört, denen durch das Screening tatsächlich der Tod am Prostatakarzinom erspart werden konnte. Eben diese Qualität der Unterscheidung zwischen denen, die einen Nutzen haben werden und denjenigen, denen wir schaden, besitzen wir nicht. Der Apfel lässt sich nach Entdeckung der Tumorzellen jedoch nicht mehr an den Baum der Erkenntnis zurückhängen. Ein Patient, bei dem Krebszellen gefunden wurden, muss behandelt werden, so oder so. Ein prostatektomierter Patient wird niemals erfahren können, ob

er ohne diese Operation tatsächlich gestorben wäre. Er fühlte sich durch das Wissen um seinen Krebs zunächst bedroht und dann durch die Operation gerettet und alle sind zufrieden. Die Möglichkeit, dass man einen Krebs früh erkennt, operiert und damit dem Patienten geschadet haben könnte, ist schwer zu denken – für Patienten noch deutlich schwerer als für uns Ärzte. Einmal hörte ich meine dermatologische Kollegin in der eigenen Gemeinschaftspraxis zu unserem pädiatrischen Kollegen sagen: „Hör zu, wenn ich hier arbeite, bin ich deine Kollegin, aber wenn ich mit meinen Kindern zu dir komme, bin ich Mutter – und zwar nur Mutter“. Auch sonst eher rationale Menschen werden als Patienten schnell emotional. Das scheint menschlich zu sein. Die Annahme, dass wir Ärzte nur rational seien, ist selbstverständlich ebenfalls naiv. Dennoch sollten wir als Nichtbetroffene versuchen, ein rationales Korrektiv in die gemeinsame Entscheidungsfindung einzubringen. Das Mindeste was wir als Basis für eine rationale Entscheidung benötigen, sind Zahlen zur Abschätzung des realen Ausmaßes der Bedrohung durch die Krankheit auf der einen Seite und der Effekte von wahrscheinlichem Nutzen und Schaden der Therapie auf der anderen Seite. Empirische Studien wie die von Schröder et al. liefern dabei die Wahrscheinlichkeiten für die Effekte unseres Handelns. Sie können helfen, ärztliche Urteilskraft zu unterstützen, aber sie nicht ersetzen. Entgegen vielen gesetzmäßigen Erkenntnissen der Wissenschaft, haben sie die erfreuliche Eigenschaft, dass sie sich ändern können. Vielleicht können wir in 20 Jahren aufgrund verbesserter Verfahren tatsächlich sagen: Screening nach Prostatakarzinom nützt vielen und schadet wenigen. Wir sollten auf keinen Fall aufhören daran zu forschen – im Gegenteil.

Eine präventive Therapie kann es nicht geben. Sie ist ein Widerspruch in sich. Wir sollten als erstes aufpassen, was wir sagen. Was sollte ich dieser schönen Ermahnung daran durch meinen belgischen Freund und Kollegen Marc Verbeke noch hinzufügen?

*Professor Dr. Thomas Kühlein*