

# Schluss mit Kampagnen!



Foto: privat

## Klaus Koch

*...ist Wissenschaftsjournalist und Autor des Buches „Mythos Krebsvorsorge“*

**F**rüh erkannt ist Krebs heilbar“: Kaum ein Motto in der Medizin hat eine so unwiderstehliche Logik wie das Leitmotiv der Krebsfrüherkennung. Selbst der größte Tumor fängt einmal klein und heilbar an. Die daraus folgende Idee, Tumore so früh wie möglich zu finden, ist bereits mehr als hundert Jahre alt. Sie gipfelte dann 1971 in der Entscheidung, in Westdeutschland die „Krebs-Vorsorge“ als kostenlose Leistung der gesetzlichen Kassen anzubieten. Seit Oktober 2002 können Männer und Frauen ab 55 auch per Koloskopie nach Darmkrebs suchen lassen, derzeit wird die flächendeckende Einführung der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs vorbereitet.

Doch der jüngste Ausbau der Früherkennung fällt in eine Zeit, in der Suche nach Krebs deutlich kritischer hinterfragt wird. Früherkennung ist immer auch mit Schaden verbunden. Und der Schaden kann leicht überwiegen, wenn die falschen Methoden eingesetzt werden oder bei tauglichen Methoden nicht streng auf Qualität geachtet wird.

Der Maßstab, an dem sich Früherkennung messen lassen muss, ist glasklar: Sie muss das Risiko verringern an der Krebsart zu sterben, nach der sie sucht. Es kennzeichnet den gutgläubigen Um-

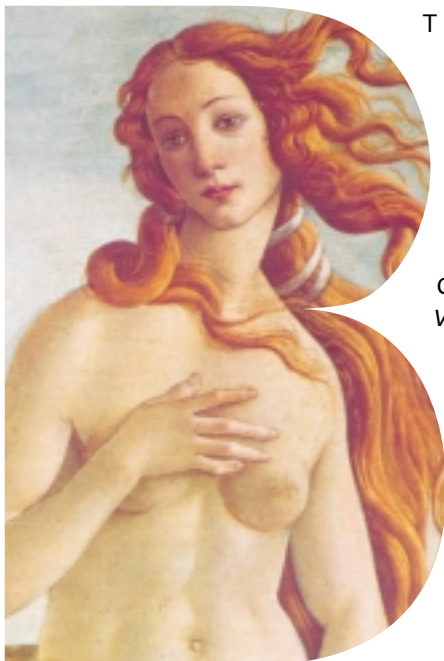
gang mit Früherkennung, dass es bislang nur für zwei der in Deutschland von den Kassen bezahlten Methoden entsprechende Nachweise gibt: für den Stuhlbluttest gegen Darmkrebs und die Mammografie (und selbst hier gibt es Kontroversen).

Aus Sicht des Einzelnen gibt es gute Gründe, nicht zur Früherkennung zu gehen. Der wichtigste ist, dass selbst die häufigsten Krebsarten wie Brust- oder Darmkrebs aus Sicht des Einzelnen selten sind: Beispielsweise werden von 1000 gesunden 60-jährigen Frauen in den nächsten zehn Jahren fünf bis 15 an einer bestimmten Tumorart sterben. Nur eine Minderheit kann also überhaupt von Früherkennung profitieren. Was bedeutet Früherkennung denn dann für die anderen etwa 990 Personen? Die Hauptsorge sind neben falsch-positiven Befunden vor allem Überdiagnosen. Früherkennung führt fast immer dazu, dass mehr Menschen den Rest ihres Lebens mit einer Krebsdiagnose leben müssen: Das liegt daran, dass die Tests viele „stille“ Tumore finden, die ohne Früherkennung nicht aufgefallen wären. Sind sie aber einmal gefunden, ist es meist unmöglich, sie von aggressiven Tumoren zu unterscheiden. Die Folge sind Übertherapien – eigentlich Gesunde werden unnötigerweise operiert oder mit Chemotherapien und Bestrahlungen behandelt.

Erschreckend ist, dass die Bevölkerung über diese Konsequenzen der Früherkennung nicht ehrlich aufgeklärt wird – vermutlich aus Sorge, das könnte von der Teilnahme abschrecken. Doch wer nicht seine Glaubwürdigkeit verlieren will, dem bleibt keine andere Wahl. Die in der Wissenschaft seit drei Jahrzehnten geführte Diskussion um Pro und Contra von Früherkennung hat längst die Öffentlichkeit erreicht.

Ehrliche Aufklärung bedeutet, klar zu machen, dass Früherkennung ein heikles Tauschgeschäft ist, bei dem man ein Bündel von Risiken gegen ein anderes Bündel von Risiken eintauscht. Es stimmt: Wer nicht zur Früherkennung geht, lässt vielleicht eine Chance aus, das eigene Leben zu verlängern. Aber es stimmt eben auch: Wer zur Früherkennung geht, riskiert Lebenskrisen und schwerwiegende, sicher nicht lebensverlängernde Behandlungen, die er ohne Früherkennung nie gebraucht hätte. Welche dieser Optionen bedrohlicher ist, kann nur jeder Einzelne für sich selbst entscheiden.

*Klaus Koch*



## TITELTHEMA.....

**Brustkrebsscreening Nutzen und Anforderungen**

Über den Nutzen von Screening-Untersuchungen zur Brustkrebsprävention gibt es in Deutschland eine breite wissenschaftliche Diskussion. Dieses Heft ist das erste von drei Themenheften zur Krebsprävention, die wir in den nächsten Monaten in lockerer Folge präsentieren werden.

**Chancen und Risiken der Krebsprävention (Einleitung)**

Von Klaus-Peter Hellriegel.....15

**Mammographie-Screening ist kein Synonym für Brustkrebs-Früherkennung**

Von Ute-Susann Albert und Klaus-Dieter Schulz.....16

**Wem nützt Mammographie-Screening?**

Von Ingrid Mühlhauser.....20

**Epidemiologische Aspekte des Mammographie-Screenings**

Von Alexander Crispin und Dieter Hölzel.....23

**Brustkrebs und Mammographie-Screening aus der Sicht des Patienten**

Von Gudrun Kemper.....26

## MEINUNG.....

**Schluss mit den Kampagnen!**

Von Klaus Koch.....3

## BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

**Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung ..... 13**

## BERUFS-UND

## GESUNDHEITSPOLITIK....

**Debatte um die neuen  
Ärztegesellschaften**

Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. Juni 2004

Von Sybille Golkowski..... 28

## PERSONALIEN.....

**Aus Liebe zum Patienten**

Ein Portrait der Berliner Internistin  
Heidelind Weber

Von Thomas Loy.....29

**Zum gosten****von Kurt Scheidler**

Von Horst Vogler..... 33

## FORTBILDUNG.....

**Akute Lumbalgie und Ischialgie**

Aus dem Kompendium evidenzbasierte  
Medizin 2004.....30

## FEUILLETON.....

**„Total verrückt“**

heißen die halbtägigen theaterpädagogischen Workshops, die das Gorki-Theaters kürzlich in Zusammenarbeit mit der Charité für Berliner Schüler anbot. Spielerisch sollten sich die Jugendlichen mit psychischen Störungen auseinandersetzen. Sie lernten etwas über die fließenden Übergänge von normalen Emotionen zu psychischen Störungen.

Von Rosemarie Stein.....32

**Impressum.....34**

### Unsichere Gemengelage

Die mit Änderung der Bundesärzteordnung beschlossene AiP-Abschaffung zum 1. Oktober 2004 hat in Berlins Kliniken und Praxen eine unübersichtliche Situation geschaffen. Die etwa 600 in der Hauptstadt unter Vertrag stehenden Ärzte im Praktikum sind jetzt dabei, mit ihren Arbeitgebern über Anschlussverträge als Assistenzärzte zu verhandeln. Denn zum 1.10.2004 müssen sie, egal ob sie ihr AiP schon beendet oder nie begonnen haben, eine Vollapprobation beantragen und eine normale Assistenzarzttätigkeit aufnehmen.

Bei den Verhandlungen gehen die Kliniken höchst unterschiedlich vor. Allen Varianten gemeinsam ist die Angst der Krankenhäuser, die Aufstockung der AiP in Assistenzstellen von den Kassen nicht refinanziert zu bekommen. Per Gesetz ist vorgesehen, dass die Kliniken die Mehrbelastungen für die Stenumwandlung im Rahmen der Budgetverhandlungen für 2005 gegenüber den Kassen geltend machen können. Da die Krankenhäuser aber fürchten, dass sie die Mittel, die ihnen die

Kassen hierfür zur Verfügung stellen werden, an anderer Stelle wieder gestrichen bekommen, scheuen sie sich, in Vorleistung zu treten. Krankenhäuser tendieren deshalb dazu, trotz AiP-Abschaffung möglichst keine Personalmehrkosten ab 1.10. 2004 zu erzeugen. Einige haben ihren AiP deshalb erst einmal zum 30.9.2004 gekündigt, andere bieten Assistenzverträge an, allerdings zuweilen unter BAT/ Ost- oder Teilzeit-Bedingungen. Wieder andere stel-

len ihren AiP frei, die alten Ausbildungsverträge noch unter den alten Zahlungskonditionen zu Ende zu führen. Was auf den ersten Blick ein Weg sein könnte, Kündigungen zu vermeiden und den AiP eine Chance zu geben, in Ruhe eine Anschlussstelle zu finden, ist arbeitsrechtlich umstritten. Da alle Ex-AiP zum 1.10.2004 bereits eine Vollapprobation vorlegen müssen, ist unklar, ob ein Ausbildungsvertrag auf freiwilliger Basis noch beendet werden kann, dessen Ausbildungs-

ziel der Arbeitnehmer ja bereits erfüllt. Nach Rechtsauffassung des Marburger Bundes Berlin ist dies nicht möglich. Es stellt sich allerdings die Frage, ob rechtlich Umstrittenes nicht doch stillschweigend im gegenseitigen Einvernehmen praktiziert werden kann. Fest steht: AiP, die sich darauf einlassen, könnten versuchen, ab 1.10. 2004 auf Mehrbezahlung als Assistenzärzte zu klagen. Allerdings werden Arbeitsgerichte Zeit brauchen, hierzu Entscheidungen zu fällen.

#### Teilapprobation erlischt

### ÄiP sollten schnell ihre Vollapprobation beantragen

Wer sich zum 1.10.2004 noch im AiP befindet, sollte so schnell wie möglich seine Vollapprobation beantragen. Berlins Approbationsbehörde, das Landesamt für Gesundheit und Soziales, hat über ein Merkblatt mit Stand 2. 7. 2004 mitgeteilt, dass in Berlin die Teilapprobation der Ärzte im Praktikum zum 30. 9. 2004 endet.

Diese Entscheidung der Landesbehörde bedeutet, dass Ex-ÄiP ohne Vollapprobation ab dem 1. 10. 2004 in Berlin nicht mehr ärztlich tätig sein dürfen. Berlin war bis Redaktionsschluss eines von vier Bundesländern, das so verfährt (gemeinsam mit Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen).

**AiP**

Die Landesbehörde hat sich damit nun selbst unter argen Zeitdruck gesetzt. Denn jetzt müssen möglichst alle Anträge auf Vollapprobation bis 1.10.2004 bearbeitet sein, damit die Approbationsurkunden pünktlich zum 1. Oktober 2004 auf den Tischen liegen. Man hat deshalb für die Aufgabe zusätzlich Personal abgestellt und bittet betroffene ÄiP, die Vollapprobation bereits ab 1. August 2004 möglichst schnell schriftlich zu beantragen.

Auf der Homepage des Landesamtes sind unter [www.berlin.de/SenGesSozV/lageso/pdf/aipwegmerk.pdf](http://www.berlin.de/SenGesSozV/lageso/pdf/aipwegmerk.pdf) das Merkblatt und das Antragsformular zu finden.

## AiP bei niedergelassenen Ärzten

Völlig unklar ist, wie es für die etwa 18 AiP aussieht, die derzeit bei niedergelassenen Ärzten unter Vertrag stehen. Relativ einfach ist die Lage noch für angehende Hausärzte. Denn niedergelassene Allgemeinmediziner können für ihre Weiterbildungsassistenten eine finanzielle Förderung nach dem Initiativprogramm für Allgemeinmedizin beantragen. Die

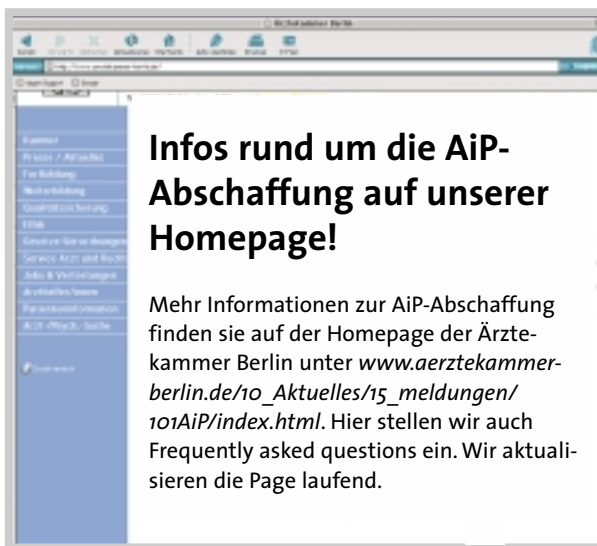
Ärztekammer Berlin gibt Niedergelassenen in ihren Online-Informationen zur AiP-Abschaffung unter [www.aerztekammer-berlin.de/10\\_Aktuelles/15\\_meldungen/101AiP/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/15_meldungen/101AiP/index.html) auch hierzu Informationen.

Mit dem Programm werden in Berlin 184 ambulante und 154 klinische Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin aus Mitteln der Bundesregie-

rung und der KV zeitbefristet gefördert. Eine ähnliche Förderung für andere Fachgebiete gibt es allerdings nicht. Niedergelassene Fachärzte berichteten BERLINER

ÄRZTE, sie hätten Schwierigkeiten, statt eines AiP- nun ein Assistentengehalt zu bezahlen und wissen noch nicht, wie sie in Zukunft verfahren werden.

*Mehr dazu...*



*Forschungskolleg*

## Multimorbidität im Alter

Im Rahmen des neuen Förderungsschwerpunktes „Leben im Alter“ knüpft die Robert-Bosch-Stiftung ein Netz von Initiativen mit dem Ziel, Empfehlungen für den Umgang mit Demenzerkrankten zu erarbeiten. Außerdem rief sie ein Forschungskolleg Geriatrie ins Leben und kürzlich wurde in Berlin das Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ vorgestellt. Um dieses modellhafte multidisziplinäre

Kolleg bewarben sich viele Institutionen. Den Zuschlag erhielt Berlin, und zwar das „Zentrum für Human- und Geisteswissenschaften“ der Charité mit anderen Hochschulen und Instituten als Kooperationspartnern.

Sprecherin ist Professor Adelheid Kuhlmeier. Die 15 sorgfältig ausgewählten Doktoranden haben schon

Qualifikationen in Psychologie, Pflege, Sozialpädagogik, Ökonomie, Management, Geriatrie oder Public Health.

In einem dreijährigen strukturierten Studienprogramm mit Pflicht- und Wahlveranstaltungen werden die Kollegiaten systematisch auf die neue Aufgabe vorbereitet. Auch sollten sie lernen, interdisziplinär zu arbeiten. Die Arbeit an ihren Dissertationen wird ebenfalls im Team dis-

kutiert. Aus einer Reihe vorgeschlagener Themen wählten sie z.B. Probleme wie Hilfsmittel bei Multimorbidität, verschiedene Aspekte der Inkontinenz oder des Schmerzes, Förderung der Patientensouveränität oder Fragen der Versorgungs- und Lebensqualität. Dabei sollten sie stets die Sicht der Betroffenen berücksichtigen.

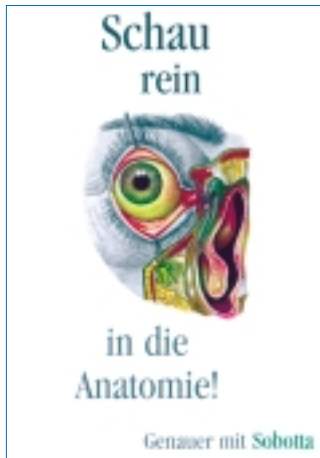
R. St.

Anatomie-Zeichnungen

## Das Berliner Medizinhistorische Museum...

... lohnt immer einen Besuch. Zur Zeit laufen dort gleich zwei Sonderausstellungen. „Der Mensch im Bild – 100 Jahre Sobotta-Anatomie-Atlas“, zeigt 72 zu verschiedenen Zeiten entstandene Originalzeichnungen aus dem Archiv des Verlages Urban & Schwarzenberg, der seit dem vorigen Jahr zu Elsevier gehört. Diese aquarellierten Zeichnungen sind unendlich viel präziser und didaktisch brauchbarer als Fotos, zudem ästhetisch äußerst reizvoll. Mit Recht werden sie in der Ausstellung präsentiert wie Kunstwerke. Zu der (hier wiedergegebenen) Darstellung des Apparatus lacrimonalis liest man zum Beispiel: „Aquarell mit Tusche und Deckweiß (nach 1955, Erich Lepier)“.

Zusätzlich zeigen einige Vitrinen fabelhafte Wachsmodelle und Präparate, vor allem aus der Sammlung der Charité-Anatomie. Kunst und Tabu heißt die zweite Sonderausstellung. Zu sehen sind Plastiken, Fotos, Bilder und Graphiken (aus fünf Jahrhunderten) der Sammlung Maria und Hart-



mut Kraft, die alle etwas mit dem Wechselspiel von Affirmation und Tabubruch zu tun haben. „Betreten der Ausstellung auf eigene Verantwortung“ – so wird man gewarnt. R. St.

*Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, Schumannstr. 20/21, Tel. 450- 55 60 49. Di - So 10 - 17 Uhr, Mi 10 - 19 Uhr. „Kunst und Tabu“ bis 12.9.2004, „Der Mensch im Bild“ bis 19.9.2004.*

Herzinsuffizienz

## Hausarztpraxen für Forschungsprojekt gesucht

Das Berliner Institut für Allgemeinmedizin an der Charité sucht 200 Berliner Hausärzte, die als Forschungsärzte an der Berliner

Praxis Team Studie: „Chronische Herzinsuffizienz“ teilnehmen. Sie ist ein Teilprojekt des bundesweiten Kompetenznetzes Herzinsuffizienz, das vom BMBF gefördert wird. Das Projekt möchte zeigen, dass die ambulante Betreuung durch den Einsatz speziell geschulter Arzthel-

40-Stunden-Curriculum

## Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ startet im Herbst 2004

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Oktober 2004 für Interessierte aus Klinik und Praxis das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ [40 P] an. Die Fortbildungsinhalte werden in vier Modulen vermittelt, die in circa vier- bis achtwöchigem Abstand jeweils Freitag Nachmittag und Samstag Vormittag stattfinden. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Hier die Termine:

Modul I: 22.-23.10.2004

Modul II: 03.-04.12.2004

Modul III: 28.-29.01.2005

Modul IV: 04.-05.03.2005 (voraussichtlich)

jeweils freitags 15 – 20 Uhr, samstags 9 – 13 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Gebühr: 400 € (für Modul I-IV)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail: [begutachtung2004@aekb.de](mailto:begutachtung2004@aekb.de).

Online

## Tätigkeitsbericht 2003

Der Tätigkeitsbericht 2003 der Ärztekammer Berlin ist fertig. Wir haben ihn als PDF-Datei auf unserer Homepage eingestellt. Interessierte finden ihn dort unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel Kammer/ Organisation/ Delegiertenversammlung oder über die Schlagwortsuche.

ferinnen optimiert werden kann. Dafür werden in der Studie sechs Patienten ein Jahr lang beobachtet. Die Arzthelferinnen der beteiligten Praxen werden dazu ausgebildet, gezielte Informationen vom Patienten einzuholen, ihn zur Selbstbeobachtung anzuleiten und die Betreuungsangebote der Praxis nachhaltiger an den Patienten weiterzutragen.

Neben einer verbesserten Patientenversorgung können die geschulten Praxismitarbeiterinnen entlastende Effekte für den betreuenden Hausarzt realisieren. Die Praxismitarbeiterin hat die Möglichkeit wei-

terer Qualifizierung innerhalb ihres Berufes und der Motivationssteigerung und Erhöhung ihrer beruflichen Zufriedenheit.

Wissenschaftlich wird die Studie von der Allgemeinmedizin der Charité Campus Mitte (Prof. Dr. V. Braun), von der Kardiologie am Campus Virchow und Campus Buch (Prof. Dr. K.-J. Osterziel) und der Allgemeinmedizin der Universität Kiel (Prof. Dr. F.M. Gerlach) betreut.

Mehr Informationen unter [www.knhi.de](http://www.knhi.de) oder bei Claudia Hahn, Tel. 450-514 156, E-Mail: [claudia.hahn@charite.de](mailto:claudia.hahn@charite.de).

*Scheck überreicht*

## Diabetologen spenden für Obdachlosenpraxen

Beeindruckt von einem Bericht im KV-Blatt über die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Obdachlosenarbeit wurde jetzt die Berliner Diabetes-Gesellschaft aktiv. Die Diabetologen sammelten in den eigenen Reihen Spenden zur Unterstützung von Obdachlosenpraxen in Berlin. Dabei kamen jetzt 1000 € zusammen. Einen entsprechenden Scheck überreichten im Juni Dr. Thea Schirop (li.) und Dr. Angelika Pohn (re.) an Kammerpräsident



Foto: E.Piotter

Dr. Günther Jonitz zur Weitergabe an die Ärztekammer-Tochtergesellschaft MUT. Diese betreibt in Berlin zwei Obdachlosenambulanzen. Die Diabetologen haben vor, weiter für diesen Zweck zu sammeln.

*Jobsuche*

## Ärztelbörse informiert über offene Stellen in Berlin und Brandenburg

Wer als Assistenz- oder Facharzt in der Region Berlin/ Brandenburg eine neue Stelle sucht, sollte sich die nächste Ärztelbörse der Agenturen für Arbeit in Berlin und Brandenburg nicht entgehen lassen. Auf der Börse präsentieren sich Personal suchende Kliniken und es gibt Gelegenheit zum direkten Gespräch. Mit von der Partie werden auch zahlreiche Kliniken aus Brandenburg sein, die besonders dringend nach Ärzten suchen. Zudem sind Fachvorträge zur Weiterbildung, zu den Arbeitsmöglichkeiten aus-

ländischer Ärzte und zum Niederlassungs-Markt in Brandenburg geplant. Die Ärztelbörse findet statt am:

**Mittwoch, 1. September 2004  
ab 9.30 Uhr ganztägig**

im Berufsinformationszentrum (BIZ) der Agentur für Arbeit Berlin Mitte, Stresemannstr. 78, 10963 Berlin

Das Programm der Veranstaltung stellen wir, sobald wir es haben auf unsere Homepage [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel Aktuelles / Meldungen ein.

*Fotos vertauscht*

## Fehlerteufel

Im Heft 7/2004 BERLINER ÄRZTE haben wir leider zwei Bildunterschriften vertauscht. Beim Bericht vom Deutschen Ärztetag in Bremen wurde versehentlich ein Statement des Delegierten Volker Pickerodt unter ein Bild von Roland Urban gesetzt. Im Gegenzug landete das Zitat von Urban unter dem Foto von Pickerodt. Die Redaktion bittet, das Versehen zu entschuldigen.

*Wiedereingliederungskurs nach der Familienpause geplant!*

## Bedarf wird ermittelt

Anfang der 70iger Jahre hatte die Kaiserin-Friedrich-Stiftung mehrwöchige Wiedereingliederungskurse für Ärztinnen nach der Familienpause eingeführt, um dem damaligen Ärztemangel abzuwehren. Die Kurse fanden damals großen Anklang und es gab bald Nachahmer. Sie konnten mit Unterbrechungen bis 1992 fortgeführt werden, mussten dann aber mangels Interessentinnen – wohl wegen der damaligen Ärzteschwemme – eingestellt werden.

Inzwischen hat sich die Situation auf dem Ärztemarkt ins Gegenteil verkehrt: Allorts wird über Mangel an Ärzten/innen geklagt – nicht nur in Kliniken, sondern auch in der ambulanten Medizin. Allein in Brandenburg sind gegenwärtig circa 200 Vertragspraxen unbesetzt. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat deswegen solche Kurse in veränderter, insbesondere verkürzter, Form wieder eingeführt und ist damit auf unerwartet großes Interesse gestoßen: allein im letzten Jahr fanden drei ausgebuchte einwöchige Kurse dieser Art in Münster statt!

Auch die Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin plant, derartige Kurse von ein bis zwei Wochen Dauer bevorzugt für Angehörige der Ärztekammern Berlin und Brandenburg wieder aufleben zu lassen. Ob dabei dem Beispiel der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit der Unterbringung von Kleinkindern in speziellen Betreuungseinrichtungen gefolgt werden kann, bedarf noch der Klärung. Das hängt nicht zuletzt auch von den Bedürf-



nissen der Interessentinnen ab. Der Kurs würde jedoch etwa zu folgenden Konditionen stattfinden:

**Termin:** im Januar 2005  
**Mindestteilnehmerzahl:** 30  
**Teilnahmegebühr:** ca. 550 € pro Woche  
**Ort:** Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin-Mitte

Die Kaiserin-Friedrich-Stiftung möchte jedoch zunächst herausfinden, wie groß der Bedarf von Ärztinnen und Ärzten nach längerem berufsweisen Intervall an einem solchen Kurs ist. Interessentinnen/ten werden gebeten, sich mit dem Sekretariat der Stiftung zur Beantwortung der unten aufgeführten Fragen in Verbindung setzen (E-Mail: [kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de](mailto:kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de)) und dabei schon eine – zunächst noch unverbindliche – Vormerkung vornehmen zu lassen.

### Fragen:

- Gewünschte Kursdauer: 1 oder 2 Wochen?
- Vermittlung von Hospitationsplätzen im Anschluss an den Kurs angestrebt?
- Kleinkindbetreuung erforderlich?

### Zur Themengestaltung:

- Beschränkung auf Auffrischung medizinischer Kenntnisse?
- Behandlung wirtschaftlicher und kassenrechtlicher Fragen?

Prof. Dr. med.  
Jürgen Hammerstein

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### St. Marien-Krankenhaus

**Dr. Ralf Näveke** ist seit Juni 2004 neuer Chef der Chirurgie. Sein Vorgänger, **PD Dr. Claus Bernhard**

**Ablassmaier** wechselte an eine Klinik in München. Ralf Näveke arbeitete zuvor am Unfallkrankenhaus Berlin.

### DRK-Kliniken Köpenick

**PD Dr. Hartmut Kern** ist neuer Chefarzt der im fertiggestellten Neubau vereinten Klinik für

Intensivmedizin und Anästhesiologie. Bislang wurden die Intensivstationen der Kardiologie und der Anästhesie im Hause getrennt geführt.

### Charité Campus Benjamin Franklin

Für Patienten, die unter chronischer Müdigkeit leiden – zum Beispiel

Krebspatienten oder Transplantierte - bietet die Charité ab sofort eine Fatigue-Sprechstunde an. Sie findet statt auf der Station o6 A, Hindenburgdamm 30, 9 bis 17 Uhr, Tel. 8445-4834/-4767.

### Vivantes – Auguste Viktoria-Klinikum

**Prof. Dr. med. Heino Kienapfel** ist neuer Chef der Klinik für

Orthopädie des Hauses. Der Spezialist für Hüft- und Knieprothesen sowie Wirbelsäulenchirurgie kommt von der Uniklinik Marburg. Sein Vorgänger, Prof. Dr. med. Jörg Scholz, hat zum Behringkrankenhaus gewechselt.

### Vivantes – Klinikum Am Urban

Die Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie und die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie sind Ende Juni mit ihrem stationären Betrieb von der Moabiter Turmstraße ins Klinikum Am Urban umgezogen.

### Wiegmann-Klinik

Die bisherige Privatklinik für psychogene Störungen wechselte zum 1. Juli 2004 unter die Trägerschaft der DRK Kliniken Berlin. Sie wird unter dem neuen Namen DRK Kliniken Berlin/Wiegmann-Klinik fortgeführt. Bis zum Bezug des neuen Hauses (Mitte 2005 am Spandauer Damm 130 auf dem Gelände der DRK Kliniken Westend) bleibt der bisherige Standort an der Hömannstraße 2 in Grunewald erhalten.

### Vivantes – Klinikum Am Urban

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Hauses wurde jetzt eine

Humangenetische Beratung für Patienten mit Anhaltspunkten für genetische Risiken aufgebaut. Die Abteilung unter der Leitung von **PD Dr. Hans Knoblauch** ist zu erreichen unter Tel. 697-26001.

Ebenfalls im Klinikum Am Urban wurde eine interdisziplinäre Sprechstunde für Menschen mit Prostatakarzom eingerichtet. Die Abteilung unter der Leitung von **PD Dr. Michael Siegsmond** bietet die Beratung jeden Dienstag von 15 bis 18 Uhr an. Anmeldung mit Überweisung durch einen niedergelassenen Urologen unter Tel. 697-26330.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699.  
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Strahlentherapie

## Ärztliche Stelle Qualitätssicherung Strahlenschutz beginnt Prüftätigkeit

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat auf Basis von § 83 Abs. 1 der Strahlenschutzverordnung und § 17 a Abs. 1 der Röntgenverordnung eine Ärztliche Stelle bestimmt. Die ÄSQSB wird gemeinsam von der Ärztekammer Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin betrieben. Die Geschäftsstelle befindet sich in der Ärztekammer Berlin. Nach umfangreichen Aufbauarbeiten, sind die formalen Rahmenbedingungen abgeschlossen und die Überprüfungen in der Nuklearmedizin und in der Strahlentherapie haben im Juli 2004 begonnen. Die Überprüfungen nach Röntgenverordnung (RöV), die von der Ärztlichen Stelle Röntgen schon 1989 begonnen wurden, werden im Rahmen der ÄSQSB weitergeführt.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben stehen der ÄSQSB in drei Kommissionen ehrenamtlich tätige Ärzte und Medizinphysikexperten sowie Gutachter aus allen drei Bereichen zur Seite. Gemäß der Richtlinie, die die Arbeit der ÄSQSB regelt, sind Vorsitzende und Gutachter von den Vorständen der ÄKB und KVB im Einvernehmen mit der Senatsverwaltung berufen worden.

Sobald die ersten Erfahrungen aus der Prüftätigkeit vorliegen, wird BERLINER ÄRZTE darüber berichten. Für Fragen steht Ihnen die Referatsleiterin der ÄSQSB, Frau Scharp, Tel. 40 80 6-1500, gern zur Verfügung.

### DIE KOMMISSION DER ÄSQSB

Vorsitzende  
Fr. Dr. Viebahn

#### Röntgenverordnung

Herr Dr. Beckmann  
Herr PD Dr. Banzer  
Herr Nunnemann

#### Strahlentherapie

Frau Dr. Rühl  
Frau Dr. Besserer  
Herr Dr. Rosenthal

#### Nuklearmedizin

Herr Dr. Buchali  
Frau Dr. Bertram  
Herr Dr. Hertzberg

Ärztliche Stelle Qualitätssicherung Strahlenschutz Berlin

### Ausgezeichnet



Fotos: Mike Minehan

## Ernst-von-Bergmann-Plakette für Klaus-Peter Hellriegel

Der Berliner Internist Professor Dr. med. Klaus-Peter Hellriegel (li.) bekam von Berlins Ärztekammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille die Ernst-von-Bergmann-Plakette überreicht. Die Auszeichnung verleiht die Bundesärztekammer für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung. Hellriegel, von 1982 bis 2001 Chefarzt der II. Inneren Klinik des Krankenhauses Moabit, ist seit 1. 11. 2001 Direktor der Klinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie in den Vivantes-Kliniken, zunächst in Friedrichshain und nun Am Urban.

Er ist überzeugter Vertreter einer patientenorientierten und evidenzbasierten Onkologie. Seit 1987 ist er Vorsitzender der Berliner Krebsgesellschaft. In dieser Rolle organisierte er zahllose hochkarätige Veranstaltungen, auf denen neues Wissen aus der Forschung kritisch diskutiert und einer breiten ärztlichen Öffent-

lichkeit wie auch Patienten zugänglich gemacht wurde. Zu nennen wäre zum Beispiel das Berliner Onkologische Sommerseminar für die ärztliche Fortbildung, das „Forum für alle“ auf dem Deutschen Krebskongress oder das Seminar für Pflegeberufe in der Onkologie. Auch die Gründung des Tumor-Zentrums Berlin geht auf seine Initiative zurück. 1997 wurde er für seine engagierte Arbeit mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.



## BfR warnt vor einer Rückkehr der Keime

Rund 2 Millionen Menschen sterben nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation jährlich weltweit durch verdorbene Lebensmittel. Selbst im hoch technisierten Deutschland werden jedes Jahr rund 200.000 Erkrankungen gemeldet, mehr als 60.000 davon wurden durch Salmonellen verursacht. Fachleute gehen davon aus, dass die tatsächliche Zahl der Erkrankungen um einen Faktor 10 bis 20 höher liegt. Nur wenn international einheitlich hohe Maßstäbe an die hygienische Qualität von Lebensmitteln angelegt werden, lässt sich auf Dauer verhindern, dass neue Erreger an Bedeutung gewinnen oder regional ausgebrotten Krankheiten wieder aufleben.



Das ist das Fazit des 5. Weltkongresses „Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen“, der im Juni 2004 in Berlin stattfand. Veranstalter ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in seiner Funktion als „Collaborating Centre for Research and Training in Food Hygiene and Zoonoses“ für die Weltgesundheits- und die Welternährungsorganisation.

Der Grundsatz: „Global denken, aber lokal angepasst handeln“, gilt auch bei der Abwehr von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen. In den Ländern der Europäischen Union, in Japan, Australien und den USA sind die lebensmittelhygienischen Probleme anders gelagert als in den asiatischen und den afrikanischen Ländern. Durch die Einführung des „Farm to Fork“-Konzepts, das die Lebensmittelhygiene Prozess begleitend vom Futtermittel für das Tier bis zum verzehrfertigen Lebensmittel auf dem Teller des Verbrauchers etabliert, haben sich die Risiken in den Industrieländern verlagert. Während das Gefahrenpotenzial in der Verarbeitung durch hohe Hygienestandards deutlich gesunken ist, gibt es nach wie vor Probleme bei der Sanierung der Tierbestände: Neben den Lebensmitteln liefernden Tieren sind vor allem die Lagerung und die Zubereitung sensible Bereiche im Hinblick auf spätere Lebensmittelinfektionen. Kritisch sind vor allem unter Vakuum oder Schutzgas verpackte

empfindliche Lebensmittel mit einer Haltbarkeit von bis zu 3 Wochen. In derart verpackten Fisch- und Fleischprodukten, insbesondere in Aufschnittware, können sich während langer Lagerzeiten zum Beispiel Listerien so stark vermehren, dass die Lebensmittel-Erkrankungen auslösen können.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Rekontamination von Lebensmitteln bei der Zubereitung. Besonders das abendliche, erneute Aufwärmen von Speisen, die für den Mittagstisch zubereitet und über längere Zeit warm gehalten wurden, ist risikoreich. Vor allem toxinbildende Erreger wie *Bacillus cereus* lösen so Lebensmittelinfektionen aus. Diese

Keime stellen gerade in Lebensmitteln, die der Verbraucher als relativ sicher einschätzt, wie Reis, Möhren oder Erbsen, eine Gefahr dar.

Mit der Erweiterung des europäischen Binnenmarktes könnten Krankheiten erneut aufflammen, die in der Europäischen Union als besiegt galten: So warnten die am Kongress teilnehmenden Lebensmittelhygieniker vor einer Rückkehr der Trichinellose. In einigen Regionen der neuen Mitgliedstaaten ist die Trichinen-Befallsrate von Schweinen vergleichsweise hoch.

Auch der wachsende globale Handel mit Lebensmitteln und die Veränderungen des heimischen Speisezettels bergen neue Risiken mit altbekannten Erregern. Nicht nur Schnittsalate, sondern auch andere pflanzliche Lebensmittel, die roh verzehrt werden, wie Kichererbsenbrei oder Mandeln, können mit Salmonellen belastet und damit eine Quelle für Lebensmittelinfektionen sein. In den Ländern Asiens sind Aquakulturen häufig in Einzugsgebieten von Ballungsräumen angesiedelt. Fisch und Meeresfrüchte aus diesen Regionen können deshalb durch Cholera-Erreger oder Hepatitis A-Viren aus Abwässern verunreinigt sein. Vor allem Shrimps, Muscheln oder Tintenfische sollten deshalb grundsätzlich nicht roh verzehrt werden.

Mehr Informationen unter:  
[www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)



*Drei Hefte widmen wir im Laufe der nächsten Monate dem Thema »Krebsprävention«. Den Anfang macht das Brustkrebscreening, über dessen Nutzen es in Deutschland eine breite wissenschaftliche Debatte gibt. Wir hatten das Thema in unserem Heft 8/2000 schon einmal aufgegriffen.*

*Inzwischen ist die Diskussion weitergegangen. Nach einem einleitenden Text von Prof. Dr. Klaus-Peter Hellriegel geben wir hier mehreren Autoren das Wort, die sowohl den Nutzen von Screeningmaßnahmen als auch die erforderlichen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich bewerten. (Die Red.)*

# Brustkrebsscreening

## NUTZEN UND ANFORDERUNGEN

### Chancen und Risiken der Krebsprävention

Von Klaus-Peter Hellriegel

**M**it der Entwicklung neuer Therapieverfahren ist für viele Krebskranke die Chance gestiegen, die Krankheit ganz zu überwinden. Fast die Hälfte aller Krebskranken kann heute geheilt werden. Dieser ermutigenden Aussage steht entgegen, dass in Deutschland zur Zeit jährlich 210.000 Menschen an Krebs sterben.

Sicher ist, dass diese Zahl durch geeignete Vorsorgemaßnahmen erheblich verringert werden könnte. Allein durch ausgewogene Ernährung und Verzicht auf Zigarettenkonsum ließe sich ein Drittel aller Krebserkrankungen vermeiden. Eine Reduktion von Risikofaktoren ist eine praktizierte Primärprävention von Krebs. Eine weitere Chance, aber auch eine weitere Herausforderung stellt die Möglichkeit der Krebsfrüherkennung, die so genannte Sekundärprävention dar. Ziel der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist die Entdeckung der Erkrankung in einem noch asymptomatischen Stadium. Hierzu bedarf es möglichst zuverlässiger und risikoarmer Untersuchungsverfahren zur Vermeidung falsch positiver und falsch negativer Ergebnisse. Im Idealfalle wäre das hierzu verwandte Untersuchungsverfahren von höchster Spezifität und Sensitivität, der erforderliche Aufwand und die Beeinträch-

tigung der Untersuchten minimal. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind nur sinnvoll, wenn die frühzeitigere Diagnosestellung für die Betroffenen von Nutzen ist. Dies ist der Fall, wenn die Heilungschance durch die Früherkennungsuntersuchung erhöht wird, insbesondere wenn weniger belastende Therapieverfahren angewandt werden können.

Früherkennungsuntersuchungen beim Mammakarzinom, dem häufigsten Karzinom bei Frauen, sind gegenwärtig die einzige realistische Möglichkeit, die krankheitsbedingte Letalität zu senken, die Heilungschance der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Die Größe der Geschwulst zum Zeitpunkt der Diagnosestellung korreliert direkt mit der Chance, geheilt zu werden. Hat der Tumor bei der Erstdiagnose einen Durchmesser von etwa 3 cm, überleben rund 63 % der Patientinnen 10 Jahre, bei T3-Tumoren (> 50 mm) nur 42 %.

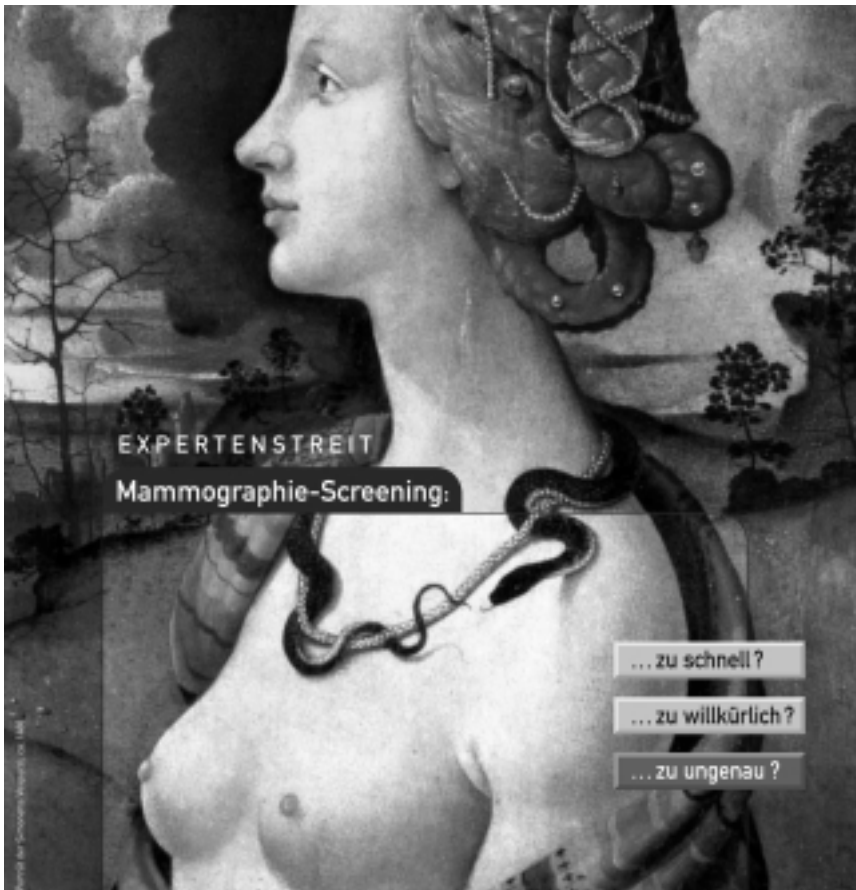
Die Überlebensrate steigt auf über 90 %, wenn der Tumor bei der Erstdiagnose < 1 cm ist. Mit jedem Millimeter, den ein Tumor früher entdeckt wird, steigt die Überlebensrate. Die wirkungsvollste Methode zur Früherkennung eines Mammakarzinoms ist die qualitätsgesicherte Mammografie, die durch die ärztliche inspektorische und palpatorische Untersuchung von Brustdrüse und regionären Lymphabflussgebieten zu ergänzen ist (Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland; Herausgeber: K.-D. Schulz, U.S. Albert, Zuckschwerdt-Verlag 2003).

Der Bundestag hat die Einführung eines qualitätsgesicherten, bundesweiten und bevölkerungsbezogenen Mammografie-

Screening-Programms für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach den Europäischen Leitlinien am 28. Juni 2002 beschlossen. Aufgrund der notwendigen Neustrukturierung, insbesondere der Qualitätskontrolle, wird mit einer flächendeckenden Umsetzung nicht vor 2005 zu rechnen sein. Die Frauen müssen über die Art der Durchführung der Maßnahmen und Methoden, ihre Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken sowie die erforderliche Dokumentation aufgeklärt werden. Es steht außer Frage, dass die Früherkennungsuntersuchung für die einzelne Frau zu einer erheblichen psychischen Belastung werden kann - nicht nur in Hinblick auf falsch positive Befunde und die sich unter Umständen anschließende Kaskade diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Jede Frau muss deshalb für sich selbst entscheiden können, ob sie sich einer Früherkennungsuntersuchung unterzieht oder nicht. Die Teilnahme daran muss freiwillig bleiben.

Screeninguntersuchungen werden auch in Zukunft kein Garant dafür sein, dass jede Krebserkrankung entdeckt wird. Sie stellen aber eine Chance dar, eine asymptomatische Krebserkrankung früher zu erkennen und die Heilungschance zu verbessern. Die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen führt zu einer Risikominimierung - allerdings durch das Eingehen untersuchungsbedingter Risiken.

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hellriegel,  
Direktor der Klinik für Innere Medizin,  
Hämatologie und Onkologie am  
Vivantes-Klinikum Am Urban,  
Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin



## Mammographie-Screening ist kein Synonym für Brustkrebs-Früherkennung

*Mammographie-Screening ist nicht synonym mit Brustkrebs-Früherkennung. Mammographie-Screening ist ein methodischer Teilzugang zur Brustkrebs-Früherkennung und besteht aus der Durchführung und Befundung von Mammographien in einer eingeladenen Zielpopulation mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko, ohne Arzt-Patientinnen-Kontakt.*

*Brustkrebs-Früherkennung hingegen ist ein umfassendes Gesamtkonzept frauenspezifischer Gesundheitsversorgung. Hierfür wurde eine hoch qualifizierte Stufe-3-Leitlinie nach den nationalen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) fertiggestellt.*

Von Ute-Susann Albert und Klaus-Dieter Schulz

Vor etwa 20 Jahren wurden in verschiedenen westeuropäischen Ländern und den Vereinigten Staaten Mammographie-Screening-Programme entwickelt und umgesetzt. Die Idee wurde aus der Situation geboren, dass seinerzeit eine flächendeckende Geräteversorgung und eine ausreichende Zahl trainierter Experten für die Befundung nicht verfügbar waren. Methodisch handelt es sich dabei um eine Röntgen-Reihenuntersuchung, in der ein unmittelbarer Arzt-Patientinnen-Kontakt nicht gegeben ist.

Die ärztliche Aufgabe beschränkt sich hier im Wesentlichen auf die serielle Befundung der Röntgenbilder. Ein Dialog mit den das Screening nutzenden Frauen ergibt sich allenfalls im Einzelfall bei weiter abklärungsbedürftigen Befunden. Die in speziellen Zentren ablaufenden Untersuchungen erwiesen sich als wirksamer Einstieg in die Früherkennung. Es wird davon ausgegangen, dass derartige Programme die Brustkrebsmortalität um 20-30 % in der Altersgruppe 50-69 zu reduzieren vermögen (19). Metaanalysen bisher publizierter prospektiv randomisierter Studien stellen jedoch wegen methodischer Ungereimtheiten das Ausmaß des Nutzens in Frage (13), (14). Die Kritik ist nicht ganz unberechtigt. Zum Teil wurde ein Studiendesign verwendet, das nicht mehr modernen Anforderungen entspricht. Die Untersuchungsergebnisse wurden außerdem mit einer technischen Ausrüstung erzielt, die heute längst nicht mehr gebräuchlich ist. Die Brustkrebssterblichkeit, die als einziger und wesentlichster Outcome-Parameter von Screening-Programmen evaluiert wurde, ist methodisch mit einer Fülle von Unwägbarkeiten behaftet.

Die Mammographie steht als apparative Untersuchung am Anfang einer Versorgungskette, der Tod durch Krebserkrankung steht am Ende derselben. Dazwischen liegt eine Reihe diagnostischer und therapeutischer Folgeschritte sowie eine Palette von Nachsorgemaßnahmen mit einem erheblich modifizierenden Einfluss auf das Ausmaß der Brustkrebsmortalität (17), (5). In der Vergangenheit wurden diese Faktoren und deren permanenter Wandel in den Screeningstudien nicht ausreichend oder gar nicht berücksichtigt (19), (20). So zeigen neuere Analysen, dass zum Beispiel die Senkung der Brustkrebs-Mortalitätsrate in England und Wales von 21,3 % in der Altersgruppe von Frauen 55-69 Jahren zu 6,4 % dem bestehenden Screeningprogramm und zu 14,9 % der Behandlung und anderen Faktoren zugerechnet wird (5).

### Argumente gegen das Screening als isolierte Maßnahme

Es gibt eine Reihe von Argumenten, das Prinzip der klassischen Screening-Mammographie im Sinne einer ausschließlichen Röntgen-Reihenuntersuchung als nicht mehr zeitgemäße Form, einer vielfach wohnortfernen und mechanistischen Fließbandmedizin zu verlassen. Die Selbstbestimmung der Frau, die informierte Entscheidung und der partnerschaftliche Dialog zwischen den an einer Früherkennung interessierten Frauen und den hierfür verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten ist in einem derartig organisierten System nicht gewährleistet. Es fehlt die notwendige Risikoberatung (22). Der mit diesem System verbundene Verzicht auf eine ärztliche Begleituntersuchung führt dazu, dass 5-10 % (22) der schon tastbaren Tumoren wegen der besonderen Morphologie des Tumors oder schwer zugänglicher Lokalisation mammographisch nicht darstellbar sind und daher als schicksalhaft fehldiagnostiziert in diesem Konzept akzeptiert werden (27).

Hormonale Faktoren, insbesondere endogen produzierte oder exogen zugeführte Sexualsteroiden, reduzieren nach-

gewiesenermaßen die Sensitivität und Spezifität der mammographischen Untersuchung. Dies ist besonders problematisch für die klassische Screening-Mammographie, die als Röntgen-Reihenuntersuchung ohne unmittelbar begleitende und nutzbare ärztliche Anamnese und ohne klinische Untersuchung durchgeführt wird. Eine Hormonsubstitution in der Postmenopause kann die Sensitivität der Mammographie um 7-12 % und die Spezifität um 15-50 % durch eine hormonbedingte Dichtezunahme des Drüsenkörpers vermindern (12), (28), (29). Die damit verbundene Zunahme falsch negativer und falsch positiver Befunde führt zu einer vermeidbaren körperlichen und psychischen Zusatzbelastung der an einem Screening teilnehmenden Frauen. (Natürlich ohnehin durch eine übersehene Tumorerkrankung, aber auch durch vermeidbare interventionelle Maßnahmen und offene Biopsien.) Ein weiteres diagnostisches Problem ergibt sich dadurch, dass gerade Frauen mit einer mehr als fünfjährigen Hormonbehandlung ein erhöhtes Brustkrebsrisiko aufweisen (6), (7). Dieses muss bei der Gestaltung der Früherkennung zwingend berücksichtigt werden und ist in Deutschland um so mehr von Bedeutung, als die Hormonsubstitution in der für Screeninguntersuchungen festgelegten Population sehr verbreitet ist.

So zeigt eine im Oktober 2002 durchgeführte, bundesweit repräsentative Befragung, dass in der Altersgruppe der 50-54-jährigen Frauen 29 %, der 55-59-jährigen Frauen 38 %, der 60-69-jährigen 16 % und selbst in der Gruppe von Frauen älter als 70 Jahre noch 14 % Hormonpräparate einnehmen. Jede zweite

Hormonanwenderin nimmt diese außerdem länger als fünf Jahre ein, 31 % sogar länger als 10 Jahre. (WHC-Studie: Anteil der Frauen mit Hormonbehandlung. Durchführung NFO Infratest, Unterstützung durch die Barmer Ersatzkasse). Die erwähnten Kritikpunkte sind weder ethisch, noch forensisch akzeptabel (17). Auf das sachkompetente ärztliche Gespräch und die begleitende klinische Untersuchung kann, auch wenn es in antiquierten Konzepten propagiert wird, nicht verzichtet werden. Es steht außer Frage, dass die qualitätsgesicherte Mammographie, als apparative Untersuchungsmethode einen besonders hervorzuhebenden Beitrag zur Früherkennung von Brustkrebs leistet. Eine Beschränkung der heute möglichen Diagnostik auf die klassische Screening-Mammographie ist jedoch ein bewusster Verzicht auf ein zunehmend besseres Outcome der Früherkennung und damit längerfristig der Verzicht auf eine zusätzlich mögliche Mortalitätssenkung. Brustkrebs-Früherkennung ist nicht synonym mit dem Begriff des Mammographie-Screening. Letzteres ist ein erster, wesentlicher Schritt in ein wirksames Früherkennungsprogramm. Mammographie-Screening ist ein methodischer Teilzugang zu dem Versorgungsproblem „Früherkennung“ (8), (9), (14), (16), (17), (19), (20), (23), (27).

Unter diesem Blickwinkel ist das gesundheitspolitische Ziel, die Früherkennung in Deutschland auf ein Mammographie-Screening in speziellen Zentren zu begrenzen, besonders problematisch (15). Es wurde bereits damit begonnen, die hierfür notwendigen Strukturen nahezu unverändert aus den Versorgungssystemen anderer Länder zu übernehmen.

Diese Versorgungssysteme sind in keiner Weise mit den deutschen Gegebenheiten kompatibel.

### **Die Diagnosekette: Brustkrebs-Früherkennung**

Neben der Mammographie gehören zur qualitätsgesicherten Diagnosekette der Früherkennung außerdem Risikobewertung, Anleitung zur Selbstuntersuchung, klinisch-ärztliche Untersuchung, apparative Zusatzdiagnostik bei unklaren Mammographiebefunden, interventionelle Gewebs-Entnahmetechniken, operative Abklärung und schließlich die pathohistologische Befundung. Da Früherkennungsuntersuchungen und -methoden primär gesunde Frauen betreffen, sind die Prinzipien der informierten Selbstbestimmung und der Beteiligung an medizinischen Entscheidungen besonders hoch anzusetzen.

### **Die Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung...**

Basis einer funktionierenden Diagnosekette müssen evidenz-basierte medizinisch-wissenschaftliche Inhalte sein. Auf ihnen aufbauend kann erst die Entwicklung eines fachübergreifenden, qualitätsgesicherten und flächendeckenden Versorgungskonzeptes beginnen. Dies geschieht über die Erstellung einer methodisch besonders anspruchsvollen und qualifizierten Leitlinie, deren Vorgaben von der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und dem Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt und festgelegt wurden (1), (18). Leitlinien sind keine forensisch relevanten Richtlinien, sondern Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten.

So enthält die Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland die relevanten Handlungsempfehlungen für Ärzte und die an einer Früherkennung interessierten Frauen(1), (2), (24), (25). Sie ist ausgerichtet auf das

Abb. 1: Stadienverschiebung durch Brustkrebs-Früherkennung

Brustkrebsstadien	0	I	II	III	IV
5 Jahres Überleben	100 %	96,5 %	75,6 %	48 %	20,2 %
BRD-Feldstudien 1998 *	5,3 %	36,5 %	42,1 %	10,2 %	5,8 %
USA 1993 **	13,4 %	41,9 %	28,8 %	5,3 %	3,5 %
Mortalität					
Lebensqualität					
Ist-Zustand					

\* Engel J. et al. Primary breast cancer therapy in six regions of Germany. Eur J Cancer 2001; 38: 578-585

\*\* SEER-Cancer Statistics Review. NCI 2000; <http://www.seer.ims.nci.nih.gov>

Lebensalter als besonderem Risikofaktor für eine Brustkrebserkrankung. Sie schließt dennoch ein individuelles risikoadaptiertes Vorgehen zusätzlich ein. Die Leitlinie bildet die evidenz-basierten medizinischen Inhalte der gesamten Diagnosekette ab. Sie definiert die Qualitätssicherung und deren Messbarkeit über Qualitätsindikatoren. Sie macht Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Lebensqualität und informierte Selbstbestimmung der Frau sind unverzichtbare Bestandteile der Ergebnisqualität und daher in der Leitlinie integriert (1), (2), (24), (25).

### **... als Voraussetzung für neue Versorgungskonzepte**

Die Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland erfordert nicht die Übernahme inkompatibler Versorgungsstrukturen aus anderen Ländern, sondern lässt sich problemlos in das föderalistische und dezentral strukturierte deutsche Gesundheitswesen implementieren. Sie ermöglicht eine zeitnahe, kosteneffektive Nutzung vorhandener Ressourcen und erfordert keine finanziellen Investitionen, die die Realisierung einer qualifizierten Früherkennung auf unbestimmte Zeit verschieben könnte (9). Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung ist jedoch eine weitgehend reibungslos funktionierende, sektorübergreifende

Kooperation zwischen Klinik und Praxis. Die Früherkennung von Brustkrebs muss auch als unauflösbarer Verbund mit Diskussionen um Disease-Management-Programme und Gestaltung von Brustzentren gesehen werden (26).

### **Qualität an Schnittstellen**

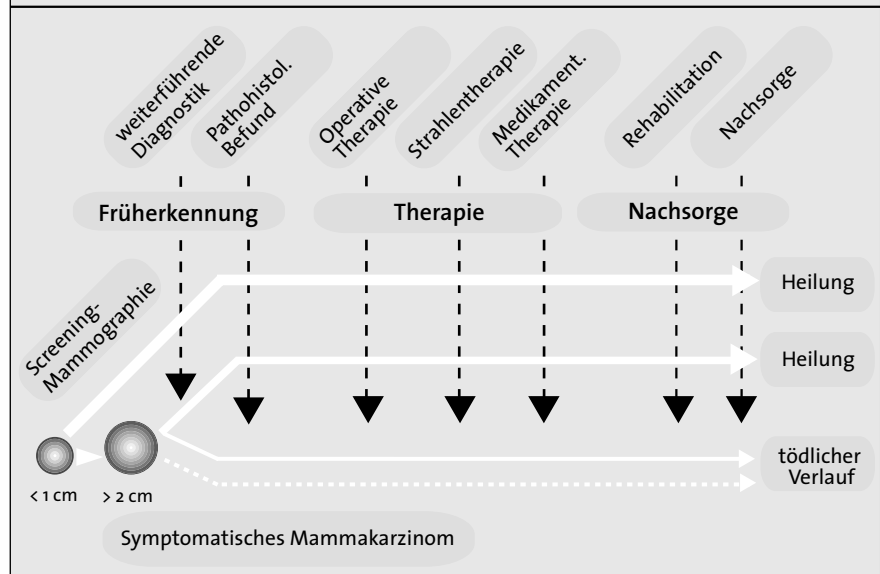
Als neues Element in der Leitlinienentwicklung hat die Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland einen speziellen Fokus auf die Qualitätssicherung und die Messung der Qualität über Qualitätsindikatoren gesetzt (1). Einzelne Qualitätsindikatoren konnten aus der ständig diskutierten, aber qualitativ unzureichenden Stufe 1-Leitlinie „European guidelines on quality assurance for mammographic screening“ übernommen werden (21). Diese Stufe 1-Leitlinie betont häufig die Leistungszahlen als Qualitätsparameter, während in der Stufe 3-Leitlinie zusätzlich Qualitätsindikatoren erarbeitet wurden, die bevorzugt die Prozess- und Ergebnisqualität beschreiben und messen. Dabei ist die Qualitätssicherung von Schnittstellen in einer fächerübergreifenden Diagnosekette besonders schwierig. Erfahrungsgemäß treten hier die gravierendsten Qualitätsverluste auf. Gerade diese Schnittstellen sind in der Stufe 3-Leitlinie umfassend beschrieben und werden über Qualitätsindikatoren überprüfbar. Die Leitlinie gibt Handlungsempfehlungen,

die wissenschaftlich belegt, evidenzbasiert und von den Fachgesellschaften im Konsens erarbeitet wurden. Die Stufe 3-Leitlinie ist ergebnisorientiert: flächendeckende, qualifizierte Diagnostik von frühen Stadien der Erkrankung, umfassende Dokumentation und Qualitätsbewertung, Information und Selbstbestimmung der an Früherkennung interessierten Frauen. Die Gewährleistung einer effektiven und funktionierenden Diagnosekette ist Voraussetzung, um die verbesserten Heilungschancen durch eine adäquate onkologische Behandlung unter Minimierung von Lebensqualitätseinschränkungen zu nutzen. Das langfristige Ziel ist die Senkung der Brustkrebssterblichkeit in Deutschland, durch eine Stadienverschiebung der derzeit überwiegend erst im Stadium II und höher diagnostizierten primären Brustkrebsfälle zugunsten der mit einer höheren Heilungschance verbundenen Stadien 0 und I (siehe Abb. 1) (1), (24), (25).

### Krebsregister sind wichtiger denn je

Alle aktuellen Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs, das heißt Entwicklung und Implementierung von Leitlinien, Aufbau qualitätsgesicherter Diagnose- und Versorgungsketten, Etablierung von Disease-Management-Programmen, sowie Begründungen von zertifizierten Brustzentren, haben ein gemeinsames, bisher unzureichend gelöstes Problem. Und dies bezieht sich auf eine qualifizierte Dokumentation und ein entsprechendes Datenmanagement. Gerade die erwähnten Schnittstellen sind auf einen reibungslosen Informationsaustausch angewiesen. Ohne regionale, überregionale, flächendeckende Krebsregister sind alle Bemühungen und Konzepte zum Scheitern verurteilt. Die vielfach überbewerteten Fragen des Datenschutzes sind in dieser Richtung kontraproduktiv. Sie bewirken, dass eine Standortbestimmung für Deutschland auf dem Sektor Mammakarzinom, bis auf lokale Ausnahmen, nur geschätzte Daten zur Grundlage hat (3), (4), (8), (10), (11). Sie

**Abb. 2: Einflussfaktoren der Brustkrebssterblichkeit: Drei Säulen der Versorgungskette Mammakarzinom (modifiziert nach Schulz KD, Albert US, Frauenarzt 2002; 43: 657-662)**



behindern die leitlinienkonforme Versorgung und stehen einem weiteren Ausbau der Qualitätssicherung entgegen (9), (15), (16). Auf der Basis der Stufe-3 Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland kann das Mammographie-Screening in die qualitätsgesicherte Diagnosekette als Teil eines Früherkennungs-

programms integriert werden (siehe hierzu auch Abb. 2) (9), (23). Eines der wichtigsten Gesundheitsziele ist die Weiterentwicklung der leitlinienkonformen medizinisch-qualifizierten Versorgung der Bevölkerung. Die Fachgesellschaften, Berufsverbände und nichtärztlichen Organisationen haben die medizinisch-wissenschaftliche Voraussetzung für ein umfassendes nationales Gesamtkonzept der Brustkrebs-Früherkennung formuliert. Gesetzgeber, Kostenträger und politische Entscheidungsträger sind aufgerufen, dringst eine praktikable Lösung zu erarbeiten. Die Bürgerinnen und Bürger haben ein Anrecht auf Information über zentrale Probleme der Gesundheitsversorgung.

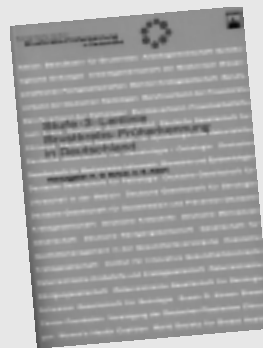
*Literatur in der Internetversion dieses Textes:* [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de).

Verfasser:

Dr. med. Ute-Susann Albert,  
Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schulz,  
c/o Philipps-Universität Marburg  
„Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische  
Endokrinologie und Onkologie“,  
Pilgrimstein 3, 35037 Marburg

Beide Autoren sind Mitglieder der  
„Konzertierten Aktion: Brustkrebs-  
Früherkennung“ in Deutschland  
(siehe nebenstehende Buchempfehlung)

### Buchempfehlung zum Thema



Schulz, K. D., Albert, U. S. und die Mitglieder der Planungsgruppe und Leiter der Arbeitsgruppen „Konzertierte Aktion: Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“. Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1 ed. München: Zuckschwerdt Verlag, 2003. ISBN: 3-88603-812-2; [www.awmf.de](http://www.awmf.de), [www.senologie.org](http://www.senologie.org)



## Wem nützt Mammographie-Screening?

*„Alle Screening-Früherkennungsprogramme schaden; manche können auch nützen. Der Schaden tritt sofort auf, für den Nutzen braucht es länger, bis er sichtbar wird. Daher ist die erste Wirkung jeden Programms, auch wenn es ein nützliches ist, dass es die Gesundheit der Zielgruppe verschlechtert. ... Ein Screening-Programm ohne falsch positive Befunde übersieht zu viele Fälle, um wirksam zu sein. ... Ein Screening-Programm ohne falsch negative Befunde verursacht zu großen Schaden an der gesunden Bevölkerung. ... Obwohl für die Gesamtpopulation bedeutungslos, kann ein einziger falsch positiver Befund für das Individuum verheerende Folgen haben.“*

Diese aphoristischen Warnungen stammen von J. A. Muir Gray, Institute of Health Sciences, University of Oxford, England, dem Leiter des Britischen Mammographie-Screening-Programms (1). Selbst wenn man davon ausgeht, dass Mammographie-Screening die Brustkrebssterblichkeit vermindern kann, haben nur sehr wenige Frauen einen Nutzen. Sehr viel mehr Frauen werden geschädigt, die Mehrheit der Frauen hat im besten Fall keinen Nutzen. Ob durch Mammographie-Screening die Brustkrebssterblichkeit überhaupt gesenkt werden kann, bleibt ungeklärt (2). Die wissenschaftliche Kontroverse ist nicht auflösbar.

Von Ingrid Mühlhauser

### Informierte Entscheidung für Frauen

Vor diesem Hintergrund erlangt die Forderung, den Frauen eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Screening zu ermöglichen, besondere Brisanz. Das britische General Medical Council hat 1999 in einer wegweisenden Publikation ethische Leitlinien für den Informationsprozess formuliert, der die Grundlage für infor-

mierte Entscheidungen durch Patienten/Verbraucher zu diagnostischen Maßnahmen und Behandlungseingriffen einschließlich von Screening-Untersuchungen darstellt (3).

Die Leitlinien empfehlen ausdrücklich,

◆ dass vor einem diagnostischen Eingriff nicht nur der Zweck der Untersuchung erklärt werden muss, sondern auch die Wahrscheinlichkeiten für falsch negative und falsch positive Ergebnisse.

◆ Bei Therapie- und Screening-Maßnahmen muss über die Prognose im Falle des Verzichts auf den Eingriff (natural course) informiert werden.

◆ Im Vergleich dazu sind für die in Rede stehenden und für alternative Maßnahmen deren Wirkungen und Nebenwirkungen, Unsicherheiten und Risiken, medizinische, soziale und finanzielle Folgen quantitativ darzustellen.

◆ Des Weiteren haben die Betroffenen Anspruch auf Information über die eventuelle (interdisziplinäre) Planung des weiteren Verfahrens, zu Unterstützungs- und Beratungs-Angeboten.

◆ Die Informationen müssen wissenschafts-(evidenz)-basiert sein und verständlich und ausgewogen dargeboten werden (z.B. Angaben von Häufigkeiten anstelle von Relativ-Prozenten) und auf die relevanten Endpunkte (patient-oriented outcomes) ausgerichtet sein.

◆ Den Betroffenen muss ausreichend Zeit für die Entscheidung gegeben werden.

◆ Die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen aufgrund der Information die Untersuchung bzw. Behandlung ablehnen mögen, darf keinesfalls ein Grund dafür sein, die entsprechenden Daten vorzuenthalten.

### Informationen sind irreführend

Diese Grundsätze werden bisher bei der Information zum Mammographie-Screening nicht berücksichtigt (4). Die Informationen sind interessegeleitet und irreführend. Das Ergebnis sind Trugschlüsse, irrealen Erwartungen und Ansprüche (5,6).

### Früherkennung ist nicht Vorsorge

So ist beispielsweise der Trugschluss, Brustkrebs-Früherkennung wäre Vorsorge, in der Bevölkerung weit verbreitet. Fast 80 % der Frauen glauben, dass sie durch Teilnahme am Mammographie-Screening Brustkrebs verhindern oder zumindest das Risiko daran zu erkranken, vermindern können (5).

**Nutzen, fehlender Nutzen und unerwünschte Wirkungen des Mammographie-Screening bezogen auf 1000 Frauen im Alter von 50 bis 60 Jahren über einen Zeitraum von 10 Jahren (7,8)**

	ohne Mammographie	Mammographie alle 2 Jahre
Verstorben an Brustkrebs	8	6
Verstorben an anderen Todesursachen	72	74
Nicht verstorben	920	920
Diagnose Brustkrebs	25	30
Keine Diagnose Brustkrebs	975	970
Gesamtzahl Screening-Mammographien		5000
Anzahl Frauen mit mindestens einem falsch positiven Befund		200
Anzahl Frauen mit Biopsie in Folge falsch positiven Befunds		60

**Annahmen:** Gesamtsterblichkeit 8 %, egal ob Mammographie-Früherkennungsuntersuchungen angeboten werden oder nicht. 30 % Verminderung der Brustkrebs-Sterblichkeit durch Mammographie-Früherkennungsuntersuchungen. Zunahme der Brustkrebs-Diagnosen durch Mammographie-Früherkennungsuntersuchungen um 20 %. Anteil der Frauen mit mindestens einem falsch positiven Mammographie-Befund nach 5 Mammographien 20 %. Anteil der Frauen mit Biopsien nach 10 Jahren 6 %.

### Das Brustkrebsrisiko wird überschätzt

Die Darstellung "Jede 10. Frau trifft es" ist irreführend. Sie bezieht sich auf die Gesamtlebenszeitspanne und gilt nur für jene Frauen, die das 80. Lebensjahr erreicht haben. Für Frauen, die gerade das 50., 60. oder 70. Lebensjahr erreicht haben und bisher keine Brustkrebs-Diagnose hatten, gilt, dass bei etwa 1 von 40 in den nächsten 10 Jahren Brustkrebs diagnostiziert wird (7). Insgesamt ist nur für 3 bis 4 von jeweils 100 Frauen die Todesursache Brustkrebs, 96 bis 97 von jeweils 100 Frauen sterben an anderen Todesursachen (7,8).

### Nutzen wird überschätzt

Die Darstellung des möglichen Nutzens als Relativprozent „30% weniger Brustkrebstote“ führt zu einer realitätsfremden Einschätzung dessen, was Mammographie-Screening leisten kann und was nicht (7,8).

### Früher ist nicht immer besser

Durch Mammographie-Screening werden überwiegend Brustkrebsformen erkannt, die auch bei späterer Erkennung keine schlechtere Prognose gehabt hätten. Der Diagnose-Zeitpunkt wird vorverlegt, dadurch wird die Zeitspanne, mit der die Frau mit der Diagnose Brustkrebs lebt, verlängert, ohne dadurch notwendigerweise eine Verlängerung der Lebenserwartung zu haben. Hingegen werden besonders bösartige

Krebsformen meist auch durch Mammographie nicht rechtzeitig erkannt.

### Falsche Verunsicherung und falsche Beruhigung

Wie sicher kann eine Frau sein, dass kein Brustkrebs vorliegt? Die Wahrscheinlichkeit, dass für eine Frau im Alter zwischen 50 und 70 Jahren, die noch an keiner Mammographie-Screening-Untersuchung teilgenommen hat, Brustkrebs vorliegt, ist etwa 0,8 %, das heißt 8 von 1000 Frauen sind betroffen. Bei

992 von 1000 Frauen, oder 99,2%, liegt kein Brustkrebs vor. Wie sicher kann eine Frau nun sein, dass kein Brustkrebs vorliegt, wenn der Mammographiebefund unauffällig ist?

Von 1000 Frauen mit normalem Mammographiebefund wird dennoch im Laufe des folgenden Jahres bei etwa 1 bis 2 Frauen Brustkrebs diagnostiziert. Das bedeutet also, dass eine Frau auch ohne Teilnahme am Mammographie-Screening sehr sicher sein kann, dass kein Brustkrebs vorliegt. Andererseits kann eine Frau auch bei normalem Mammographie-Befund nicht 100%ig sicher sein, dass kein Brustkrebs vorliegt (8). Populationsbezogene Screening- und Präventionsprogramme sind davon abhängig, dass möglichst alle Personen der Zielpopulation teilnehmen. Eine umfassende und objektive Darstellung von Nutzen, fehlendem Nutzen und möglichem Schaden führt jedoch dazu, dass ein erheblicher Anteil der Zielgruppe an den Programmen nicht teilnehmen wird. Am Beispiel des Mammographie-Screenings haben wir diese Problematik diskutiert (7,8) und exemplarisch die wissenschaftlichen Ergebnisse als Grundlage zur Kommunikation mit der Zielgruppe der Frauen in einer Broschüre und einer online-Version publiziert (siehe Kasten).

### **Nutzen und Schaden von Mammographie-Screening**

Die auf S. 21 stehende Tabelle zeigt exemplarisch für die Altersgruppe der Frauen zwischen 50 und 60 Jahren eine Gegenüberstellung von einigen Aspekten zur Beurteilung des möglichen Nutzens, des fehlenden Nutzens und Schadens von Mammographie-Screening.

#### **Überdiagnosen**

Mehr Diagnosen sind kein Erfolgskriterium. Mammographie-Screening-Programme führen zu einer Zunahme an Brustkrebsdiagnosen um mindestens 20 % (Tabelle auf Seite 21). Die Einfüh-

rung von Mammographie-Screening-Programmen in Norwegen und Schweden haben zu einer Zunahme von Brustkrebsdiagnosen bis zu 80 % in der Altersgruppe 50 bis 70 Jahren geführt, ohne dass es zu einer Abnahme von Diagnosen in der Altersgruppe über 70 Jahren kam (12). Nicht nur Diagnosen von DCIS (intraductales Carcinoma in situ) nehmen durch Mammographie-Screening zu. In der schwedisch-norwegischen Untersuchung gab es vor allem eine Zunahme von Diagnosen von invasivem Brustkrebs.

#### **Gesamtsterblichkeit und Gesamtkrebssterblichkeit bleiben gleich**

Ohne Mammographie-Screening sterben etwa 8 von 1000 Frauen, mit Mammographie-Screening 6 von 1000. Das heißt, im günstigsten Fall hätten 2 von 1000 Frauen insofern einen Nutzen, als sie in der Zeit von 10 Jahren nicht an Brustkrebs sterben würden (Tabelle auf Seite 21).

Während dieser 10 Jahre versterben etwa 5 mal so viele Frauen an anderen Krebserkrankungen und insgesamt etwa 10 mal so viele Frauen an anderen Todesursachen. Die Gesamtsterblichkeit und die Sterblichkeit an Krebserkrankungen insgesamt bleibt für Frauen mit und ohne Mammographie-Screening gleich (2).

#### **Unerwünschte Wirkungen durch Mammographie-Screening**

Beunruhigung durch Mammographie-Screening erfahren zwischen 5 und 10 von 100 Frauen, die sich wegen falsch

positiver Befunde weiteren Untersuchungen zu unterziehen haben. Von 1000 Frauen, die sich 10 Jahre lang einem Mammographie-Screening unterziehen, müssen etwa 200 mit einem falsch positiven Ergebnis rechnen, bei etwa 60 Frauen erfolgt eine Biopsie, obwohl kein Brustkrebs vorliegt.

Für nicht qualitätsgesichertes Screening liegen diese Zahlen noch deutlich höher (13). Nachteile haben auch jene Frauen, bei denen die (frühere) Diagnose von Brustkrebs zu keiner Verbesserung oder sogar zu einer Verschlechterung der Lebensprognose führt. Die Überdiagnosen von Brustkrebs führen zu unnötigen Operationen, Strahlenbehandlungen und Chemotherapien (2,7,8). Mammographie-Screening führt nicht zu einer Abnahme, sondern zu einer Zunahme von therapeutischen Eingriffen, einschließlich von Mastektomien (2).

#### **Je weniger falsch positive, umso mehr falsch negative Befunde**

Im Bremer Pilotprojekt war man bemüht, die Rate an falsch positiven Befunden zu vermindern. Dadurch werden jedoch möglicherweise mehr Diagnosen im Intervall erst durch klinische Manifestation gestellt (8). Diese Daten wurden bisher noch nicht publiziert.

Literatur in der Internetversion dieses Textes:  
[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de).

Verfasserin:

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg, IGTW Gesundheit  
Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg

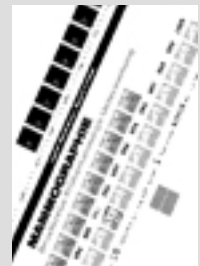
#### **Broschüre zum Thema**

Mühlhauser, I., Höldke, B., „Mammographie. Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchung“. Kirchheim-Verlag, Mainz, 2000.

Die Broschüre ist neben weiteren Informationen in einer Online-Version zu finden unter:

<http://www.mammographie-screening-online.de>

<http://www.gesundheit.uni-hamburg.de>



## Epidemiologische Aspekte des Mammographiescreenings

*Bayern ist das erste Bundesland, in dem ein flächendeckendes Mammographie-screening-Programm implementiert wurde. Seit dem Start des Bayerischen Mammographiescreenings (BMS) vor etwas mehr als einem Jahr, hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eine erfreuliche Infrastruktur aufgebaut.*

Von Alexander Crispin und Dieter Hölzel

### Epidemiologische Rahmenbedingungen für das Screening

Das Mammakarzinom ist der häufigste maligne Tumor und die wichtigste krebserkrankte Todesursache der Frau. Jährlich erkranken in der Bundesrepublik mehr als 50.000 Patientinnen neu. Dies entspricht einer rohen Inzidenz von über 130 Neuerkrankungen auf 100.000 Frauen. In der Region München sind es bereits 150, ohne in-situ-Karzinome. Bei dieser Angabe handelt es sich um einen Mittelwert, der in etwa der Neuerkrankungsrate der 40- bis 44-Jährigen entspricht (Tab. 1). Im Alter von 30 bis 35 Jahren erkranken 25,9, von 60 bis 70 Jahren circa 320 pro 100.000, also zwölfmal so viele. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts sind 2002 insgesamt 17.780 Frauen an Brustkrebs verstorben. Dies sind 50 pro 100.000 Frauen. Hieraus ergibt sich eine grobe Schätzung für die Überlebensrate von 62 % (100 % minus 50/130). Das sind erschreckende Zahlen. Jedoch macht der Quotient von Mortalität und Inzidenz einen entscheidenden Sachverhalt deutlich, der in der öffentlichen Diskussion nicht stark genug betont werden kann: Die Diagnose eines Mammakarzinoms ist beileibe kein Todesurteil. Je früher im Krankheitsverlauf Diagnose und Therapie erfolgen, desto besser die Prognose. So reduziert ein Carcinoma in situ die Lebenserwartung der Betroffenen praktisch überhaupt nicht. Aber auch invasive Karzinome haben bei Erkennung in einem frühen Stadium eine sehr günstige Prognose.

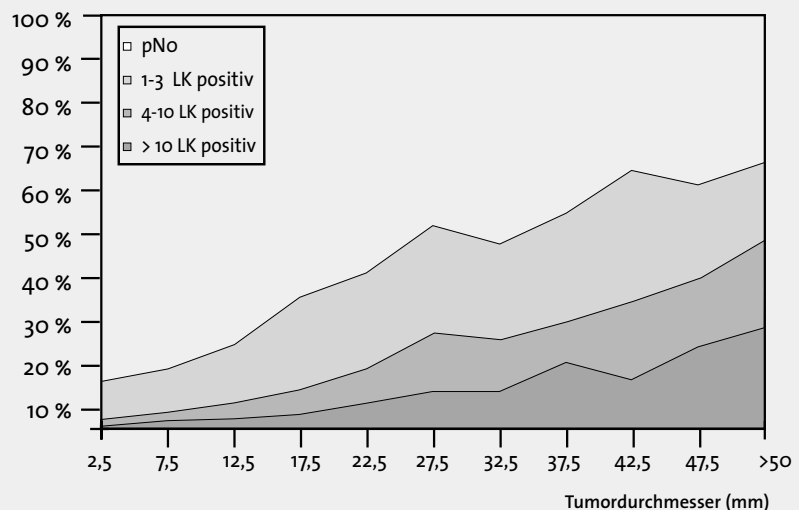
Daten des Tumorregisters München (TRM) belegen bei einem pT 1a/b-Befund (Tumordurchmesser unter 10 mm) relative Fünf- bzw. Zehn-Jahresüberlebensraten von 96 % bzw. 90 %. Wird der Tumor später entdeckt, fallen die Survivalraten allerdings sukzessive auf wesentlich niedrigere Werte ab. Für pT4 (Infiltration von Haut oder Brustwand) beträgt das Fünf- bzw. Zehn-Jahres-Überleben nur noch 47 % bzw. 31 %. Die relativ grobe Einteilung der Tumorgroße in pT-Kategorien lässt nicht deutlich werden, dass jeder Millimeter zählt: Die Wahrscheinlichkeit für einen Lymphknotenbefall, den wichtigsten Prognosefaktor quoad vitam, zeigt eine enge, von 5 bis 50 mm praktisch lineare Beziehung zum Tumordurchmesser (siehe

Abb. 1). Die beschriebene Konstellation – hohe Inzidenz, lebensbedrohliches Krankheitsbild, jedoch gute Prognose bei Erkennung im Frühstadium – qualifizieren das Mammakarzinom zum idealen Ziel für systematisches Screening.

### Was ist Screening?

Traditionell wird der Arzt erst dann tätig, wenn er von seinem Patienten mit einem konkreten Problem konsultiert wird. Im Falle von Krebserkrankungen, die nicht selten erst nach langem latentem Verlauf in einem prognostisch ungünstigen Stadium klinisch manifest werden, erweist sich dieses Vorgehen häufig als fatal. Screening ist die logische Antwort auf diesen Missstand. Durch systematische Früherkennungsuntersuchungen der Risikopopulation wird versucht, beschwerdefreie Frauen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der Zielerkrankung zu identifizieren (engl. to screen = durchsieben). Hierbei gelten andere Regeln als für die klinische Diagnostik. Brustkrebscreening richtet sich an Gesunde, erfordert also regelmäßige Untersuchungen von Millionen von Frauen. Ein Screeningtest ist in der Regel nicht perfekt. Erkrankte werden nicht erkannt

Abb. 1: Abhängigkeit des Lymphknotenstatus vom Durchmesser des Primärtumors



Tab. 1: Altersspezifische Inzidenzraten des Mammakarzinoms 1998-2000  
(Daten des Tumorregisters München)

Alter (Jahre)	Altersspezifische Inzidenz (jährl. Fälle pro 100.000 Frauen)
0 – 19	0
20 – 24	0,5
25 – 29	6,2
30 – 34	25,9
35 – 39	56,5
40 – 44	115,5
45 – 49	200,4
50 – 54	269,2
55 – 59	355,4
60 – 64	319,9
65 – 69	321,7
70 – 74	320,6
75 – 79	327,2
80 – 84	286,8
85 Jahre und darüber	248,4

(falsch negative Befunde), Gesunde falsch eingestuft (falsch positive Befunde). Insgesamt muss der Screeningtest für die Bevölkerung akzeptabel, nicht belastend und finanzierbar sein. Wie beim Mammakarzinom muss es ein früh erkennbares Stadium geben, das adäquat behandelt werden kann und eine bessere Prognose hat. Wie die „Stufe 3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ beschreibt, ist dafür ein vielstufiger interdisziplinärer Prozess zu etablieren. Die Realisierung einer Screeningmaßnahme ist eine Optimierungsaufgabe, bei der es darum geht, mit begrenzten Ressourcen ein Maximum an Nutzen und Minimum an Schaden zu erzielen. Diese ethische Verpflichtung hat die Medizin den Gesunden gegenüber, denen man Untersuchungen andient.

### Fakten zum Mammographiescreening

Nicht immer wird über die wenigen Fakten, die das Screening beschreiben, korrekt und vollständig informiert (vgl.

Tab. 2). Die jährliche Inzidenz in der Zielgruppe für das Mammographiescreening liegt heute bei circa 0,3 %. Pro Jahr erkranken also 300 je 100.000 Frauen. Im zweijährigen Screeningintervall erkranken 0,6 %. Kumuliert über das Anspruchsintervall von 50 bis 70 Jahren ergibt sich ein Erkrankungsrisiko von 6,1 %.

Ohne jegliche Mammographie würden die meisten Tumoren erst bei einem Durchmesser zwischen 2 und 5 cm entdeckt und – wie vor dreißig Jahren – mehr als die Hälfte der erkrankten Frauen versterben. Da mit einem systematischen Screening im Mittel ein Tumordurchmesser um 12 mm erreicht werden könnte, sollten sich

Zwanzigjahresüberlebensraten von über 70 % realisieren lassen. Selbst bei der heute günstigeren Ausgangssituation könnten von den circa 7500 Sterbefällen im Alter von 55 bis 75 Jahren, auf die sich ein Screening ab 50 Jahren auswirken würde, sicherlich noch 2250 vermieden werden.

Mit jedem krebssbedingten Sterbefall gehen bei einem mittleren Erkrankungsalter von 62 Jahren fast fünfzehn Lebensjahre verloren – eine Zahl, die von Screeningkritikern durch Bezug auf die Gesamtpopulation gelegentlich auf etwa sieben Wochen klein gerechnet wird. Scheinbar widersprüchliche Zahlen lassen sich auch aus den Testcharakteristika Sensitivität und Spezifität berechnen, für die 90 % und 95 % angenommen werden. Natürlich liegt bei der niedrigen Inzidenz der prädiktive Wert eines Verdachtsbefundes bei 10 %, das heißt, nur 50 von 550 positiven Befunden sind richtig positiv (vgl. Tab. 2). Über zwanzig Jahre mit insgesamt zehn Mammographien ergeben sich rechnerisch 40 % der Frauen, für die mindestens

einmal ein verdächtiger Befund abzuklären ist. Auf die Anzahl der Mammographien bezogen sind es nur etwa 6 % abklärungsbedürftige Aufnahmen. Dies sind Schätzwerte, die Wiederholungsaufnahmen, Vergrößerungen, zusätzliche Bildgebung vor einer Biopsie bedeuten können. Welchen Einfluss der systematische Zugriff auf frühere Aufnahmen hat, wie sich Qualitätszirkel, Doppel- und Dreifachbefundungen auswirken, und welchen Trend die vielen Qualitätsindikatoren zeigen, ist nur empirisch durch eine aussagekräftige Dokumentation eines qualitätsgesicherten Screenings zu beantworten.

### Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Die aktuelle Kontroverse um das Mammographiescreening wurde im Jahr 2000 durch die Lancet-Publikation einer Metaanalyse von Gøtzsche und Olsen angestoßen, in der die Autoren die Reduktion der Brustkrebsmortalität schlichtweg in Frage stellten. Diese Arbeit ist wegen ihres rein statistisch-formalistischen Ansatzes ohne Berücksichtigung der biologischen Plausibilität der Analyseergebnisse zu Recht stark kritisiert worden. Trotzdem unterstreicht auch diese Diskussion die Notwendigkeit einer funktionsfähigen Sicherung der Ergebnisqualität. In Deutschland wurden bereits vor der Einführung eines geregelten Programms jährlich etwa 3,5 Millionen Frauen mammographiert. Zwei bis drei Millionen davon waren opportunistische, „graue“ Screeningmammographien.

Diese Zahl entspricht 70 % der 50- bis 70-jährigen Teilnahmeberechtigten, die das Angebot voraussichtlich nutzen werden. De facto stellt sich in Deutschland nicht die Frage, ob gescreent werden soll oder nicht, sondern ob der bisherige Wildwuchs weiter toleriert werden kann. Die Kenngrößen zum Screening (Tab. 2) belegen die Gratwanderung zwischen Nutzen und Schaden. Deshalb braucht der am-

Tab. 2: Kenngrößen zum Mammographie-Screening

Wie hoch ist die Inzidenzrate des Mammakarzinoms in der Screeningpopulation im Alter zwischen 50 und 70?	269 bis 355 pro 100.000 Frauenjahre
Wie hoch ist das Risiko, im Alter zwischen 50 und 70 Jahren an einem Mammakarzinom zu erkranken?	6,1%
Wie hoch ist das Risiko, während des zweijährigen Screening-Intervalls zu erkranken?	0,6%
Mittleres Erkrankungsalter	62 Jahre
Mittleres Sterbealter bei Verläufen mit Progression	69 Jahre
Mittleres Sterbealter geheilter Patientinnen	84 Jahre
Wie viele Frauen versterben pro Jahr aufgrund eines Mammakarzinoms, das im Alter zwischen 50 und 70 aufgetreten ist?	ca. 7500
Wie viele dieser Todesfälle wären durch Mammographiescreening vermeidbar? (Annahme: Risikoreduktion um 30%)	ca. 2250
Wie viele Frauen sind berechtigt zur Screeningteilnahme?	ca. 10 Millionen
Mit welcher Wahrscheinlichkeit wird ein Mammakarzinom bei der Mammographie erkannt (Sensitivität)?	ca. 90%
Mit welcher Wahrscheinlichkeit wird eine Frau ohne Mammakarzinom korrekt eingestuft (Spezifität)?	ca. 95%
Wie viele klärungsbedürftige Befunde resultieren bei 10.000 Screeningmammographien?	ca. 550
Bei wie vielen dieser Befunde liegt kein Karzinom vor?	ca. 500
Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit für eine tumorfreie Frau, bei zehn Screeningmammographien zumindest einmal einen falsch positiven Befund zu erhalten?	ca. 40%

bulante Sektor ein modernes Informationssystem für ein solches Leistungsangebot, mit dem auch jede klinische Mammographie unabhängig vom Alter unterstützt werden sollte.

Nur mit einer modernen Infrastruktur sind Stärken und Schwächen zu erkennen und Bemühungen im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung glaubhaft zu vermitteln. Eine solche adäquate Infrastruktur für die Früherkennung hat zwei Aufgaben zu lösen:

Die Unterstützung aller in den Screening- und Früherkennungsprozess involvierten Ärzte sowie die Bereitstellung

wissenschaftlich belastbarer Daten zur Wirksamkeit und zur Sicherheit. Meldegesetze sind für das Einladungssystem zu ändern, die Krebsregistrierung ist für die Evaluation flächendeckend zu etablieren. Die Trennung von klinischer und Screeningmammographie ist zu überwinden. Der schnelle Einstieg kann über die vorhandene Infrastruktur und die klinische Mammographie, über neu zu schaffende Zentren oder eine Auswahl qualifizierter Einrichtungen erfolgen. Auf unterschiedlichen Wegen ist das einvernehmliche Ziel schnell zu erreichen: Mindestens eine Einladung zum Screening an jede Frau zwischen 50 und 70 Jahren, Transparenz zum Teilnahmeverhalten, zu den entdeckten und übersehenen Karzinomen, zur Qualität der Befunder, zur Abklärung von Verdachtsbefunden, zur zeitgemäßen Behandlung der Patientinnen und zur Entwicklung des Mammographierens außerhalb des Screenings. Als gemeinsame Aufgabe der involvierten Kräfte müsste eine führende Industrienation ein solches klar definiertes Projekt in zwei bis drei Jahren realisieren können. Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist dies bereits gelungen. In anderen Bundesländern haben Optimisten noch einige Monate Zeit, ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes Screeningprogramm zu implementieren und die weitere Entwicklung wissenschaftlich verantwortungsvoll zu gestalten.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Alexander Crispin und  
Prof. Dr. rea. biol. hum. Dieter Hölzel,  
Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie,  
Marchioninistr. 15, 81377 München

## Brustkrebs und Mammographie-Screening aus der Sicht der Patientinnen

*Frauen mit Brustkrebs beklagen Defizite in der Brustkrebsfrüherkennung. Mammographie-Screening entspricht für Frauen in der Altersgruppe zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr einem Weltstandard. Die Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur Früherkennung von Brustkrebs nach Europäischen Leitlinien spricht hier eine deutliche Sprache. Frauen in Deutschland sollte sie deswegen auf diesem bisher höchsten Niveau der Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings, und zwar ohne Abstriche durch die S3-Leitlinie bzw. die „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“, angeboten werden.*

Von Gudrun Kemper

Zahlreiche Länder bieten Frauen die Screening-Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs seit Jahrzehnten an. In Deutschland gab es bis zur fraktionsübergreifenden Zustimmung des Bundestages zum Antrag „Brustkrebs – Mehr Qualität bei der Früherkennung, Versorgung und Forschung – für ein Mammographie-Screening nach Europäischen Leitlinien“ und das, obwohl die „European guidelines for quality assurance in mammography screening“ bereits 1993 erschienen, am 28. Juni 2002 im Bundestag kein Programm zur qualitätsgesicherten Früherkennung.

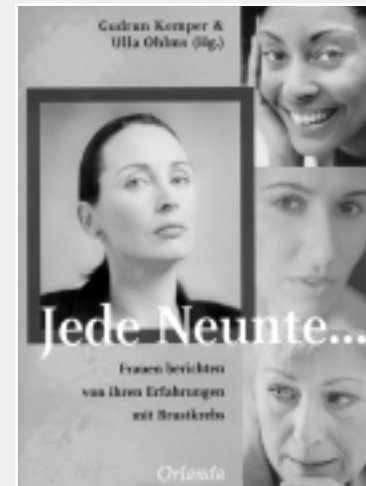
Frauen ohne erkennbare, zum Beispiel tastbare Anzeichen von Brustkrebs, die sich keine Diagnose in bereits weiter fortgeschrittenem Stadium zumuten lassen wollten (wenn die Erhaltung ihrer Brust bereits problematisch werden könnte), ließen sich „grau“ screenen. Ärztinnen oder Ärzte, die ihrer Patientin die „Späterkennung“ möglichst ersparen wollten, mussten die Indikation dafür erfinden. Denn die Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie war durch die RöV in der Vergangenheit sogar verboten. Das „graue Screening“ beinhaltete keine Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang, und eine adäquate Ausbildung der Radiologen, wie sie für die Früherkennung von Brustkrebs zwingend ist, war die Ausnahme. Über Nutzen und Schaden der Mammographie als Früherkennungsmaßnahme wird seit Jahrzehnten ein Wissenschaftsstreit geführt.

Dennoch ist das Angebot einer qualitätsgesicherten Früherkennung nachweislich keine ideologische Frage. Denn Evidenzen helfen bei der Bewertung dieser medizinischen Maßnahme weiter. Die Frage, ob Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening über diese Evidenz – den notwendigen Beweis ihrer Wirksamkeit – verfügt, ist komplizierter. Im „Cochrane Review“ von Olsen/Gøtzsche wurde die Studienqualität der vor Jahrzehnten begonnenen Mammographie-Studien kritisiert. Die Mammographie-Screening-Debatte ist damit zugleich Exempel für die Notwendigkeit, dass bei wissenschaftlichen Studien Qualitätskriterien eingehalten werden müssen, um zu verwertbaren Ergebnissen zu kommen. Teil der Dramatik um Brustkrebsfrüherkennung und Screening-Mammographie ist die gut 40 Jahre nach Einführung der Mammographie immer noch intransparente Datenlage.

### **Frauen zwischen 50 und 69 profitieren vom Screening**

Infolge der Cochrane-Kritik wurde das Mammographie-Screening auf WHO-Ebene durch eine Arbeitsgruppe der International Agency of Research on Cancer (IARC) erneut unabhängig überprüft. Die im Review beschriebenen Mängel wurden teils entkräftet bzw. hinsichtlich ihrer Aussagen zur Brustkrebssterblichkeit für irrelevant befunden. So hält die WHO in ihrem Handbuch zum Screening (erstellt unter Beteiligung von Spezialisten aus USA, Kanada, Schwe-

### *Buchtip*



Gudrun Kemper & Ulla Ohms (Hrsg.)  
**JEDE NEUNTE...** Frauen berichten von ihren Erfahrungen mit Brustkrebs  
ISBN 3-936937-07-9, 303 Seiten mit Fotos, 17,50 €.

Die 28 Autorinnen des Buches sind sich über Brustkrebs-Netzwerke begegnet und ziehen in ihren Texten Bilanz. Sie berichten dokumentarisch und sehr persönlich über Chemotherapie, Strahlentherapie, Amputation, Prothesen, Rekonstruktions-therapie, Komplementärmedizin und alles, was das Überleben mit Brustkrebs, aber auch das Sterben daran ausmacht.

Gudrun Kemper ist eine der Initiatorinnen dieses Buches. Sie engagiert sich bei mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs als Patientin für Patientinnen.

Ulla Ohms ist Gruppenleiterin in einem Düsseldorfer Ministerium. Sie baute in Düsseldorf das Zentrum für Brustkrebsangelegenheiten (zebra) mit auf, engagiert sich bei EUROPA DONNA, mamazone und der Patients Tumorbank of Hope (PATH), der ersten patienteneigenen Tumorbank.

den, Finnland, Deutschland, Frankreich, Italien, Australien, Japan, Großbritannien und den Niederlanden) fest: Es besteht hinreichend Evidenz für die Wirksamkeit des Screenings von Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren und beschränkte Evidenz für Frauen zwischen 40 und 49. Es gibt unzulängliche Evidenz für Frauen unter 40 und über 69, sowie für die klinische Palpation ebenso wie für die Selbstuntersuchung jeweils in Bezug auf die Senkung der Brustkrebssterblichkeit.

Mammographie-Screening für Frauen in der Altersgruppe zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr entspricht damit einem Weltstandard, der sich für die EU in der Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur Früherkennung von Brustkrebs nach Europäischen Leitlinien spiegelt. Frauen in Deutschland sollte sie deswegen auf diesem bisher höchsten Niveau der Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings, und zwar ohne Abstriche durch die S3-Leitlinie bzw. die „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“, angeboten werden. Die Europäischen Leitlinien beinhalten zum Beispiel ein Einladungssystem, Doppelbefundung durch Mammographie-Spezialisten, die mindestens 5000 Mammographien jährlich beurteilen sowie Follow-ups der Intervall-Karzinome. Evaluation und Bewertung der Screening-Ergebnisse erfolgen fortlaufend. Umfassende Qualitätsprotokolle der physikalischen und technischen Ausstattung sowie hochwertige radiologische, medizinisch-technische und pathologische Leitlinien und Leitlinien für die Ausbildung aller Beteiligten müssen eingehalten werden. Auch das Bundesamt für Strahlenschutz fordert die Sicherstellung dieses hohen und reproduzierbaren Qualitätsniveaus nach europäischen Kriterien.

Für Frauen zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr, einem Alter, in dem die Frequenz der Brustkrebserkrankungen bereits deutlich ansteigt, bleibt Unsicherheit. Die American Cancer-Society rät Frauen dieser Altersgruppe in ihren 2003

aktualisierten Empfehlungen zur jährlichen Mammographie und weist auf entsprechende Belege zur Datenlage hin, während sie für Frauen ab 70 zur Fortsetzung der Früherkennung rät, solange nicht andere gravierende gesundheitliche Probleme die Lebenserwartung verkürzen. Fehlende Evidenz für Frauen ab 70, wie von der WHO festgehalten, ist durch fehlende Daten bedingt, während die Mammographie für Frauen unter 40 aus einer Reihe von Gründen zur Diagnostik partiell, nicht aber zur Früherkennung, geeignet erscheint.

### Qualitätsgesicherte Früherkennung ist alternativlos

Neben allen Fragen und Sorgen, die für Frauen im Kontext der Früherkennung und besonders auch Behandlung von Brustkrebs offen bleiben, ist doch dieses „Basic“ einer qualitätsgesicherten Mammographie ein Angebot des Mindeststandards, zumindest solange, bis neue Evidenzen andere Wege eröffnen. Qualitätsgesicherte Früherkennung ist bis heute die alternativlos unverzichtbare Strategie als Part einer Teillösung der „Patchwork-Strategien“ gegen Brustkrebs. Mamma-MRT könnte bei suspekten Screening-Befunden und der auch bei guter Qualität immer noch relativ hohen Rate an falsch positiven Befunden diese bereits bildgebend mit hoher Spezifität reduzieren und bei Brustkrebs zugleich eine Grundlage für die verbesserte OP-Planung bieten. Sie wird aber aus Kostengründen auch für Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs von der GKV zur Zeit nicht finanziert. Unter größtmöglicher Minimierung falsch positiver Befunde und der Überbehandlung – wozu wiederum die Europäischen Leitlinien den Ausgangspunkt bieten – sollte die Chance für jede einzelne erkrankte Frau genutzt werden, um den klinischen Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen:

◆ durch die Prävention invasiver Karzinome, welche mit der Diagnostik von Vorstufen (DCIS u.a.) erst möglich ist.

Diese Vorstufen sollen möglichst früh entdeckt und damit durch Brust erhaltende Therapie behandelt werden können. Zudem kann eine sehr differenzierte Pathologie in Kombination mit den bestehenden und beständig weiterentwickelten Standards in der Therapie der In-situ-Karzinome ihre Überbehandlung vermeiden helfen und zwar unter Integration der Frau, deren „informed consent“ speziell bei der Therapie von Krebsvorstufen, wie im gesamten Kontext von Brustkrebsdiagnostik und -therapie, eine Schlüsselfunktion zukommt,

◆ durch die verbesserte Möglichkeit der Brusterhaltung durch Früherkennung. Diesem Aspekt der Früherkennung wird bei der Diskussion um Brustkrebssterblichkeit als alleinigem Parameter zu wenig Raum eingeräumt,

◆ durch die frühzeitige und optimale Blockierung des Tumorwachstums mit Hilfe vielfältiger Therapiestrategien in höchster Qualität, die zur Behandlung von Brustkrebs zur Verfügung stehen und die sich - früher eingesetzt - nachweislich in besseren Langzeitüberlebensraten (auch im Sinne von „Heilungsraten“) niederschlagen.

Diese Überlebenszeit ist durch die aktuellen Therapiestrategien nicht nur Leidenszeit und entspricht dem Recht auf Leben jeder einzelnen erkrankten Frau. Allerdings wird die qualitätsgesicherte Früherkennung von Brustkrebs Frauen nur dann den besten Nutzen garantieren, wenn die Behandlung von Brustkrebs in spezialisierten Brustzentren durchgeführt wird, die im Idealfall zukünftig europäische Anforderungen nicht länger unterschreiten.

*Literatur in der Internet-Version dieses Beitrages: [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)*

Verfasserin:

Gudrun Kemper (44), Diagnose Brustkrebs im Jahr 2000, lebt und arbeitet in Berlin. Sie ist Mitglied der Patientinnen-Initiative „mamazone“ und Mitherausgeberin des Buches „Jede Neunte...“.

# Debatte um die neuen Ärztegesellschaften

Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. Juni 2004

Die jetzt auf dem Ärztetag in Bremen beschlossenen Änderungen in der ärztlichen Musterberufsordnung eröffnen – wenn sie zukünftig in Berlin umgesetzt werden – völlig neue Möglichkeiten zur Gründung von Trägergesellschaften im ambulanten Bereich. Künftig wird es auf diesem Sektor auch mehr Ärzte im Angestelltenverhältnis geben. Rechtsanwalt Dr. Ulf Künnemann (Oldenburg) referierte vor der Delegiertenversammlung im Juni die wichtigsten der geplanten Neuerungen. Die ambulanten medizinischen Versorgungszentren werden in verschiedenen gesellschaftsrechtlichen Formen erlaubt sein, die über die bisherigen Konstrukte „Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis“ weit hinausreichen (mehr Informationen dazu finden Sie in unserem September-Heft). Ob im Bundesland Berlin allerdings so bald auch „Ärzte-GmbHs“ möglich werden, bleibt abzuwarten. Das Berliner Kammergesetz verbietet dies noch.

Von Sybille Golkowski

**N**och ist nicht recht zu überblicken, wie die niedergelassenen Ärzte (aber auch die Kliniken) die neuen Versorgungsformen nutzen werden. „Da nicht mehr Geld ins System kommt, aber das Kassenarztrecht in Bewegung gerät, werden sich die Angebotsstrukturen verändern“, so Rechtsanwalt Künnemann in seinem Resümee. Kammerpräsident Günther Jonitz (MB) prophezeite, dass die Einzelpraxis mehr und mehr von der Bildfläche verschwinden wird.

Besonders interessant seien die neuen Versorgungszentren für Ärzte, die als Angestellte oder in Teilzeit arbeiten wollen, schloss Harald Mau (Allianz) aus dem Vortrag. Allerdings warnte er davor, dass sich in den Zentren möglicherweise auch Nachteile zeigen könnten, die man aus den Polikliniken der DDR schon kenne. So erinnerte der Kinderchirurg an das Fehlen von Leistungsanreizen, was zu längeren Wartezeiten und einem langsameren Arbeitsstil führen könne. Dem widersprachen entschieden Vittoria Braun (BDA) und Bernd Köppl (Fraktion Gesundheit). Braun verwies auf jahrelange sehr positive Poliklinik-Erfahrung, Köppl sitzt heute in der Geschäftsführung der aus den früheren Polikliniken entstandenen

Gesundheitszentren. „Die neuen Zentren arbeiten anders“, berichtete er. „Niedergelassene und Angestellte sind gemischt in den Häusern tätig, der Patient merkt überhaupt nicht, ob sein Arzt angestellt oder niedergelassen ist.“ Köppl schätzt, dass künftig etwa 20 % der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte Angestellte sein könnten. Kammerchef Jonitz sieht in den neuen Versorgungsstrukturen einen Trend zur weiteren Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Krankenhäuser – so seine Prognose – werden sich künftig verstärkt in ambulante Strukturen einkaufen.

## Ombudsmann-Idee vertagt

Noch einmal vertagt wurde ein Vorschlag der Fraktion Gesundheit, künftig einen Ombudsmann zu benennen, an den sich Assistenzärzte wenden können, wenn ihre Weiterbildung nicht korrekt läuft. Das war vielen Delegierten zu umständlich, sie halten die Weiterbildungsausschüsse für die richtigen und kompetentesten Ansprechpartner. Klaus Thierse (MB) und Dietrich Bodenstein (Allianz) argumentierten damit, dass die Ausschüsse den besten Einblick in Missstände bei der Weiterbildung haben



müssen, denn hier werden schließlich auch die Befugnisse erteilt. Andreas Grüneisen und Cora Jacoby von der Fraktion Gesundheit befürchteten jedoch, dass junge Ärzte davor zurückscheuen, die Ausschüsse selbst anzusprechen. Denn sie möchten nicht illoyal gegenüber ihren Chefs erscheinen, die ihnen oft Tätigkeiten bescheinigen, die sie während ihrer Weiterbildung gar nicht gemacht haben. Nach kurzer Debatte beschlossen die Delegierten, den Vorschlag noch einmal in den Ausschüssen zu besprechen und zunächst zu vertagen.

## Entschädigungssystematik für Ehrenamtliche bleibt bestehen

Ohne große Änderungen mit nur wenigen kleinen Korrekturen wird künftig die Struktur der Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich Tätige (z.B. Ausschussmitglieder und Prüfer) in der Kammer bleiben. Dazu berichtete die zu diesem Thema von der DV eingesetzte Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dietrich Banzer (Allianz). Eine entsprechende Vorlage der Gruppe wurde von den Delegierten mit großer Mehrheit bei zwei Enthaltungen beschlossen. Bei der systematischen Überarbeitung der Kriterien zeigte sich schnell, dass eine vollständige Neustrukturierung nicht finanzierbar und zielführend gewesen wäre. Deshalb hatte man die Gesamtsystematik der Entschädigungsregelungen beibehalten und nur kleine Änderungen vorgenommen. SyGo



Foto: Loy

Heidelind Weber

## Aus Liebe zum Patienten ...

**Mit Systemen hat Heidelind Weber nicht so gute Erfahrungen gemacht. Systeme sind Labyrinth. Überall eckt man an, und obwohl der Ausweg gleich nebenan liegt, muss man noch mal um fünf Ecken gehen. Das strengt sehr an. Heidelind Weber sieht ein bisschen erschöpft aus. Die niedergelassene Internistin braucht dringend mal wieder etwas Urlaub. Morgen geht es nach Mallorca, zum Golfen. Immerhin eine Woche. Mehr ist nicht drin.**

**D**as mit den Systemen hat schon sehr früh angefangen, erzählt sie. In der Schule sollten alle Kinder lernen, wie man sich in einem sozialistischen Staat verhält. Was man sagen darf und was nicht. Heidelind wollte das nicht immer so sauber unterscheiden und bekam öfter Ärger. Ihr Biologie-Lehrer war sich bald sicher: „Du wirst niemals Medizin studieren.“ Und Heidelind eckte wieder an: „Ich werde doch Medizin studieren!“

Erstmal behielt ihr Lehrer Recht - auch, weil sich inzwischen ein Vermerk in ihrer Akte fand: Fluchtversuch über Warschau. Sie lernte Apothekenhelferin, arbeitete als Hilfspflegerin im Krankenhaus und durfte nach einer Aufnahmeprüfung in Naturwissenschaften und Marxismus-Leninismus Zahnmedizin studieren. Heidelind entschied: Dieser Weg führt in die Irre. Ihre Tante, die in West-Berlin lebte, bot sich an, einen zweiten Fluchtversuch zu organisieren. Dafür opferte Heidelind viele Freundschaften und ... ihren Blinddarm. Diese Geschichte hat sie selten erzählt und bis heute scheut sie sich. Es soll ja keine Heldengeschichte daraus gemacht werden. Aber sehr tapfer war das schon, am Bahnhof Friedrichstraße einen fremden Mann einzuhaken, der sie zu einem Auto bringt, in dem zur Ablenkung der Grenzsoldaten eine aufgetakelte Schönheit sitzt. Heidelind reist im Kofferraum via Checkpoint Charlie in den Westen aus. Im Café Kranzler beginnt ihr neues Dasein außerhalb des DDR-Systems. Jedes Jahr geht sie einmal an den Ku-Damm, um sich an diesen Tag zu erinnern. „Eigentlich traurig“, sagt sie.

Sie macht ihr Abitur nach, studiert und arbeitet. „Es war hart.“ In den Ferien geht sie einem Landarzt am Kaiserstuhl zur Hand. Der empfing tagsüber seine Patienten und abends machte er bis spät in die Nacht Hausbesuche. Beim Abhören schlief er dann manchmal ein. Ein glücklicher Arzt mit glücklichen Patienten – so hat sie diese Zeit in Erinnerung. Heidelind Weber wird Internistin, Expertin für Magen- und Darmspiegelungen. Sie macht Intensivmedizin, dann bekommt sie eine Tochter mit angeborenem Herzfehler. „Das brachte alles durcheinander.“ In Kreuzberg übernimmt sie eine Praxis, aber der erwünschte Zugewinn an Zeit bleibt aus. Heidelind Weber ist eine erschöpfte, aber zufriedene Ärztin mit einer treuen Kundschaft, die für sie Eintopf kocht, mit ihr zum Dienstjubiläum anstößt oder mal ein paar Golfbälle vorbei bringt. „Sie liebt ihren Beruf und ihre Patienten“, sagt jemand, der sie schon lange kennt. Ihre Zuneigung fordert aber auch Gefolgschaft. Einfach während einer Therapie Urlaub zu machen, lässt sie nicht durchgehen. Einmal saß der Begleiter einer Patientin etwas blass im Wartezimmer. Als sie ihn sah, war da so ein Verdacht. Sie rief ihn zu sich, untersuchte den Bauch und ertastete einen Tumor. „Ich bin jemand, der die Arbeit anzieht“, sagt sie. Deshalb büffelte sie auch Rheumatologie. „Die Patienten verlangen das jetzt. Es gibt einfach zuwenig Ärzte, die das machen.“ Also fährt sie zu den Fortbildungen und kümmert sich um Kontakte zu Spezialisten. „Nichts ist schlimmer, als wenn ein Arzt sagt: Ich kann nicht helfen.“ Zumindest an den richtigen Kollegen müsse er verweisen können. Am liebsten untersucht Heidelind Weber aber selbst und freut sich, Diagnosen zu stellen, die den Apparaten verborgen geblieben waren. Oder sie telefoniert solange, bis sie für einen Krebs-Patienten einen rechtzeitigen Termin in einer MRT-Praxis gefunden hat. Ihre Familie, allesamt Mediziner, entschuldigt ihre Selbstausbeutung. Nur eben das Gesundheitssystem nicht. Sie schaut in ihren Computer. Der aktuelle Stand im Quartal: 46 Prozent Budgetüberschreitung. Da kümmert sich eine und wird dafür bestraft, bedeutet das, aber Frau Weber rückt solche wahrhaft krummen Eindrücke sofort wieder gerade. „Mir geht es gut. Das Arbeiten macht Spaß.“ Sie kann diesem System mit 60 Jahren nicht mehr entfliehen. Eine Systemflucht im Leben reicht. Wie gesagt, der Blinddarm! Im Sommer 1964, als die Fluchtplanung bereits lief, wurde sie überraschend zum Ernteeinsatz nach Wismar geschickt. Um zurück nach Jena zu kommen, täuschte sie Schmerzen am Blinddarm vor. Ihre Mutter wurde informiert. Schließlich kam Heidelind ins Krankenhaus nach Bautzen, wurde am gesunden Körper operiert und in ihr Studentenheim nach Jena entlassen. „Das werde ich nie vergessen“, sagt sie.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik portraitiert wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir Kollegen vorstellen, die uns durch ein besonderes ärztliches Engagement oder durch eine ungewöhnliche Vita aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. **Redaktions-Tel. 40 80 6-1600**

# Akute Lumbalgie und Ischialgie

Der Zugang zu Metaanalysen, die zu bestimmten Indikationen weltweit Studienergebnisse zusammenführen, ist für Ärzte heute besser denn je. Datenbanken wie die Cochrane Library fassen evidenzbasiertes Wissen systematisch zusammen. Doch für viele Ärzte ist der Umgang damit noch neu und ungewohnt, ihnen sind gedruckte Nachschlagwerke lieber. Wir möchten unseren Mitgliedern deshalb das „Kompendium evidenzbasierte Medizin“ vorstellen, das der Hans Huber-Verlag seit 2002 herausgibt und jährlich neu auflegt. Es handelt sich hierbei um die deutsche Übersetzung eines gleichnamigen Werkes der British Medical Association, in der diese internationale Studienergebnisse zu bestimmten Indikationen zusammengeführt hat. BERLINER ÄRZTE druckt in loser Folge einzelne Kapitel aus dem Kompendium nach, damit Sie es kennen lernen können. (Die Red.)

Suchdatum: Juni 2002, Maurits van Tulder und Bart Koes

## Definition

Unter Lumbalgie («Kreuzschmerzen») versteht man Schmerz, Muskelverspannung und Steifigkeit im Bereich zwischen Rippenbogen und unterer Glutealfalte mit oder ohne Beinschmerzen (Ischialgie).<sup>1</sup> Sie wird als akut bezeichnet, wenn die Schmerzen weniger als 12 Wochen andauern (siehe Definition von Lumbalgie und Ischialgie, chronische, S. 244).<sup>2</sup> Als unspezifisch werden Schmerzen ohne erkennbare pathologische Ursache (Infektion, Tumor, Osteoporose, rheumatoide Arthritis, Fraktur oder Entzündung) bezeichnet.<sup>1</sup>

In dieser Darstellung werden keine Lumbalgien oder Ischialgien berücksichtigt, deren Symptome oder Befunde bei der Erstuntersuchung das Vorliegen einer spezifischen Grunderkrankung wahrscheinlich machen.

## Inzidenz/Prävalenz

Über 70% der Menschen in den Industrienationen leiden irgendwann in

ihrem Leben einmal an Kreuzschmerzen.<sup>3</sup> Jährlich sind 15-45% der Erwachsenen betroffen. 1/20 davon stellt sich mit einer neuen Schmerzepisode in einer Klinik vor. Lumbalgien und Ischialgien haben ihren Häufigkeitsgipfel in der Altersgruppe der 35- bis 55-Jährigen.<sup>3</sup>

## Ätiologie/Risikofaktoren

Symptome, Pathologie und radiologische Veränderungen korrelieren nur wenig miteinander. Die Schmerzen sind in 85% der Fälle unspezifisch. Bei 4% der Patienten, die wegen ihrer Beschwerden eine hausärztliche Praxis aufsuchen ist die Ursache eine Wirbelkompressionsfraktur, bei 1% ein Tumor. Die Prävalenz eines Bandscheibenvorfalles liegt bei 1-3%.<sup>3</sup> Eine ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew) oder spinale Infektionen sind seltener.<sup>4</sup> Risikofaktoren für die Entwicklung von «Rückenschmerzen» sind schwere körperliche Arbeit, häufiges Bücken, Drehen, Heben und lang dauernde statische Haltungen. Psychosoziale Risikofaktoren sind Angst, Depression und psychische Belastungen.<sup>3,5</sup>

## Prognose

Akute «Rückenschmerzen» heilen in der Regel spontan (90% der Betroffenen erholen sich innerhalb von 6 Wochen). In 2-7% der Fälle entwickeln sich jedoch chronische Schmerzen. Eine Studie kam zu dem Ergebnis, dass rezidivierende Lumbalgien die Ursache von 75-85% aller Krankmeldungen darstellen.<sup>6</sup>

## Welche Effekte haben unterschiedliche Behandlungsmethoden?

### Nutzen belegt

#### Empfehlung, körperlich aktiv zu bleiben<sup>21-23</sup>

Zwei systematische Übersichten und einer später durchgeführten RCT zufolge erhöht die Empfehlung, körperlich aktiv zu bleiben, im Vergleich zur Empfehlung zur Bettruhe die Rekonvaleszenzrate signifikant, erhöht die Heilungsrate und verringert neben Schmerz und Bewegungseinschränkung auch die Zahl der krankheitsbedingten Fehltage.

#### Nichtsteroidale Antiphlogistika<sup>13-19</sup>

Einer systematischen Übersicht und einer zusätzlichen RCT zufolge führen nichtsteroidale Antiphlogistika im Vergleich zu Placebo nach 1 Woche bei einem signifikant höheren Anteil von Patienten zu einer allgemeinen Besserung und reduzieren den Anteil an Patienten, die eine zusätzliche Schmerzmedikation benötigen, signifikant. Weder in der systematischen Übersicht noch in der RCT zeigten sich jedoch hinsichtlich der Schmerzlinderung signi-

fikante Unterschiede zwischen verschiedenen nichtsteroidalen Antiphlogistika oder im Vergleich zu Paracetamol, Opioiden, Muskelrelaxanzien und nichtmedikamentösen Therapien.

## Nutzen wahrscheinlich

### Verhaltenstherapie<sup>2, 7, 9, 27-29</sup>

Zwei RCTs zufolge reduziert eine Verhaltenstherapie verglichen mit üblicher Versorgung oder EMG-Biofeedback Schmerzen und Bewegungseinschränkung.

### Multidisziplinäre Behandlungsprogramme<sup>33</sup>

In einer systematischen Übersicht bei Patienten mit subakuten Kreuzschmerzen fanden sich begrenzte Belege dafür, dass Behandlung durch ein multidisziplinäres Team (bestehend z.B. aus Arzt, Physiotherapeut, Psychologe, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeut) unter Einschluss einer Arbeitsplatzinspektion, den Krankenstand – verglichen mit üblicher Versorgung – reduziert.

## Nutzen und Schaden abzuwägen

### Muskelrelaxanzien<sup>2, 9, 12</sup>

Systematischen Übersichten zufolge verbessern Muskelrelaxanzien im Vergleich zu Placebo Symptome, wie Schmerzen und Muskelverspannung und erhöhen die Beweglichkeit. Im Vergleich der Muskelrelaxanzien untereinander zeigten sich jedoch keine signifikanten Ergebnisunterschiede.

Unerwünschte Nebenwirkungen wie Abhängigkeitsentwicklung, Benommenheit und Schwindel sind häufig.

## Nutzen unbekannt

### Akupunktur<sup>43-45</sup>

Es fanden sich keine RCTs über Akupunktur zur Therapie von Patienten mit akuten Kreuzschmerzen.

### Analgetika (Paracetamol, Opioiden)<sup>2, 9, 10</sup>

Es fanden sich keine Placebo kontrollierten RCTs. In systematischen Übersichten zeigte sich bezüglich der Schmerzlinderung kein konsistenter Unterschied zwischen Analgetika und nichtsteroidalen Antiphlogistika.

### Rückenschulen<sup>24</sup>

In einer systematischen Übersicht fanden sich begrenzte Belege dafür, dass Rückenschulen im Vergleich zu Placebo die Rekonvaleszenzraten erhöhen und auf kurze Sicht den Krankenstand reduzieren. In der Übersicht zeigte sich hinsichtlich der Ergebnisse kein signifikanter Unterschied zwischen Rückenschulen und Physiotherapie. Im Vergleich mit McKenzie-Extensionsübungen ergaben sich für die Rückenschulen stärkere Schmerzen und ein höherer Krankenstand.

### Epidurale Steroidinjektionen<sup>20</sup>

Einer RCT zufolge erhöhen epidurale Steroidinjektionen im Vergleich zu subkutanen Lidocain- (Lignocain-) Injektionen den Anteil an Patienten, die nach 3 Monaten schmerzfrei sind. In einer zweiten RCT zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich Heilungs- oder Besserungsrate zwischen der epiduralen Injektion von Steroiden oder Kochsalzlösung oder Bupivacain oder Punktion ohne Flüssigkeitsinjektion.

### Lumbalorthesen<sup>2</sup>

Zur Wirksamkeit von Lumbalorthesen fanden sich keine RCTs.

### Massage<sup>35</sup>

Einer systematischen Übersicht zufolge fanden sich in einer RCT keine ausreichenden Belege zur Wirksamkeit einer Massage, im Vergleich zu spinaler Manipulation oder Elektrostimulation.

### Spinale Manipulation<sup>2, 7, 9, 36-38</sup>

In systematischen Übersichten fanden sich widersprüchliche Belege über die Wirksamkeit einer spinalen Manipulation.

### Extensionsbehandlung<sup>2, 7, 9, 39-41</sup>

In RCTs fanden sich widersprüchliche Belege über die Wirksamkeit einer Extensionsbehandlung.

### Colchicin, EMG-Biofeedback, Temperaturbehandlungen (Kurzwellendiathermie, Ultraschall, Eis, Wärme); transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)<sup>2, 9, 11, 34, 42</sup>

Zur Wirksamkeit dieser therapeutischen Maßnahmen fanden sich keine ausreichenden Belege.

## Nutzen unwahrscheinlich

### Rückenübungen<sup>2, 7, 9, 30-32</sup>

In systematischen Übersichten und zusätzlichen RCTs zeigten sich in Bezug auf Schmerzen und Bewegungseinschränkung entweder keine signifikanten Unterschiede zwischen Rückenübungen und konservativer Behandlung bzw. passiven Behandlungsformen, oder es fand sich sogar eine Verschlimmerung von Schmerzen und Bewegungseinschränkung.

## Unwirksamkeit oder Schädlichkeit wahrscheinlich

### Bettruhe<sup>2, 7, 22, 25, 26</sup>

Systematischen Übersichten zufolge könnte Bettruhe sich ungünstiger auswirken als Nichtbehandlung, die Empfehlung aktiv zu bleiben, Rückenübungen, Physiotherapie, spinale Manipulation oder eine Therapie mit nichtsteroidalen Antiphlogistika. In einer systematischen Übersicht zeigten sich als unerwünschte Wirkungen der Bettruhe Gelenkversteifung, Muskelabbau, Verminderung der Knochendichte, Dekubitus und venöse Thromboembolien.

Literatur in der Printversion „Kompendium evidenzbasierte Medizin, 3. Auflage 2004, Verlag Hans Huber, Bern, ISBN 3-456-84056-X“.

# Verrückt spielen

## Ein theatralisches Präventionsprojekt

**W**ie laufen sie denn? Erst deutlich desorientiert; dann eilig und wütend; in der dritten Runde bleiben sie abrupt stehen, die Hand hinterm Ohr, als hörten sie Stimmen; und schließlich drehen sie sich immer wieder ängstlich um, als fühlten sie sich verfolgt. Diese vier Übungen zur Einstimmung auf psychische Störungen stehen am Beginn eines außergewöhnlichen Pilot-Projekts des Gorki-Theaters und der Charité für Jugendliche.

„Total verrückt“ heißen die halbtägigen theaterpädagogischen Workshops, die zunächst im Berliner Medizinhistorischen Museum mit ein paar Schulklassen erprobt wurden, dank einer Anschubfinanzierung der Robert Bosch-Stiftung. Hoffentlich werden sie überall Schule machen. Nach so etwas müsste sich eigentlich jeder alle zehn Finger lecken, der Gesundheitsförderung und Prävention betreibt, zum Beispiel die Krankenkassen. Denn dies ist genau das Gegenteil jener politisch so beliebten Alibi-Aktivitäten, die auf einer Berliner Tagung der „Aktion psychisch Kranke“ als „Faltblatt-Prävention“ bespöttelt wurden.

Hier informiert man die Jugendlichen nicht nur, man weckt auch Empathie. Kognition und Emotion, Kopf und Herz werden gleichermaßen gefordert. Zum Beispiel bei den Lebenden Bildern aus der Geschichte. Waren die Visionen der Hildegard von Bingen Halluzinationen? Würde man sie heute wegen Schizophrenie behandeln? Damals wurde sie als Heilige verehrt. Aus „entrückt“ wurde inzwischen „verrückt“. Ein Mädchen gibt mit hoherhobenen Armen und verzückt gen Himmel gedrehten Augen die Heilige, ein Junge den neidischen, heuchlerisch vor ihr knienden Bischof.

Selbstgespieltes bleibt haften – wie auch die Szene (Charité 1760) mit dem „hölzernen Hans“, der im katatonen

Schub in jeder Körperhaltung verharret, in die man ihn biegt; oder das Bild des geistig behinderten Kindes, das 1935 von SS-Männern abgeholt wird.

Folgt ein Persönlichkeitstest zur Selbsteinschätzung, mit Hinweisen darauf, was seelische Gesundheit ausmacht und was sie gefährden könnte. Und zum Schluss spielen diese Siebzehnjährigen mit Feuereifer (und nicht immer ohne Gegacker) richtige Szenen, sogar ein bisschen kostümiert: als Patienten, Angehörige, Ärzte oder Pfleger. Ein Mädchen war in der Schule ohnmächtig geworden - Essstörung. Bei einem Jungen hat ständiges Kiffen eine Schizophrenie ausgelöst. Ein anderer kommt über den Unfalltod seines Freundes nicht hinweg: Reaktive Depression –

Am Ende bitten die Protagonisten, die Theaterpädagogin Bärbel Jogschies vom Maxim Gorki-Theater, ihr Mitstreiter Tom Braun und die Kinder- und Jugendpsychiaterin Katrin Werner, um Manöverkritik. Die jungen Leute hatten viel Spaß beim Spielen, meinen, viel gelernt zu haben, hätten jedoch gern noch weniger Informationsblöcke und noch mehr spielerische Aktivitäten im Workshop. Aber dies war eine Realschulklasse (mit hohem Migrantenanteil). Von Gymnasiasten kam solche Kritik nicht, sagt Frau Jogschies. Wie kam das Gorki-Theater eigentlich zur Medizin? Der Berliner Reformstudiengang suchte professionelle Hilfe. Denn dort schult man die künftigen Ärzte nach ausländischem Vorbild auch an Simulationspatienten.

Medizinische Inhalte, vor allem konfliktträchtige, kann man auch Erwachsenen von der Bühne herab höchst lebendig vermitteln. Das beweist ein anderes Projekt des Gorki-Theaters. Seine Studentengruppe spielte mehrmals eine



Schüler spielen ärztliche Beratung

Gelegenheit, in der Besprechung der Szene die fließenden Übergänge von normalen Emotionen zu krankhaften Störungen herauszustellen.

Die Rollenspiele zum Empathie-Training haben offenbar schon was gebracht. Auf die Frage, was man tun könnte, um einem seelisch Gestörten zu helfen, kommen immer wieder Antworten wie: Ihn nicht allein lassen, ihm zuhören, mit ihm reden, aber auch ihm nötigenfalls raten, fachliche Hilfe zu suchen. (Jeder bekommt eine Adressenliste.)

eigene Bearbeitung des ersten Stücks von Carl Djerassi, und zwar in dem wunderbaren historischen Robert-Koch-Hörsaal des Charité-Instituts für Mikrobiologie und Hygiene. In „Unbefleckt“ ging's um das erste ICSI-Baby, Djerassi, der „Vater der Pille“, stellte sich nach einer der Aufführungen der Diskussion und betonte, seine „Science-in-theatre“-Stücke in pädagogischer Absicht zu schreiben. Das Theater als medizindidaktische Anstalt!

Rosemarie Stein

# Zum gosten von Kurt Scheidler

**A**m 22. Juni 2004 konnte Prof. Dr. Kurt Scheidler, der frühere ärztliche Direktor des Klinikums Friedrichshain, seinen 90. Geburtstag feiern.

Kurt Scheidler ist 1914 in Berlin geboren, wuchs in Berlin auf, studierte in Berlin und begann 1938 eine Tätigkeit als Assistenzarzt. Hier in Berlin gelangte er auch zum kommunistischen Widerstand der Gruppe Saefkow. Mit Beginn des zweiten Weltkrieges wurde er Sanitätschef und 1944 Lazarettarzt im Hilfslazarett Prenzlauer Berg in der Christburger Straße. Von 1946 bis 1948 war er als Internist bei Zadeck im Neuköllner Krankenhaus tätig. 1949 wurde Kurt Scheidler Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses Weißensee.

Hier begann sein Faible für das Bauen. So entstanden eine neue Poliklinik und eine Schwesternschule. Von 1954 bis 1960 war er Leiter der Abteilung Gesundheitswesen beim Magistrat von

Berlin. In dieser Zeit fällt er richtungsweisende, ja visionäre Entscheidungen.

Gegen den erbitterten Widerstand der führenden Chirurgen entstanden 1955 in Berlin-Buch unter Strahl und 1956 im Friedrichshain unter Jüngling eigenständige Anästhesieabteilungen. Mit Konsequenz setzte er die Erkenntnis, dass Verunfallte bereits am Ereignisort ärztlich versorgt werden müssten, in die Praxis um. Erstmals fuhren Rettungsärzte zum Unfallort.

Von 1960 bis 1982 war Kurt Scheidler Ärztlicher Direktor des Krankenhauses im Friedrichshain. Auch hier widmete er sich Scheidler wiederum mit Enthusiasmus der Notfallmedizin. Die Kette Unfallort – schnelle medizinische Hilfe, arztgestützt – Krankenhaus mit allen Möglichkeiten der Spezialversorgung – wurde hier erstmals beispielhaft erreicht. Klinische Voraussetzung waren der Bau und die Einrichtung der „Zentralen Rettungs- und Intensivtherapie-Abteilung, ZRI“.



Und so schließt sich der Kreis zu seiner Leidenschaft, dem Bauen, die ihm den Ehrennamen „Mörtel-Kurt“ einbrachte.

Kurt Scheidler ist einer der Väter der Notfallmedizin in Deutschland. Als Visionär und Praktiker hat er bedeutende Entwicklungen angestoßen und verwirklicht. Dafür danken wir und wünschen ihm auch weiterhin Lust auf Neues.

Dr. Dr. med. Horst Vogler