

G

Gäbe es den Film „Der fröhliche Patient“, wäre Holger Schacht für die Hauptrolle eine Idealbesetzung. Gut gelaunt sitzt er beim Arzt, lässt sich abhören und Blut abzapfen. Noch dazu wirkt Schacht, 46, dem medizinischen Ambiente zum Trotz, kerngesund: ein Immobilienmakler im besten Alter, nicht dick, nicht dünn, Reflexe normal. Was will der Hamburger in einer Praxis für Kranke? Und was kann Dr. med. York-Räto Huchtemann, sein hausärztlich tätiger Internist, für ihn tun?

„Mein Vater starb vor ein paar Jahren an einem Schlaganfall“, sagt Schacht. „Das hat mich aufgeschreckt. Achte auf dein Blut, bevor es dich auch erwischt, habe ich mir gesagt.“ Doktor Huchtemann nimmt ihm schon seit Jahren halbjährlich einige Röhrchen ab, kontrolliert Blutfette und andere Werte.

Vor allem Cholesterin war in Schachts Familie immer ein Thema: Seine Eltern hatten, obwohl schlank und fit, schon immer erhöhte Werte, Vater und Bruder dazu noch eine angeborene Neigung zur Verklumpung der Blutplättchen. 2005 maß ein Arzt auch bei Holger Schacht ein Gesamtcholesterin von mehr als 260 Milligramm pro Deziliter. Ein Wert, der angesichts seiner Vorbelastung sehr hoch ist.

„Herr Schacht hat mit seiner Familiengeschichte einen ganzen Strauß von Risikofaktoren. Bei ihm ist wiederholtes Durch-

checken sinnvoll“, sagt Huchtemann. Und sein Patient zieht Konsequenzen. Das Rauchen hat er lange schon aufgegeben, er isst mehr Obst und Gemüse. Seit drei Jahren geht er zum Kickbox-Training. Außerdem schluckt er täglich Pravastatin, einen potenten Cholesterinsenker. Inzwischen pendelt sein Wert um 160 Milligramm – Spitze für Gesunde, für Holger Schacht als Risikokandidaten ganz passabel: „Ich habe heute das Gefühl, ich selbst kann etwas tun, indem ich auf mich aufpasse. Lieber einmal zu viel messen als einmal zu wenig. Dann bin ich auf der sicheren Seite.“

Auf der würden sich auch viele Gesunde gern wännen. Gestützt auf ärztliche Autorität etwas für die Gesundheit tun und sich regelmäßig durchchecken lassen, allein die Idee lässt das Herz ruhiger schlagen. Mancher fühlt sich im Wartezimmer gleich gesünder, möchte sich eigentlich nur Gewissheit abholen, dass alles mit ihm in Ordnung ist – häufig allerdings, ohne die möglichen Konsequenzen einer bedrohlichen Diagnose schon einmal im Kopf durchgespielt zu haben. Und häufig ohne tiefergehende Aufklärung durch den Arzt.

Die Nachfrage jedenfalls ist groß. Eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK im Jahre 2007 ergab, dass zwei von drei Erwachsenen ab 35 sich bereits einem allgemeinen Gesundheits-Check-up unterzogen haben, knapp ein Drittel der über 50-Jährigen hat sich schon einmal den Dickdarm spiegeln lassen, und rund 80 Prozent der Frauen ab 20 gehen zur Krebsfrüherkennung beim Frauenarzt.

Viele Deutsche wünschen sogar noch mehr Diagnose-Aufwand als die von den Krankenkassen empfohlenen Checks. Für „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL), die aus eigener Tasche zu zahlen sind, wurde 2007 schätzungsweise eine Milliarde Euro ausgegeben. Viele Millionen davon für Untersuchungen wie die Ultraschall-darstellung innerer Organe, für



FOTOS: SARA WEINHEIMER; VORBEREITUNG: SETTE; FOTO: ANDREAS BREITENSCHEID/MODELLBÜRO PICTURES; STYLING: ALI RABBIANI/PERFECT PROBS; HAARE/MAKE-UP: CHRISTINE LETZNER/PHOENIX; FOTOGRAFISCHEN; HANS KLESTORFER; WERNER LINSCHKE; DR. DANIEL SCHWITZENBERGER

Vom Blutdruck-messen bis zur Suche nach Tumoren
Holger Schacht hatte einen sehr hohen Cholesterinspiegel. Er lässt sich regelmäßig untersuchen. Bei Ramona Dreessen wurde beim Brustkrebs-Screening ein verdächtiger Befund erhoben

“
Lieber einmal zu viel messen als einmal zu wenig. Dann bin ich auf der sicheren Seite
“
Risikopatient Holger Schacht

Augeninnendruck- und Knochendichtemessungen oder zusätzliche Krebsfrüherkennungstests. Nach solchen Checks, ob auf Kassenkosten oder nicht, verlässt die große Mehrheit erleichtert die Arztpraxis, weil nichts Verdächtiges gefunden wurde: kein Tumorschatten auf dem Ultraschallbild, kein verdächtig ausgefranster Leberfleck. Welch ein schönes Gefühl, in der Praxis anzurufen und zu erfahren, dass die Blutwerte denen eines 18-jährigen Triathleten gleichen.

Doch so einfach ist die Sache nicht. Zunehmend werden auch die kritischen Seiten der systematischen Diagnostik gesunder Menschen diskutiert. „Früherkennung wirkt so plausibel. Allein der Gedanke, eine Untersuchung könne auch schaden, erscheint regelrecht skurril“, sagt Jürgen Windeler, leitender Arzt beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Gesetzlichen Krankenkassen. Er ist oft überrascht, wie überaus optimistisch Untersuchungs-willige ebenso wie Ärzte mit dem Thema umgehen. Übersehen wird dabei, dass Diagnostik, ganz wie eine Pille oder Spritze, verschiedene Risiken und Nebenwirkungen entfalten kann:

- Macht der Arzt nicht deutlich, dass ein unauffälliger Befund kein Ersatz für einen gesunden Lebensstil ist, kann die Untersuchung als Freibrief verstanden werden, Warnsignale des Körpers zu ignorieren – das Risiko einer Erkrankung steigt.
- Ein gravierender Nebeneffekt ist, dass nicht jeder Test eine vorhandene Erkrankung erkennt – und daher trügerische Sicherheit erzeugt, dank der eine Krankheit unbehandelt fortschreiten kann: Bei einer bis zwei Frauen pro 1000 fällt beim Röntgen der Brüste ein schon vorhandener Tumor nicht auf. Und etwa zehn von 1000 Männern zwischen 55 und 74 Jahren haben zwar einen auffälligen PSA-Test (siehe Seite 117) – aber dennoch Prostatakrebs. Diese nicht erkannten Erkrankungen heißen „falsch negative“ Befunde.

• Umgekehrt besteht das nicht geringe Risiko, dass ein Test etwas Krankhaftes vermeldet, das überhaupt nicht da ist. Jeder bisher verfügbare Krebstest kann blinden Alarm auslösen. Zum Beispiel der Test auf verborgenes Blut im Stuhl, der Darmtumoren identifizieren soll: Hat man etwa kurz zuvor Brokkoli gegessen oder leidet man unter Hämorrhoiden oder Magengeschwüren, schlägt er an. Oder die Mammografie: Von 1000 Frauen, die 20 Jahre lang alle zwei Jahre mammografiert werden, werden fünf aufgrund einer Fehldiagnose überflüssig behandelt und unnötig verängstigt. Diese Zahl ist ebenso groß wie die Zahl der Rettungen: Fünf Frauen von 1000 werden durch die Mammografie vor dem Krebsstod bewahrt.

Das mehr Untersuchungen in guter Absicht auch mehr falsche Befunde erzeugen, sei ein grundsätzliches Dilemma von Früherkennungsuntersuchungen, erläutert Nikolaus Becker. Als leitender Epidemiologe am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg befasst er sich intensiv mit den großen Programmen zur Krebsfrüherkennung. Die werden für bestimmte Bevölkerungsgruppen angeboten und grundsätzlich von den Kostenträgern bezahlt. Der englische Begriff „Screening“ hat sich dafür auch bei uns durchgesetzt. Er bedeutet „Durchsieben“.

Derart gesiebt werden in Deutschland zum Beispiel alle gesunden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren: im Deutschen Mammografie-Screening-Programm, zu dem diese Zielgruppe regelmäßig schriftlich eingeladen wird. „Wir wollen, dass möglichst viele mitmachen, damit wir möglichst viele Kranke finden und behandeln können. Aber je mehr Menschen wir sieben, desto mehr Gesunde fischen wir mit heraus, die nur irgendeinen auffälligen Wert haben“, sagt Becker.

Genau deshalb ist gründliche Aufklärung durch die Fachleute so dringend nötig – und ebenso eine persönliche Abwägung der mög-

lichen Untersuchungsergebnisse, noch bevor die eigentliche Diagnostik stattfindet. Man sollte sich ganz klar darüber sein, dass ein auffälliges Ergebnis eines ersten Checks noch keine Diagnose ist, sondern lediglich ein Hinweis auf eine Unregelmäßigkeit, die dann aber eine Kette weiterer Diagnosemaßnahmen in Gang setzt.

Ramona Dreessen hat das erlebt. Begonnen hatte alles mit einem Brief, auf dem ein rosa Busen-Logo prangte: Einladung zur Mammografie für Frauen über 50 Jahre. Die Ausstellungsmanagerin griff zum Handy und sagte zu: „Ich wollte mir selbst Druck machen“, sagt sie, die zwischen Hamburg und Sylt pendelt, wobei ihr leicht einmal ein Arzttermin durch die Lappen geht.

In der für Dreessen zuständigen „Screening-Einheit“ in Hamburg-Mitte wurden pro Brust zwei Röntgenaufnahmen gemacht und im Computer gespeichert: zweimal diagonal, zweimal senkrecht. Bald kam wieder ein Brief auf Sylt an. Es gebe einen auffälligen Befund, der abgeklärt werden sollte. Das passiert ungefähr einer von 20 Frauen, die im deutschen Programm gescreent werden.

„Da musste ich mich erst mal setzen. Mein Freund und meine Tochter wollten mich beruhigen: Das kommt vor, da wird nichts Böses sein“, sagt Ramona Dreessen. Doch in ihr kam die Erinnerung hoch, wie der Krebs schon einmal in ihr Leben gestürzt war. 2004, als ihr Mann Mark innerhalb von fünf Monaten an Leberkrebs gestorben war.

„Nach dem Brief wollte ich einfach nur ganz schnell etwas unternehmen“, sagt Ramona Dreessen. Sie fuhr wieder nach Hamburg, zur Abklärung. Nach einer weiteren Mammografie behielt man sie gleich da, zur Biopsie. Mit einer Hohlnadel stanzte ihr René Rückner, programmverantwortlicher Arzt für das Screening in Hamburg, ein paar winzige Gewebeproben aus der rechten Brust. Dort hatte sich ein wenig Kalk abgesetzt, was auf einen Tumor hätte hinweisen können. →

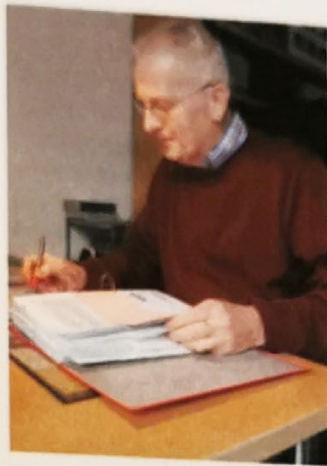
Nach zwei Tagen dann die Entwarnung: Rückner erklärte ihr, die Laboruntersuchung des Gewebes habe nichts Schlimmes ergeben. Das entfernte Gewebe sei gutartig gewesen, der Mikrokalk stammte nicht von einem Tumor.

Mit der erklärten Absicht, möglichst viele Frauen vor Leiden und Tod zu bewahren, hat Deutschland 2005 eines der umfangreichsten Screening-Programme der Welt gestartet. Aufnahmen jeder Brust werden von zwei bis drei erfahrenen Ärzten begutachtet, die sich mindestens 5000 Mammografien im Jahr ansehen.

Die Datenlage scheint diesen Aufwand zu rechtfertigen, zeigten doch international acht große Studien, dass Frauen nach einer Mammografie möglicherweise länger leben und insgesamt weniger Frauen an Brustkrebs sterben. Damit gehört das Röntgen der Brust zu den bestuntersuchten Früherkennungsmethoden überhaupt. Für alle diese Methoden jedoch gilt das Dilemma der Statistik: Studien dazu machen Aussagen über große Gruppen von Untersuchten. Sie sagen, grob gesprochen, also, dass eine Diagnostik für einen mathematisch erzeugten Normalmenschen einen bestimmten Nutzen trägt. Der individuelle Nutzen aber kann für einen jeden ganz verschieden ausfallen: Wer tatsächlich erkrankt ist, zieht ein paradoxes „großes Los“ und wird gerettet. Wer gesund ist und falsch alarmiert wird, muss eine Meinung haben, wie er damit umgehen möchte.

Kamona Dreessen hat die Beunruhigung, die der am Ende harmlose Befund ihr zunächst bereitete, akzeptiert: „Ich bin froh, dass am Ende alles in Ordnung war und dass ich jetzt Bescheid weiß.“ In einem halben Jahr muss sie wieder zur Kontrolle gehen.

Manchmal führt ein arglos initiiertes Check jedoch zu deutlich dramatischeren Konsequenzen. Etwa beim zunächst harmlosen Test auf prostataspezifisches Antigen (PSA), der bei circa vier von fünf auffälligen Erstbefunden zum Fehlalarm führen kann – und möglicherweise zu einer Kaskade folgenswerer Eingriffe.



Kämpfer für Klarheit:
Bei Hermann Schaub lieferte ein PSA-Test erste Hinweise auf Prostatakrebs. Er gründete eine Selbsthilfegruppe und fordert eine umfassende Beratung der Patienten über mögliche Folgen von Untersuchungen

„
Natürlich hadere ich manchmal mit den Nachwirkungen. Aber ohne den Test wäre mir wohl nicht mehr viel Lebenszeit geblieben.“

Hermann Schaub über seine Prostatakrebs-Diagnose

Auf die PSA-Analyse nämlich folgt bei Verdacht zunächst die ebenfalls harmlose Tast- und Ultraschalluntersuchung. Dann allerdings schon eine nicht mehr ganz so gefahrlose Nadelbiopsie, die Infektionen oder Blutungen nach sich ziehen kann.

Und wenn die bei der Gewebeprobe zutage geförderten Schnipsel nicht klar erkennen lassen, ob das Geschwür in der Vorstehdrüse ein Killer ist oder nicht, wird mancher Arzt im Zweifel die Prostata entfernen. Sollten bei dem Eingriff Nerven im Becken durchtrennt werden, kann der Patient impotent werden. Außerdem droht Inkontinenz.

Angesichts dieser Risiken ist es umso wichtiger, dass der Arzt den zumeist gesunden Patienten über die mögliche Tragweite der Vorsorgeuntersuchung, über Forschungslücken und Unwägbarkeiten aufklärt. Denn unbestreitbar rettet der PSA-Test immer wieder Leben. Er erkennt viel früher eine Abweichung von der gesunden Norm als etwa das Abtasten der Prostata. Hermann Schaub ist deshalb froh, dass er den Test Ende 2003 gemacht hat. „Trotz des Schrecks und aller Konsequenzen“, ist der 68-Jährige davon überzeugt, dass ihn die Blutanalyse gerettet hat. 29 Nanogramm pro Milliliter zeigte der Test bei ihm: ein extrem hoher Wert. Nach einer Biopsie wurde Schaub im Januar 2004 die Prostata entfernt. Auch bei ihm wurden dabei Nerven zerschnitten, von der Potenz blieb nicht viel. Im Nachhinein stellte sich die Entscheidung aber als richtig heraus, der Tumor hatte schon zu streuen begonnen.

„Natürlich hadere ich heute manchmal mit den Nachwirkungen. Aber ohne den Test wäre mir wohl nicht mehr viel Lebenszeit geblieben. So lebe ich seit sechs Jahren mit dem Krebs“, sagt Hermann Schaub.

Inzwischen hat er zu Hause in Gütersloh eine Selbsthilfegruppe gegründet. In ihr engagiert er sich dafür, dass Männer angemessen über den PSA-Test informiert werden. „Abwägen aber muss dann

jeder für sich: Wie viel bringt mir ein Test, und welche Nachteile kann ich dadurch haben?“

Bessere Information über Früherkennung sei zwingend nötig, sagt auch Günther Egidi, Arzt und Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, weil sich die Untersuchungen an gesunde Menschen ohne Symptome richteten. „Wenn es denen hinterher schlechter geht als vor der Untersuchung, ist das im Sinne der ärztlichen Ethik ein Riesensproblem.“

Besonders lebhaft kann sich Egidi über die aus seiner Sicht mangelnde Patienteninformation bei „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) ereifern: Da würden Patienten oft regelrecht unter Druck gesetzt, sollten eben schnell mal ein Papier unterschreiben, um dann für eine Untersuchung Geld auszugeben, deren Sinn und Konsequenzen sie gar nicht recht verstanden hätten. „Dabei ist der Nutzen der meisten IGeL-Checks nicht belegt“, sagt Egidi.

Reguliert ist dieser Markt in Deutschland kaum. Die „Gebührenordnung für Ärzte“ legt zwar fest, wie viel ein Mediziner für einen Check in Rechnung stellen darf. Doch keine Instanz prüft, wie groß der Nutzen dieses Checks ist.

Günther Egidi rät daher ganz pragmatisch: „Wenn Sie damit rechnen, dass man Ihnen eine IGeL anbieten will, lassen Sie Ihr Portemonnaie zu Hause. Sie brauchen nur Ihre Versichertenkarte und die Praxisgebühr. Alles andere kann erst mal warten.“

Mitarbeit: Kerstin Engelhard

Mehr Wissen

 www.stern.de/vorsorge
Von U1 bis U9: Vorsorgeuntersuchungen sind auch für Kinder wichtig. Hier erfahren Sie, was wann vom Arzt überprüft wird. www.kbv.de/patienteninformation/23751.html
Tipps der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Umgang mit IGe-Leistungen. www.krebshilfe.de Kompakte Infos zu diversen Untersuchungen