

Aktuelles in clio 73/2011

Am 29. und 30. September 2011 trafen sich Expertinnen aus Wissenschaft und Praxis und verschiedener Fachrichtungen im Gesundheitswesen in Berlin zu der **Tagung Zur Zukunft der Frauengesundheit. 10 Jahre Frauengesundheitsbericht**, um das zehnjährige Jubiläum des ersten und einzigen deutschen Frauengesundheitsberichtes zu feiern und Perspektiven für die Frauengesundheit in Deutschland aufzuzeigen. Im Jahre 2001 veröffentlichte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland“. Ziel war, die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frauengesundheit aufzuarbeiten, den spezifischen gesundheitlichen Versorgungsbedarf von Frauen in Deutschland zu bestimmen und Orientierungen für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik zu geben. Akteurinnen von damals und Expertinnen aus Praxis, wie das FFGZ Berlin, und Forschung verfolgten Entwicklungslinien der vergangenen Jahre und setzten sich kritisch mit aktuellen Fragestellungen auseinander. Es wurde ein Berliner Appell formuliert, zu finden auf der Website des nationalen Netzwerks für Frauen und Gesundheit www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de

Hormontherapie in den Wechseljahren

Frauen in den Wechseljahren bekommen laut der Techniker Krankenkasse (TK) deutlich seltener Hormontherapien (HT) verschrieben als vor einigen Jahren. Nicht einmal jede zehnte Frau (9,6 Prozent) der elf Millionen Frauen zwischen 45 und 65 Jahren hat nach Angaben der Kasse im Jahr 2010 Hormonpräparate verordnet bekommen. Vor zehn Jahren wurden noch fast 40 Prozent der Frauen diese Präparate nicht nur gegen Beschwerden in den Wechseljahren, sondern auch zur Prävention von Osteoporose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verordnet.

Neue Erkenntnisse zum Mammografie Screening und seinen Auswirkungen auf die Sterblichkeit

Das angesehene British Medical Journal veröffentlichte eine Studie von Philippe Autier und anderen, die die Brustkrebssterblichkeit in benachbarten Europäischen Ländern mit ähnlichen Gesundheitsversorgungssystemen untersuchte. Dafür wurden Daten der WHO-Datenbank zu Todesursachen und Datenquellen zu Screening, Krebsbehandlung und Risikofaktoren für Brustkrebssterblichkeit ausgewertet. Die Länderpaare hatten die Screening-Programme im Abstand von 10 bis 15 Jahren eingeführt. Von 1989 bis 2006 sank die Brustkrebssterblichkeit in Nordirland um 29% und der Republik Irland um 26%, in den Niederlanden um 25% und in Belgien um 20%, in Schweden um 16% und in Norwegen um 24%.

Daraus schließen die Wissenschaftler, dass das Screening keine direkte Rolle bei der Reduzierung der Brustkrebssterblichkeit spielt. Die Senkung der Sterblichkeit wird im Wesentlichen der Verbesserung der Qualität der Versorgung zugesprochen. Hier kann noch viel mehr getan werden.

Der erfreulichen Senkung der Brustkrebssterblichkeit steht ein starker Anstieg der Diagnosen seit Einführung des Screenings gegenüber. Die neuen Zahlen des Krebsregisters der ostdeutschen Bundesländer zeigen einen Anstieg der Diagnosen seit Einführung des Mammografie-Screenings um 40% von 206,7 auf 289,3 je 100.000 Frauen. Auch die nicht-invasiven Diagnosen, sogenannte In-situ-Tumore, lagen im Jahr 2008 mit 43,3 je 100.000 mehr als doppelt so hoch wie die des Vor-Screening-Zeitraums mit 19 je 100.000 (GKR Berlin, Juni 2011). Nach neuesten Erkenntnissen ist darin ein hoher Anteil an Überdiagnosen enthalten. Dies sind

Formen von Brustkrebs, die nie gefährlich würden, wenn sie unerkant blieben. Diese Ergebnisse bestätigen, dass Frauen genau für sich abwägen sollten, welche Vor- und Nachteile die Teilnahme am Screening für sie hat. BMJ 2011; 343: d4411

Ein Screening, das wenig nützt und viel schadet: Früherkennung von Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

Enttäuschende Ergebnisse erzielte eine große US-amerikanische Langzeitstudie, bekannt unter dem Kürzel PLCO, in der geprüft wurde, ob ein erhöhter Gehalt des Tumormarkers CA-125 im Blut frühe Hinweise auf einen Eierstockkrebs liefert und die Überlebenschancen der Betroffenen verbessert.

Bei den Teilnehmerinnen des Projekts handelte es sich um 78.000 Frauen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren, die anfangs keine Krebserkrankung hatten. Eine Hälfte von ihnen, die Kontrollgruppe, erhielt keine speziellen Anweisungen, was die Eierstockkrebsfrüherkennung anbelangt. Demgegenüber wurde die andere Hälfte aufgefordert, sich einmal jährlich einschlägigen Tests zu unterziehen. Zum einen wurden die Frauen mit vaginalem Ultraschall untersucht, zum anderen wurde die Konzentration des Tumormarkers CA-125 im Blut bestimmt, einem von entarteten Eierstockzellen ins Blut abgeschiedenen Zucker-Eiweiß-Molekül.

Erhöhte Mengen des Tumormarkers im Blut findet man allerdings nicht nur im Zusammenhang mit einem Eierstockkrebs, sondern auch in Verbindung mit anderen Krankheiten, etwa einem Bauchspeicheldrüsenkrebs oder einer Leberzirrhose. Die ForscherInnen entdeckten im Verlauf von rund dreizehn Jahren bei 212 der regelmäßig untersuchten Probandinnen und bei 176 der anderen Teilnehmerinnen ein Ovarialkarzinom.

Die Früherkennungstests erhöhen somit zwar die Zahl der entdeckten Krebsfälle, doch die Wucherungen wurden nicht, wie erhofft, in einem frühen Stadium der Zellentartung erkannt. Die späte Diagnose dürfte auch ein wesentlicher Grund dafür gewesen sein, weshalb die Sterblichkeit der Betroffenen nicht zurückging. So erlagen in beiden Kollektiven 55% der Erkrankten den Folgen des fortgeschrittenen Krebses. Damit aber nicht genug der schlechten Nachrichten. Bei knapp 3.300 Frauen und damit einem erheblichen Anteil der untersuchten Frauen wurde irrtümlicherweise ein Ovarialkarzinom diagnostiziert. Ein Drittel dieser unnötigerweise alarmierten Frauen unterzog sich daraufhin einem diagnostischen Eingriff, der bei 15% von ihnen größere Komplikationen - etwa Blutungen, Infektionen, Darmverletzungen und Blutverluste – hervorrief. Das gleiche Schicksal ereilte auch die Hälfte jener Teilnehmerinnen, bei denen sich die Verdachtsdiagnose nach Untersuchung der Gewebeprobe bestätigte.

Die Erkenntnisse der US-amerikanischen ForscherInnen sind ernüchternd, was die Früherkennung von Eierstockkrebs angeht. Bislang werden die meisten Ovarialkarzinome erst in einem späten Erkrankungsstadium identifiziert, zu einem Zeitpunkt, wenn der Tumor bereits Beschwerden verursacht und eine Behandlung kaum noch Erfolg verspricht. So leben nur etwa dreißig Prozent von ihnen länger als fünf Jahre, nachdem der Tumor entdeckt wurde. Bei einer zeitigen Diagnose beträgt die Überlebensrate rund 92%.

Besonders drastisch vor Augen führen die Resultate dieser Studie überdies, dass falsch-positive Befunde alles andere als trivial sind. Solche Fehldiagnosen können schwere Konsequenzen haben und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich mindern. Solche Irrtümer kommen auch bei anderen etablierten Screening-Maßnahmen häufig vor. Ein bekanntes Beispiel ist das Mammografie-Screening, das bei 50 bis 200 von tausend Frauen zu falsch-positiven Ergebnissen und nachfolgend zu überflüssigen Biopsien und unnötigen Therapien führt. Der lebensrettende Effekt von Mammografien wird völlig überschätzt. Sie haben keinen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit. JAMA, Bd. 305, 8.6.2011, <http://jama.ama-assn.org/content/305/22/2295.full.pdf>

IGeL auf dem Prüfstand – Screening auf Glaukom, Eierstock- und Gebärmutterkörperkrebs ohne belegten Nutzen

Schätzungsweise 1,5 Milliarden Euro haben PatientInnen im Jahr 2010 für Individuelle Gesundheitsleistungen ausgegeben. Daten zur Bewertung von Qualität und Angemessenheit der Angebote, die sich vielfach an gesunde Menschen ohne erhöhtes Risiko richten, fehlen.

Autoren des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) überprüfen jetzt in einem mit Bundesmitteln finanzierten HTA-Bericht (HTA: **Health Technology Assessment**, systematische wissenschaftliche Bewertung gesundheitsrelevanter Maßnahmen) die Evidenz für die klinische Effektivität der meistgenutzten IGeL-Leistungen. Bis zu 40% beziehen sich auf Augeninnendruckmessungen und bis zu 25% auf Ultraschalluntersuchungen. Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2004 ist allgemeines Glaukom-Screening wegen unklarer Datenlage nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten. Für das Glaukom-Screening sehen die Autoren des Berichts keinen Nutzen.

Gynäkologische Fachgesellschaften sind sich in ihren Leitlinien einig, dass allgemeines Screening auf Eierstock- und Gebärmutterkörperkrebs derzeit nicht empfohlen werden kann. Für den vaginalen Ultraschall in diesem Zusammenhang sieht der Bericht sogar potenzielle Schäden, beispielsweise durch Überdiagnosen, die unnötige invasive Eingriffe zur Folge haben, siehe vorstehende Notiz. Das arzneitelegramm rät von einem allgemeinen Screening auf Glaukom, Ovarial- und Endometriumkrebs daher ab und sieht eine systematische Überprüfung weiterer häufig genutzter IGeL-Leistungen als dringend geboten an. arzneitelegramm 10/2011

Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) in Deutschland

Laut einem epidemiologischen Artikel im Deutschen Ärzteblatt waren Hysterektomieraten in den Jahren 2005 und 2006 – neuere Daten gibt es nicht – noch deutlich höher als in Skandinavien, jedoch geringer als in den USA und Australien. Auffallend sind erhebliche regionale Schwankungen, in Städten wie Hamburg und Berlin sind die Raten am niedrigsten und im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern am höchsten, was zeigt, dass die gebärmuttererhaltenden Operationen zwar in den Städten anzutreffen sind, nicht aber auf dem Land (in Hamburg wurden 213 Gebärmutterentfernungen umgerechnet auf 100.000 Personenjahre vorgenommen, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen 361).

Nach wie vor mangelt es an einem kritischen Umgang mit dieser Operation an sich, obwohl schon seit Jahrzehnten bekannt ist, dass eine Hysterektomie in den meisten Fällen nicht notwendig, sie gleichzeitig aber ein schwerer Eingriff mit potenziellen Risiken ist.

In unseren Augen sind folgende Fakten besorgniserregend:

- Nach wie vor werden ca. 150.000 Gebärmutterentfernungen im Jahr gemacht, von denen schätzungsweise 80% nicht notwendig sind.
- Bei 23% aller Hysterektomien bzw. bei 12% aller Hysterektomien wegen gutartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane und bei 4% aller Hysterektomien wegen gutartiger Erkrankungen bei Frauen unter 50 Jahren wurden beide Eierstöcke entfernt, was bei letzteren zu schwerwiegenden, teilweise dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.
- Nur bei 4% der Gebärmutterentfernungen wurde der Gebärmutterhals erhalten (subtotale Hysterektomie), obwohl dadurch die Vagina ohne Narben bliebe, was sich u.a. positiv auf das sexuelle Erleben der Frau auswirken könnte. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 108, 29.7.2011

Unter der Pille ist nicht nur das Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebsrisiko erhöht, sondern auch das Thromboembolierisiko

Der mögliche Einfluss der Pille auf das Risiko, an Krebs zu erkranken, ist seit den 1990er Jahren bekannt. Sie erhöht das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, besonders bei langjähriger Einnahme. 2009 stufte die International Agency for Research on Cancer (IARC) bei der WHO neben Östrogen auch Gestagene als potenziell krebserregend für Frauen ein, vor allem in Hinblick auf Brustkrebs. Der Risikoanstieg unter der Pille, darüber hinaus an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, ist durch eine von der WHO in Auftrag gegebene systematische Übersichtsarbeit belegt.

Doch die Pille erhöht auch das Risiko für Gefäßverschlüsse durch Blutgerinnsel (Thrombosen). Unter dem Gestagen Levonorgestrel kommt es zu etwa 20 Thrombosen pro 100.000 Frauen und Jahr und verdoppelt sich im Vergleich zu Nichtanwenderinnen. Bei den Gestagenen der 3. Generation, Desogestrel und Gestoden, gibt es ein vierfach erhöhtes Risiko mit 30 bis 40 Thrombosen pro 100.000 Frauen und Jahr. Auch für das noch neuere Gestagen Drospirenon ist nun durch zwei aktuelle Studien bestätigt, dass es im Vergleich zu Levonorgestrel ein doppeltes bzw. ein dreifach so hohes Thromboserisiko und im Vergleich mit Frauen, die keine Pille nehmen, ein bis zu achtfach erhöhtes Risiko hat. Erstmals klagt jetzt in Deutschland eine Frau, die aufgrund der Pille Yasminelle eine Lungenembolie bekam und für zwanzig Minuten klinisch tot war, gegen den Pharmahersteller Bayer. Im April 2011 hat sich eine Selbsthilfegruppe Drospirenon Geschädigter gegründet, www.risiko-pille.de.

Obwohl die neuen Pillen riskanter als ältere sind, wurden sie im Jahr 2010 besonders häufig verordnet, unter ihnen Lamuna®, Nuvaring®, Yasmin/Yasminelle®. Sie werden vom Hersteller u.a. mit einem „Figur-Bonus“ beworben. British Medical Journal 2011: 342: 933-4, 960, 961; arznei-telegramm, 5/2011; Barmer GEK Arzneimittelreport 2011

Vier besonders krasse Fälle von Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem

Bei der Vorstellung des Arzneimittelreports 2011 der Barmer GEK wies der Gesundheitsökonom Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen auf zahlreiche Missstände bei der Verschreibung von Medikamenten hin: Die Verschreibungspraxis im Bereich der Antibabypillen: Junge gesunde Frauen werden oft unnötig einem deutlich erhöhten Thrombose-Risiko ausgesetzt (siehe Info davor und unsere Pressemitteilung zu Verhütung im September, auf der Website); die Übermedikation von DemenzpatientInnen; die Schmerzmittel Novalgin und Metamizol, die schon in den 1980er Jahren wegen schwerer Nebenwirkungen in die Kritik geraten waren, erleben eine Renaissance; und AlkoholikerInnen erhalten massenweise süchtig machende Schlafmittel.

Bei der Verschreibung der Pille kommen häufig Produkte zum Einsatz, die ein rund doppelt so hohes Thrombose-Risiko bedingen wie andere Präparate. Gerd Glaeske vermutet, dass dies im Wesentlichen durch die wirtschaftlichen Interessen der Pharmakonzerne bedingt wird. Frauen, die mit der Pille verhüten, setzen sich generell einem erhöhten Thrombose-Risiko aus, doch bei den älteren Präparaten der zweiten Pillen-Generation erleiden lediglich 15 bis 20 von 100.000 Frauen bei der Einnahme über ein Jahr eine Thrombose, wohingegen bei den moderneren Pillen der dritten und vierten Generation 30 bis 40 gefährliche Thrombosefälle zu verzeichnen sind. Dass die neueren Präparate dennoch rund die Hälfte der Verschreibungen ausmachen, ist nach Glaeskes Einschätzung darauf zurückzuführen, dass die Patente der älteren Pillen abgelaufen sind und daher die Gewinnspanne deutlich zurückgegangen ist. So versuchen die Pharmaunternehmen stattdessen durch umfassende Werbemaßnahmen ihre neueren, lukrativen Produkte an die Frau zu bringen. Diese Werbemaßnahmen zeigen sowohl bei den Patientinnen als auch bei

den Ärzten Wirkung, so der gemeinsame Vorwurf der Barmer GEK und des Bremer Gesundheitsökonomien. Das FFGZ e.V. rät von der Pille aufgrund der potenziellen Nebenwirkungen und Langzeitfolgen ab und empfiehlt stattdessen Diaphragma und Portiokappe.

Aufhören! US-Ärztevereinigung warnt vor unnötigen und gefährlichen Routinebehandlungen

So geballt wie in den Archives of Internal Medicine ist selten zu lesen, dass Medizin mehr schaden als nutzen kann. Unter der Überschrift „Less is more“ hat die US-amerikanische Ärztevereinigung National Physicians Alliance (NPA) für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinderheilkunde eine Liste erstellt, der ÄrztInnen wie PatientInnen entnehmen können, welche Tests und Therapien unnötig sind. Das Ziel ist, die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Risiken und Belastungen vermeiden zu helfen. Die ÄrztInnen berufen sich in ihren Empfehlungen auf hochrangige Studien und Auswertungen der Fachliteratur durch unabhängige Gremien:

Ein Abstrich am Gebärmutterhals ist bei Frauen unter 21 Jahren nicht nötig. In jungen Jahren bilden sich die meisten Zellveränderungen von alleine zurück, deshalb führen Tests bei jungen Frauen nur zu Verunsicherung und unnötigen Folgeuntersuchungen. Bitte beachten Sie, dass clio 73 genau diesen Themenschwerpunkt hat.

Bei Frauen unter 65 Jahren und Männern unter 70 ist die Knochendichtemessung unnötig. Es gehört zum normalen Alterungsprozess, dass die Knochen dünner werden – für sich genommen stellt das noch keine Gefährdung dar. Nur bei bestimmten Risikofaktoren kann eine frühere Diagnostik und Therapie gerechtfertigt sein.

Bei Rückenschmerzen ist kein Röntgenbild, Kernspin oder Computertomografie (CT) innerhalb der ersten sechs Wochen nötig. Davon ausgenommen sind Personen mit Lähmungen oder mit schweren Grunderkrankungen wie einer Osteomyelitis. Rückenschmerzen verschwinden in der Mehrzahl von alleine wieder oder es sollte mehr Sport getrieben werden.

Bei gesunden beschwerdefreien Erwachsenen sind keine Routineblut- oder Urintests nötig.

Ein EKG ist bei symptomlosen Personen ohne besonderes Risiko nicht nötig. Dadurch verbessern sich der Verlauf und die Prognose bei womöglich verengten Kranzgefäßen nicht. Unklare Befunde sind jedoch so häufig, dass sie weitere invasive Untersuchungen nach sich ziehen, zu weiteren Fehldiagnosen und einer Übertherapie führen. Der Schaden überwiegt den Nutzen.

Bei banalen Atemwegsinfekten sollte auf Antibiotika verzichtet werden. Die meisten dieser Infektionen werden von Viren ausgelöst und reagieren nicht auf Antibiotika. Nur wenn Streptokokken nachgewiesen werden, sollten Antibiotika gegeben werden.

Fettsenkende Medikamente sollten nicht allen älteren Menschen verordnet werden. Durch immer niedrigere Grenzwerte wurde die Mehrzahl der Erwachsenen zu Behandlungsbedürftigen erklärt. Archives of Internal Medicine (online), Mai 2011

Cornelia Burgert, Mitarbeiterin des FFGZ e.V.