

«Abtasten der Brust schadet nur!»

Mit diesem provokativen Satz widerspricht der Arzt Johannes G. Schmidt allen bisherigen Empfehlungen zur Krebsvorsorge. Der klinische Epidemiologe hat in der Medizin wichtige Denkfehler ausgemacht, die uns teuer zu stehen kommen.

Von Verena Thalmann

Zunählig Frauen haben schon Ängste ausgestanden, weil sie es nicht fertigbrachten, ihre Brust regelmässig nach verdächtigen Knoten abzutasten. Wenn es bisher in der Krebsprävention einen fringenden ärztlichen Rat gab, dann diesen. Und nun kommt ein Mediziner und rät ebenso dringend davon ab.

«Die Selbstuntersuchung bringt nichts und führt nur zu unnötigen Eingriffen. Es gibt in der Medizin wenig, das so gut bewiesen ist», bekräftigt Johannes G. Schmidt, der sich seit Jahren kritisch mit den Ergebnissen medizinischer Studien beschäftigt. Ähnlich negativ beurteilt er auch die Reihenuntersuchung mit der Mammographie, einer Röntgenaufnahme der Brust. An ihrem Beispiel zeigt er einen «Denkfehler» auf, dem auch er lange erlegen sei.

Geringer Informationsgewinn ...

Allgemein hatte man sich auf Studien gestützt, wonach die Brustkrebs-Sterblichkeit bei über 50-jährigen Frauen um 30 Prozent gesenkt werden kann, wenn sie sich regelmässig einer Mammographie unterziehen. Misstrauisch geworden, begann Schmidt diese hohe Rate zu hinterfragen. Insbesondere wollte er genauer wissen, was sie für die einzelne Frau heisst. Was nützt und was schadet es ihr, wenn sie sich einem Test unterzieht?

Das Ergebnis der «banalen Rechnung»: Die Reduktion des Sterberisikos um 30 Prozent bedeutet, dass pro tausend Frauen in zehn Jahren ein Todesfall verhindert werden kann. Der Denkfehler: Die 30 Prozent sind eine volksgesundheitliche Grösse, die für den Einzelfall nichts aussagt. Aus der Sicht einer Frau sieht die Situation ganz anders aus: Vor der Untersuchung ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Brustkrebs hat, 1:150, also 0,7 Prozent. Die Frau kann davon ausgehen, dass sie zu 99,3 Prozent kreisfrei ist. Mit der Mammographie steigt diese Wahrscheinlichkeit auf 99,8 Prozent.

... muss teuer erkaufte werden

Man dürfe zudem die Nachteile der Untersuchung nicht ausser acht lassen, betont Schmidt. Bei Reihenuntersuchungen stimme nämlich ein krebsverdächtiger Mammographie-Befund auch bei bester Technik nur in 5-10 Prozent der Fälle. Über 90 Prozent der Frauen mit falschem Verdacht würden unnötig verängstigt und müssten weitere Abklärungen machen. Und selbst wenn ein Brustkrebs früh entdeckt werde, bringe dies nur wenigen einen Gewinn, bei den andern

«Gar nicht überall einig»

«Wir sind mit Schmidt in vielen Dingen gar nicht einig», sagt Professor Urs Haller vom Zürcher Universitätsspital (USZ).

Der Chef des Departements für Frauenheilkunde am USZ schliesst in seine Beurteilung die Fachgesellschaften, teilweise auch die Klinikchefs sowie praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte mit ein. «Das Thema sei sehr heikel, bemerkt er auf Nachfrage. «Etwas stimmt an den Erkenntnissen schon, aber in vielen Fragen ist ich die Fachwelt noch nicht einig, zum Teil hat man auch andere Fakten.»

Auf den von Schmidt erwähnten Denkfehler angesprochen – die Tatsache, dass was in Prozenten ausgedrückte Risiko viel rösser erscheint als es in Wirklichkeit ist – antwortet Haller: «Da sind wir mit den Guidelines dran.» Die schweizerischen Fachgesellschaften seien zurzeit im Begriff, medizinische Richtlinien zum Erkennen des Brustkrebses zu verfassen,

Eine ernüchternde Bilanz

	Geschätzte Zahl verhütbarer Fälle	
■ Brustkrebs		
• Mammographie bei Frauen über 50 Jahren	wirksam (1 Todesfall pro 10 000 Frauenjahre)	Ermessenstrage. In 10 Jahren 15-50% Wahrscheinlichkeit von Krebsverdacht mit der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, Abkürzung der krankheitsfreien Lebenszeit.
• Mammographie bei Frauen unter 50 Jahren	nicht sicher wirksam (bestenfalls 1 pro ca. 100 000 Frauenjahre)	nur unerwünschte Wirkungen (Angst und Zunahme der Brusteingriffe)
• Selbstuntersuchung	nicht wirksam	nur unerwünschte Wirkungen (Angst und Zunahme der Brusteingriffe)
■ Gebärmutterhalskrebs		
• Papanicolaou-Abstrich	fraglich wirksam (bestenfalls 1 Todesfall pro 20 000 Frauenjahre)	eher ungünstig. Jede zehnte Frau wird einmal mit krankhaftem Befund konfrontiert. Zunahme der Eingriffe. Nachteile bei Lebensversicherung. Nutzen-Risiko-Verhältnis kann durch mindestens dreijährige Untersuchungsabstände verbessert werden.
■ Dickdarmkrebs		
• Test auf okkultes Blut	fraglich wirksam (bestenfalls 1 Todesfall pro 15 000 Personenjahre)	eher ungünstig
■ Prostatakrebs		
• Bluttest oder -abstrich	nicht sicher wirksam	ungünstig. Überdiagnose klinisch gutartiger Krebse.
■ Hautkrebs		
• Periodische Hautinspektionen	nicht sicher wirksam	ungünstig. Überdiagnose klinisch gutartiger Formen, ohne Rückgang fortgeschrittener «dicker» Stadien (evtl. günstig bei Hochrisiko-Patienten).
■ Herzinfarkt		
• Generelles Cholesterin-Screening	u. U. wirksam (1 Infarkt pro 100-1000 Behandlungsjahre)	sehr kleiner Nutzen, in der Praxis unbedeutend.
• Cholesterin bei Hochrisiko oder Angina p.	wirksam (ca. 1 Infarkt pro 10-100 Behandlungsjahre)	günstig (nur bei Verwendung bestimmter Medikamente (Statine))
• Blutzucker bei Arteriosklerose	unwirksam bzw. nicht untersucht	eher ungünstig («Blutzuckerpillen» könnten Mortalität erhöhen)
■ Hirninfarkt		
• Blutdruck (bei >110 mmHg)	wirksam (1 Hirninfarkt pro ca. 800 Behandlungsjahre)	nicht immer günstig. Ermessenstrage. Verhütung von Hirninfarkten: 0,6% in 5 Jahren, gleichzeitig schlechtere Befindlichkeit, Absentismus etc. in 10-20%. Günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis nur bei zusätzlichen Risikofaktoren.
■ Allg. Krankheits- und Sterberisiko		
• «Check-up»	nicht wirksam	Risiko falsch-pathologischer Resultate, Zunahme von Hospitalisationen
■ Schwangerschaft		
• Routine-Ultraschall in Schwangerschaft	nicht wirksam	eher ungünstig. Risiko falsch-positiver oder irrelevanter Befunde

BILD: KAMPFQUELLE; JOHANNES G. SCHMIDT (IN: ALLGEMEINER UND FAMILIENMEDIZIN)

werde lediglich die unbeschwerete Zeit vor der Krebsdiagnose verkürzt.

Beim Brustkrebs hat sich laut Schmidt nämlich ein weiterer Trugschluss herausgestellt. Lange glaubte man fälschlicherweise, die Früherkennung bringe bessere Heilungschancen. Bei genauerer Betrachtung seien jedoch vermeintlich spät entdeckte Tumore schnellwachsende, das ganze System angreifende Varianten, die in der Regel rasch zum Tod führen, während die «frühentdeckten» sich langsam entwickeln und mehrheitlich klinisch gutartig verlaufen. Viele Frauen haben

krebsartige Veränderungen in der Brust, die sich gar nie bemerkbar machen.

Wie Zahlen irreführen können, zeigt Schmidt auch am Beispiel Cholesterin. Hier verspreche die Industrie, das Infarktrisiko lasse sich medikamentös um ein Drittel senken. «Bei einem Infarktrisiko von drei Prozent kann ich dem Patienten aber auch sagen, er profitiere mit der Wahrscheinlichkeit von einem Prozent von der Behandlung, oder es müssten hundert Patienten behandelt werden, damit einer einen Nutzen hat.» Nüchtern stellt Schmidt fest: «Mit diesen Choleste-

rin-Reihenuntersuchungen hat man die Zahl der Sterbefälle erhöht.» Erst seit kurzem gebe es harmlosere Mittel.

Nutzen und Risiken abwägen

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Patientinnen und Patienten? Sollten sie künftig auf Vorsorgemassnahmen verzichten? Nicht unbedingt, meint Schmidt. Sie sollten den Entscheid für oder gegen eine Untersuchung nach ihren Wertvorstellungen treffen können. Vorher müssten sie sich aber Klarheit verschaffen über Nutzen und Risiken, die individuell stark unterschiedlich seien (vgl. Tabelle). Für Kranke und Risikofälle gelte ein anderer Massstab als für Gesunde.

Die Medizin – unterstützt von der Industrie – habe sich in den letzten zehn bis zwanzig Jahren immer mehr an Gesunden betätigt und dabei die gleichen Instrumente und Denkweisen wie bei den Kranken kritiklos übernommen, beanstandet Schmidt. Manch eine Reihenuntersuchung erweise sich als unsinnig, weil sich dabei die Fehlerwahrscheinlichkeit vervielfache. «Dabei bietet die sogenannte Evidence-based Medicine – eigentlich ein anderer Ausdruck für klinische Epidemiologie – immer bessere Grundlagen, um unnütze Medizin zu erkennen, nur wird sie noch zu wenig zur Kenntnis genommen.» Als Gründe nennt der Epidemiologe Denkfaulheit, finanzielle Interessen, Absicherungszugewinne und Angst der Ärzte vor dem Tod.

Wieder mehr beobachten

Doch die besten klinischen Studien könnten die eigenen praktischen Erfahrungen des Arztes, der Ärztin nicht ersetzen. Statt jemanden einen Simulanten zu schelten, wenn die Laborwerte mit seinen Beschwerden nicht übereinstimmen, gelte es wieder vermehrt zu beobachten, was die Therapie bewirkt. Schmidt hat für diesen beobachtenden Ansatz den Begriff «neue Schulmedizin» geprägt und räumt ein, dass er auch eine Chance für die Komplementärmedizin bedeute: «Keine Richtung kann für sich in Anspruch nehmen, für alle Krankheiten die beste Therapie zu haben.»

Medizin soll ihr Produkt überprüfen

Wie lässt sich aber verhindern, dass noch mehr unnötig therapiert wird? Der Wissenschaftler sieht zwei Massnahmen: Die Leistungen sollten besser evaluiert und nur zeitlich befristet in die Grundversicherung aufgenommen werden. Schmidt zieht einen Vergleich mit der Wirtschaft: «Jeder Industriebereich muss über die Bücher gehen, wenn das Produkt nicht mehr stimmt. Nur in der Medizin glauben das viele nicht nötig zu haben.»

Der Reformator berichtet aber auch von einem steigenden ärztlichen Interesse an den neuen Erkenntnissen. So habe er am Chirurgenkongress über das Brustkrebsrisiko referieren können. «Es kommt nicht mehr die Wahnsinnsabwehr, wie sie Hackethal noch erlebte.» Der Lernprozess könne aber nicht von der Ärzteschaft allein geleistet werden. Bei den Patientinnen und Patienten müsse eine ähnliche Entwicklung einsetzen: «Auch sie merken doch, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht mehr stimmt.»

ANGEFRAGT

Was geschieht bei Scheidung mit meinem Altersguthaben?

Wir stehen vor der Scheidung. Ich bin Beamter, meine Frau Selbständigerwerbende. Wir teilen uns in die Betreuung der Kinder. Ich weiss, dass bei einer Scheidung die Altersvorsorge «gesplittet» wird, weiss aber nicht genau, was das heisst. P. H. in H.

Das Splitting kennt bisher nur die AHV. Es bedeutet, dass die Beiträge, die Sie und Ihre Frau während der Ehe einbezahlt haben, hälftig auf die beiden Konten aufgeteilt werden. Ein Antrag auf Splitting nach der Scheidung empfiehlt sich, um spätere Recherchen zu vermeiden.

Das Splitting bei der Pensionskasse ist im neuen Scheidungsrecht zwar vorgesehen, doch ist das Gesetz noch nicht in Kraft. Hingegen gibt es im Freizügigkeitsgesetz einen Passus, der dem Richter die Möglichkeit einräumt, das Altersguthaben der scheidenden Partner aufzuteilen. Das wird vor allem dann gemacht, wenn nicht genügend andere finanzielle Mittel vorhanden sind, um die Ansprüche des Partners bzw. der Partnerin abzugelten. Das Geld wird von der einen Pensionskasse auf die andere oder auf ein Freizügigkeitskonto überwiesen. Der Fehlbetrag kann später durch Nachzahlungen wieder aufgestockt werden. (vth)

Wir möchten auswandern

Ich möchte mich im Jahr 2006 vorzeitig pensionieren lassen und mit meiner Frau auf die Philippinen auswandern. Wir werden dann von der Pensionskasse leben, bis in den Jahren 2012 und 2019 die AHV-Rente dazukommt. Wieviel bekommt man eigentlich von der AHV? A. L. in Z.

Die AHV hängt vom Verdienst und von den Beitragsjahren ab. Wer zwischen dem 20. Jahr und dem AHV-Alter lückenlos Beiträge bezahlt hat, kommt auf mindestens 995 Franken. Die Maximalrente beträgt 1990 Franken. Ehepaare können zusammen maximal 2985 Franken erreichen. – Bei der Auswanderung in die Philippinen sollten Sie der freiwilligen AHV beitreten und dort weiter Beiträge bezahlen, sonst wirken sich die fehlenden Jahre negativ auf Ihre Rente aus. Nähere Informationen erhalten Sie bei jeder Ausgleichskasse. (vth)

Wird die deutsche Rente bei der AHV angerechnet?

Seit 1969 arbeite ich in der Schweiz Teilzeit. Ich bin Deutsche, verheiratet, mit Niederlassung. Von 1951 bis 1967 (Lehrzeit inbegriffen) zahlte ich meine Versicherungsbeiträge in Deutschland. Muss ich für diese Jahre in Deutschland eine Rente beantragen, oder werden diese 1999 mit der AHV verrechnet? E. H. in Z.

Sie werden von der AHV eine Teilrente erhalten, weil Ihnen rund zehn Beitragsjahre fehlen. Dazu kommen Leistungen aus Deutschland, die mit der AHV nicht verrechnet werden. Sie können sie aber über die AHV beantragen, wenn Sie sich für die schweizerische Rente anmelden. Auf dem Formular finden Sie eine entsprechende Rubrik. (vth)

Wieder ein unerschrockener Reformator

Johannes G. Schmidt führt ein Praxiszentrum in Einsiedeln; er hat dort auch die Stiftung Paracelsus heute gegründet.

Schon dem jungen Arzt war die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis in der Medizin aufgefallen. Als Stipendiat des Nationalfonds absolvierte er nach dem Staatsexamen in Australien ein Studium der Klinischen Epidemiologie. 1990 gehörte er zum dreiköpfigen Ärzteteam, das die erste HMO-Gesundheitspraxis in Zürich-Wiedikon eröffnete, doch kam es kurz nach Beginn zu einem Zerwürfnis mit den Trägerkassen.

Seit rund acht Jahren ist Schmidt in Einsiedeln tätig. Im Mai 1998 hat er mit einem zweiten Arzt und sechs Therapeutinnen und Therapeuten das Praxiszentrum Meinradsberg eröffnet. Es befindet sich in einem alten Hotel beim Kloster. Die übliche Schulmedizin wird mit Akupunktur, Akupressur, Homöopathie, Ge-

sundheitsmassagen, seelischer Beratung etc. ergänzt. Schmidt führt daneben die kritische Auswertung wissenschaftlicher Studien mit einigen Kollegen weiter. So waren sie beispielsweise an der heissen Diskussion über den Einsatz von Ultraschall und Mammographie auf Kosten der Krankenkassen massgeblich beteiligt.

Vor fünf Jahren gründete Schmidt die Stiftung Paracelsus heute – in Erinnerung an den unerschrockenen Reformator Paracelsus, der vermutlich im Jahre 1493 in Einsiedeln geboren wurde. Die Stiftung vermittelt das wissenschaftliche Rüstzeug der «Evidence-based Medicine» in Schriften, Kursen, Vorträgen und durch Beratung von Fachgesellschaften und

Behörden. Mit Broschüren zu einzelnen Themen, die abonniert werden können, wendet sie sich auch an Patientinnen und Patienten.

Die Stiftung, die keiner Ideologie oder Interessengruppe verpflichtet ist, wird durch die Stiftung Volkart Vision in Winterthur namhaft unterstützt. Der Stiftungsrat besteht aus Johannes G. Schmidt als Präsident, dem Chef des Tessiner Sozialdepartements, Gianfranco Domenighetti, und Luzi Dubs, orthopädischer Chirurg in Winterthur.

1997 hat die Verbindung der Schweizer Ärzte das Patronat der Kurse übernommen. Die Verbandsspitze will die «Evidence-based Medicine» fördern. (vth)



Johannes G. Schmidt.