

ÄRZTEKAMMER BERLIN

Prävention statt Kuration - eine gesundheitspolitische Gretchenfrage?

26. Gefäßchirurgisches Symposium
10. – 12. November 2011, Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Prävention in der Musterberufsordnung der Ärzte

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten, Absatz 1

Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, **die Gesundheit zu schützen** und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

Gelöbnis

Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

“Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.”

Gesundheitspolitischer Auftrag:

**Gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung
sicherstellen**

Gesundheit
= Gesellschaftlicher Zentralwert!



§ 20 SGB V **Prävention** und Selbsthilfe

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen(...) **Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.**



„curare“ = Heilen

~~versus~~

„praevenire“ = Vorbeugen

?

Kein „Entweder- oder“,
sondern auf die Gewichtung kommt es an!

Angesichts begrenzter Mittel lautet die gesundheitspolitische
„Gretchenfrage“:

**Was/ wieviel
von welcher Art Versorgung**

(Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege)

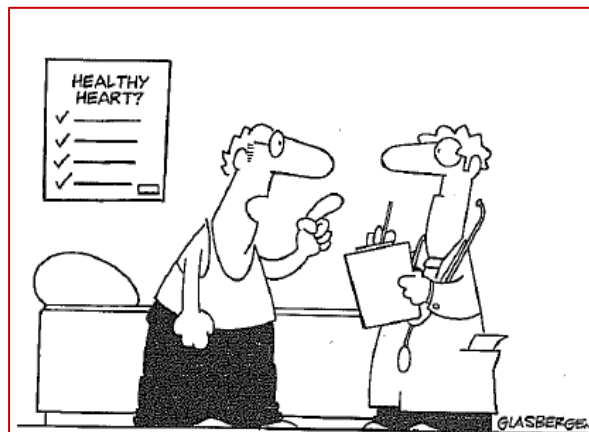
**für wen
wollen wir uns leisten?**

Zentral für med. Versorgung insgesamt:

➤ „Sauberes Wissen“ (Leitlinien etc.)

➤ „Wirkt’s tatsächlich?“

(Nutznachweis, Evidenz)



Quellennachweis siehe G.Kocher: Vorsicht Medizin! OttVerlag

«Most dinosaurs were vegetarians and they never smoked tobacco or drank alcohol – and where are they now?!»



Zentral für Prävention:

1. Salutogenese!

„Was hält gesund?“

versus

„Was macht krank?“

(Pathogenese)

vgl. Kohärenzgefühl nach Aaron Antonovsky (1923-1994)

= Bei den Ressourcen der Betroffenen ansetzen!

Salutogenese:

Kohärenzgefühl nach Antonovsky

Verstehbarkeit (comprehensibility):

Wechselseitig sich verständig machen und zu verstehen, was geschieht und was getan wird.

Das wird beim Zuhören der Erzählung des Patienten/ Mitarbeiters in dieser Weise gefördert.

Darauf baut sich die **Machbarkeit** (manageability) auf: Ich kann mir helfen. Was gemacht werden soll oder kann, muss eingepasst werden in das subjektive Leben.

Beides wird unterlegt von der **Bedeutsamkeit** (meaningfulness). Sie ist die Grundlage für das Verstehen und Machen, aber auch das modifizierende Verstehen und einer Neubewertung von bisher Erlebtem.

[Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Charité, BERLINER ÄRZTE 2-2006]

Zentral für Prävention:

2. „Settingansatz“

Verankerung in der Lebenswelt der Betroffenen,
Berücksichtigung von Faktoren sozialer Ungleichheit

3. Fokus auf Ursachen und Gesundheitspotentiale

statt auf Symptombekämpfung



- Individuelle Ebene
- Bevölkerungsgruppen bezogene Ebene
- Gesellschaftspolitische Ebene

Prävention:

- Primärprävention, z.B. **Impfungen**
- Sekundärprävention, z.B. **Screenings**
- Tertiärprävention ~ **Rehabilitation**

HPV-Impfung

Eine Entscheidungshilfe

HUMANE PAPILLOMA VIREN



EIN SCHUTZ VOR GEBÄRMUTTERHALSKREBS?

Foto: Volant - Bildfot.com, Florian Reilmann - photos.com

Weitere Informationen und Literaturhinweise: www.aerztekammer-berlin.de/30buenger/index.html

HERAUSGEBER
 Ärztekammer Berlin (AKB)
 Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Berlin

Was gibt es noch zu bedenken?

- Da die Impfung nicht gegen alle HPV-Typen immunisiert, die Gebärmutterhalskrebs verursachen können, sind regelmäßige Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, sog. PAP-Abstriche, für alle Frauen – auch die geimpften – unverzichtbar. Die Impfung kann regelmäßige Untersuchungen nicht ersetzen.
- Die Wirkung der Impfung hängt nicht vom Alter ab, sondern

Wahrscheinlich haben Sie schon von der Impfung gegen Humane Papilloma Viren (HPV) gehört.

Wissen



Euphorie um Krebsimpfung ist vorbei

Jedes Mädchen soll sich gegen Gebärmutterhalskrebs impfen lassen: So lautet die Empfehlung der Behörde. Doch immer mehr Experten zweifeln, dass die Impfung so gut wirkt wie versprochen. Von Felicitas Witte

Ob die Impfung Gebärmutterhalskrebs verhindert, kann man aus den bisherigen Studien nicht ableiten.

Ob die Impfung Gebärmutterhalskrebs verhindert, kann man aus den bisherigen Studien nicht ableiten.

Ob die Impfung Gebärmutterhalskrebs verhindert, kann man aus den bisherigen Studien nicht ableiten.

Einige dieser Viren können Zellveränderungen auslösen, die bei Nichtbehandlung eventuell zur Entstehung von Gebärmutterhalskrebs führen können. In den Medien, in Arztpraxen und auch im Freundinnenkreis wird viel über die HPV-Impfung gesprochen. Sie schützt vor einer Infektion mit bestimmten HPV-Typen, bietet aber keinen generellen Schutz vor Gebärmutterhalskrebs. Mädchen sollen möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt mit der Impfung erreicht werden. Daher wird der Zeitraum zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr als geeignet angesehen.

... nicht angesprochen. In Geschlechtsverkehr HPV-Typen bekommen.

nigen von diesen Frauen kann es (Krebsvorstufen) kommen. Änderungen bilden sich von selbst, kann nach durchschnittlich sechs Jahren entstehen. Gebärmutterhalskrebs eine mögliche Folge einer sein.

... seit 2006. Sie wirkt jedoch nur bei bisher noch keine Infektion mit stattgefunden hat. ... entwickeln Impfstoffen schützt ... Diese beiden Virstypen sind Gebärmutterhalskrebs nachzuwe...

... Was wissen wir noch nicht sicher über diese Impfung?

- ob Gebärmutterhalskrebs durch die Impfung langfristig seltener auftritt
- ob andere potenziell krebserrigende HPV-Typen an die Stelle der Typen 16 und 18 treten werden
- wie lange der Impfschutz anhält und ob eine Auffrischungsimpfung notwendig wird.

Die Impfung ist lukrativ: Seit 2006 hat der Hersteller rund 40 Millionen Impfdosen ausgeliefert.

... Wie Krebs im Gebärmutterhals entsteht und behandelt wird

Wie läuft die HPV-Impfung ab?

Die Impfung wird von Haus-, Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzten angeboten und in drei Dosen innerhalb eines halben Jahres in den Oberarm gespritzt. Soweit bisher bekannt, beträgt die Dauer des Impfschutzes 6 Jahre. Der vollständige Impfschutz besteht vermutlich erst nach der dritten Impfung. Bei schweren fieberhaften Erkrankungen oder bestehender Allergie gegen einen der Bestandteile der Impfstoffe sollte nicht geimpft werden. Es werden Tests zum Nachweis einer bestehenden HPV-Infektion angeboten. Diese haben sich jedoch nicht bewährt. Denn ein Test wäre z.B. auch positiv, wenn eine Infektion durchgemacht wurde und ausgeheilt ist. Da fast alle Menschen, die Sex haben, irgendwann in ihrem Leben eine HPV-Infektion durchmachen, würden zahlreiche vermeintliche Infektionen festgestellt, die keinen Krankheitswert haben, wenn sie spontan ausheilen.

Sind Nebenwirkungen bekannt?

Wie bei allen Impfungen können auch bei der HPV-Impfung Nebenwirkungen auftreten. Am häufigsten (bei ca. 1/10-1/100 aller Geimpften) treten Schmerz, Rötung und Schwellung an der Einstichstelle sowie Fieber und Juckreiz auf. Andere Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Nesselsucht, Übelkeit und Erbrechen wurden abhängig vom jeweiligen Impfstoff unterschiedlich berichtet. Selten kommt es zu schwereren Nebenwirkungen wie z.B. Atemnot oder neurologischen Erkrankungen. Aufgrund der kurzen Beobachtungszeit liegen keine Langzeiterfahrungen mit der Impfung vor.

Was wissen wir eigentlich?

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Bsp HPV-Impfung



Mammographie-Screening



jährlichen Effekt auf die Brustkrebssterblichkeit berechneten die Autoren mit Hilfe des nationalen Todesursachen- und Krebsregisters. Da ein Nutzen des Screenings nach etwa fünf Jahren „sichtbar“ werden müsste, wurde 1997 als Beginn und 2006 als Ende des Untersuchungszeitraums gewählt.

In diesem Intervall zeigte sich ein „Nulleffekt“. Bei den 55- bis 74-jährigen Frauen – die von einem Screening profitieren sollten – errechnete sich ein jährlicher Rückgang der Brustkrebsmortalität von einem Prozent (relatives Risiko [RR]: 0,99, 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,96-1,01) in der Screening-

Der Streit um den Nutzen geht in die nächste Runde

Neue Studien und Auswertungen zur Nutzenbewertung der Untersuchung von Frauen liefern eher ernüchternde Ergebnisse

Vernichtendes Urteil aus Dänemark, erheblich gedämpfter Euphorismus in den USA: Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings standen bei mehreren Publikationen der letzten Monate auf dem Prüfstand. Die Fakten und Probleme analysierte zusätzlich ein Wiener Institut anhand der Evaluationsberichte von sieben Ländern mit öffentlichen Programmen. Wie erfolgreich sind die Untersuchungen tatsächlich in der Früherkennung von Mammakarzinomen und

Für die Wissenschaftliche Ergebnisse ein weit für den fragwürdigen Screenings. Karsten Jørgensen, Prof. Peter Gøtzsche vom Cochrane Centre (NCC), Henrik Zahl vom norwegischen Institute for Public Health bei einer vorausgegangenen Studie (2005), die die Reduktion der Brustkrebsmortalität um 25 Prozent ergeben hat, weist auf systematische Fehler hin. Es wurde ein Teil der gescreenten Popu-

BMJ

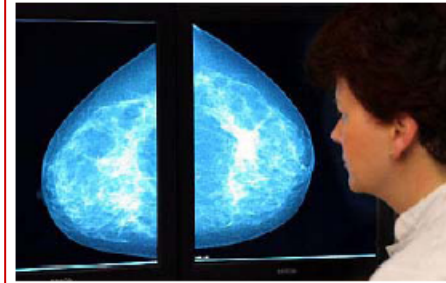
The Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Dept 3343, Blegdamsvej 9, DK-2100 Copenhagen, Denmark

Correspondence to: K J Jørgensen kjj@cochrane.dk

Cite this as: *BMJ* 2009;339:b2587 doi:10.1136/bmj.b2587

Donnerstag, 23. September 2010

Brustkrebs: Mammografie ohne großen Einfluss auf Sterblichkeit



Oslo – Der Rückgang der Brustkrebssterblichkeit, zu dem es in den letzten beiden Jahrzehnten in Norwegen gekommen ist, lässt sich nur zu einem Drittel auf die Einführung der Mammografie zurückführen.

Dies zeigt eine Studie im New England Journal of Medicine (NEJM 2010; 363: 1203-1210), die den Nutzen der Reihenuntersuchung nach Ansicht eines Editorialisten weiter infrage stellt.

Das Mammografiescreening wurde in

RESEARCH

Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends

Karsten Juhl Jørgensen, researcher Peter C Gøtzsche, director

ABSTRACT

Objective To estimate the extent of overdiagnosis (the detection of cancers that will not cause death or symptoms) in publicly organised screening programmes. **Design** Systematic review of published trends in incidence of breast cancer before and after the introduction of mammography screening.

cancers, which would not have been identified clinically in someone's remaining lifetime, is called overdiagnosis and can only be harmful to those who experience it.¹ As it is not possible to distinguish between lethal and harmless cancers, all detected cancers are treated. Overdiagnosis and overtreatment are therefore inevitable.²

It is well known that many cases of carcinoma in situ

Um einen Brustkrebstodesfall zu vermeiden, müssten 2.500 Frauen über 10 Jahre gescreent werden, berichtet Welch. Von den anderen 2.499 Frauen würden vermutlich mehr als 1.000 Frauen mindestens einmal durch einen falsch positiven Befund verunsichert (in Europa sei die Rate vielleicht geringer). Bei 5 bis 15 Frauen käme es aufgrund einer Überdiagnose zu einer unnötigen Operation. © me/aerzteblatt.de

Tatsächlicher Nutzen?

Bsp Mammographie-Screening

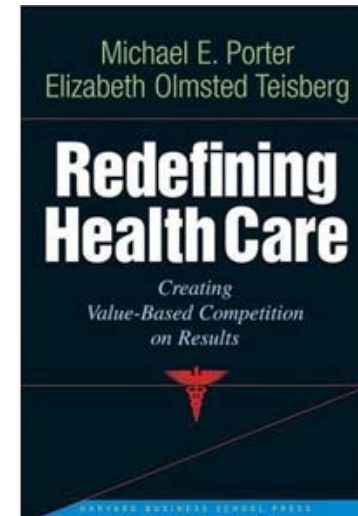
Vorschlag für eine gesundheitspolitische Strategie der Zukunft:

Value Based Health Care!

→ Gesundheitsversorgung,

die sich am tatsächlichen Nutzen für den Patienten orientiert

= Werte- und wissensbasierte Medizin!



1852

Im Auftrag der Württembergischen Regierung untersucht er den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung der Elendsquartiere im Spessart.

Virchow fordert wiederum

Bildung, Wohlstand und Freiheit

als **Voraussetzung für eine Gesunderhaltung und Heilung der Betroffenen**



„Die Medizin ist eine soziale
Wissenschaft,
und die Politik ist nichts
weiter als Medizin im
Großen.“



Rudolf Virchow (1821-1902)

Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow

Wir brauchen mehr ärztlichen Sachverstand in der Politik !

GJ

Vielen DANK!

g.jonitz@aekb.de