

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe August 2007 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Früherkennung/Screening	3
Untersuchungen zur Krebs-Früherkennung bei Frauen	6
Mammografie-Screening	9
- Verbesserte Versorgung durch Mammografie-Reihenuntersuchung?	10
- Neue Studienergebnisse zum Mammografie-Screening	12
HPV-Impfung	
- Neue Daten zur HPV-Impfung veröffentlicht	14
- HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention?	15
Hinweise	
- Weniger Teenagerschwangerschaften in den USA	17
- Weniger Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern in Deutschland	18
- Geänderte Fachinformation für Mirena®	19
- Portiokappen aus Latex werden nicht mehr hergestellt	20
- Portugal legalisiert Schwangerschaftsabbruch	20
Buchhinweise	20
Fortbildungen	22

Impressum: © 2007

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Dieser Familienplanungs-Rundbrief fasst den aktuellen Diskussions- und Wissensstand zum Thema Früherkennungsmethoden in der frauenheilkundlichen Praxis zusammen. Anlässe hierfür gibt es ausreichend: Seit zwei Jahren wird das Mammografie-Screening bundesweit umgesetzt. Die Regierung sucht im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum Beispiel mit der so genannten Chronikerregelung nach Wegen, um Menschen zu einer Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu bewegen. Die Ständige Impfkommision empfiehlt die generelle HPV-Impfung für alle Mädchen der Altersgruppe 12 -17 als wichtige Ergänzung zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung.

Der Prävention und Früherkennung wird in der Gesundheitsversorgung ein stetig wachsender Stellenwert eingeräumt. Gleichzeitig werden die bereitgestellten Ressourcen für Präventionsforschung als nicht ausreichend angesehen.

Um welche Fragen geht es beim Thema? Zum einen um grundsätzliche Anforderungen an Qualität der Maßnahmen und Struktur bei Durchführung von Reihenuntersuchungen in einer gesunden Bevölkerungsgruppe. Zum anderen müssen detaillierte Informationen zu den empfohlenen, aber von den gesetzlichen Krankenkassen nur zum Teil erstatteten, Früherkennungsmaßnahmen verfügbar sein. Die angesprochenen Menschen müssen, wie bei jeder informierten Entscheidung, u. a. auch eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung vornehmen können.

Der Rundbrief bemüht sich, diese Fragen auf der Grundlage evidenz-basierter Studien zu beantworten. Die Evidenzlage ist allerdings wegen fehlender Studien nicht immer eindeutig. Für viele Fragen besteht weiterhin Klärungs- bzw. Informationsbedarf, auch müssen Methoden und Strukturen weiterentwickelt werden. Das wird auch in den Gastbeiträgen zum Mammografie-Screening und zur HPV- Impfung deutlich.

Bei der Diskussion sollten immer die angesprochenen Menschen im Fokus bleiben. Eine wichtige Dienstleistung für sie ist die Bereitstellung ausgewogener und umfassender Informationen. Dieser Rundbrief möchte dazu beitragen.

Früherkennung/ Screening

Ines Thonke

Ein wesentliches Merkmal von Früherkennungs- bzw. Screeningprogrammen ist, dass sie sich an gesunde Menschen richten und immer eine definierte Zielgruppe in der Bevölkerung betreffen. Seit 35 Jahren sind Früherkennungsuntersuchungen im Angebot der gesetzlichen Krankenkassen verankert und ihr Nutzen wird in der Regel nicht in Frage gestellt. Dass die Untersuchungen auch negative Auswirkungen haben können, bleibt häufig unerwähnt. Ein Grund hierfür und auch für die oft wissenschaftlich nicht nachvollziehbare Überschätzung dessen, was Krebsfrüherkennung vermag, liegt sicherlich in der Absicht, Menschen zur Nutzung von Krankheits- und Krebsfrüherkennungsmöglichkeiten zu motivieren. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) nehmen nur knapp 50 % aller anspruchsberechtigten Frauen (ab 20 Jahre) regelmäßig die Krebsfrüherkennung in Anspruch, bei den Männern (ab 45) sind es noch nicht einmal 20 %. Die Möglichkeit eines allgemeinen „Gesundheits-Check-ups“ (alle zwei Jahre ab dem 35. Lebensjahr) nutzen sogar nur 17 % aller Frauen und Männer (2002). Aus diesen Zahlen zieht das BMG den Schluss, dass Menschen stärker für Prävention sensibilisiert werden müssen.

Krebsvorsorge oder Früherkennung?

Unter gesundheitlicher Prävention versteht man Vorsorgemaßnahmen, die zum Ziel haben, Krankheit oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. Während therapeutischen Verfahren bei bereits bestehenden Erkrankungen zur Anwendung kommen, soll Prävention die Entstehung von Krankheiten verhindern.

Durch primäre Prävention soll das erstmalige Auftreten einer Krankheit vermieden werden. Beispiele hierfür sind Impfungen, aber auch eine gesunde Lebensweise, körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Nichtraucher.

Durch sekundäre Prävention sollen Erkrankungen möglichst früh entdeckt werden. Allgemeine Früherkennungsuntersuchungen ("Check-ups") und Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gehören dazu.

Ziele von Früherkennung

Allgemein wird von Früherkennungs- bzw. Screeningprogrammen das Potential erwartet, dass sie Leben retten (durch die Verhinderung der Krankheitsentstehung oder Entdeckung in einem noch heilbaren Stadium) bzw. die Lebensqualität verbessern (durch bessere Behandlungsmöglichkeiten bei Entdeckung im frühen Krankheitsstadium), d.h.

- Senkung der Krebsmortalität
- Im optimalen Fall auch Senkung der Zahl neuer Krankheitsfälle
- Senkung der Gesamtsterblichkeit
- Verbesserung der Lebensqualität

Anforderungen an Früherkennungs- bzw. Screeningprogramme

Da es sich um Reihenuntersuchungen handelt, sollten an die Planung, Entwicklung und Umsetzung der Programme qualitativ hohe Anforderungen gestellt werden. Dazu gehört neben einer zentralen Koordination und Qualitätssicherung auch eine systematische Einladung der TeilnehmerInnen. Die Programme sollten wissenschaftliche evaluiert werden, um zu überprüfen, ob die vorab definierten Ziele erreicht werden. Die Ergebnisse sollten regelmäßig veröffentlicht werden. Das Mammografie-Screening ist die erste systematische Reihenuntersuchung, die mit diesen Kriterien eingeführt wird.

Alle anderen verfügbaren Untersuchungen werden außerhalb solcher Programme von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin angeboten, und die Teilnahme geht von der Eigeninitiative der Menschen aus.

Kriterien für die Eignung von Früherkennungsuntersuchungen

Für Screening-Untersuchungen gibt es internationale Kriterienkataloge z.B. von der WHO. Diese legen fest:

- es muss sich um ein wichtiges Gesundheitsproblem für das Individuum und die Gesellschaft handeln
- für die Erkrankung sollte eine sinnvolle Behandlung verfügbar sein
- bei der Erkrankung existiert ein frühes bzw. latentes Stadium (langsame Entwicklung der Erkrankung) und die Erkrankung muss in diesem Stadium erkennbar sein
- für die Erkrankung existiert ein Screening-Test

- es besteht ein eindeutiger Vorteil der frühen Behandlung im Vergleich zur Behandlung in einem späteren Erkrankungsstadium
- die Kosten sollten ausgewogen sein

Umfassende Kriterien wurden auch von dem britischen „National Screening Committee, NSC“ in Großbritannien veröffentlicht. Für einzelne Früherkennungsmaßnahmen liegen zudem aktualisierte EU-Leitlinien vor.

In Deutschland legt der Gemeinsame Bundesausschuss (ehemals Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) in seinen Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen fest, welche Untersuchungen unter definierten Struktur-, Verfahrens- und Qualitätsvoraussetzungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden. Die Arbeitsgruppe „Krebsepidemiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie hat in diesem Jahr ein Positionspapier zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Programmen zur Krebsfrüherkennung veröffentlicht.

Nutzennachweis

Aktuelle wissenschaftliche Beiträge weisen darauf hin, dass für viele der angebotenen Früherkennungsuntersuchungen der Nachweis einer positiver Nutzen-Schaden-Bilanz auf der Grundlage von randomisierten kontrollierten Studien bisher nicht erbracht wurde. Für einige angebotene Untersuchungen ist belegt, dass sie keinen Nutzen haben. (Im Detail siehe S.6 folgend). Es sollten mehr Forschungsmittel dafür eingesetzt werden, zu klären, welche Methoden und Strategien der Früherkennung nützlich sind.

Wo liegen Risiken von Früherkennungs- bzw. Screeningprogrammen?

Laut Giersiepen et al. können Schäden durch den Test selbst, die eventuell notwendige weitere diagnostische Abklärung verursacht werden. Weiterhin durch die Feststellung und Behandlung von Erkrankungen, bei denen die frühere Diagnose nicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt oder die zu Lebzeiten nie klinisch auffällig geworden wären (Überdiagnosen).

Beispiele für direkte Schäden sind z.B. Strahlenbelastung oder Folgen von operativen Behandlungen. Aber auch die psychische Belastung durch Ängste und Sorgen, zum Beispiel bei verdächtigen Ergebnissen, gehören zu den Risiken.

Weitere Risiken entstehen durch Fehlklassifikationen. Falsch positive Testergebnisse (Gesunde

werden als krank eingestuft) haben unnötige weitere Untersuchungen und ggf. Behandlungen zur Folge, bei falsch negativen Ergebnissen (Kranke werden als gesund eingestuft) wird die Diagnose einer Krankheit nicht oder verspätet gestellt.

Zum Einfluss von Screening-Untersuchungen auf die individuelle Lebensqualität liegen nur wenige Daten vor. Neben günstigen Effekten durch frühe Diagnose bzw. einen negativen Befund gibt es auch Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch entstehende Ängste. Bei falsch positiven Befunden kommt es zu unnötig durchgeführter invasiver Diagnostik, die die psychische und körperliche Unversehrtheit beeinflusst.

Anforderungen an die Information der NutzerInnen

ÄrztInnen sind (unabhängig davon ob die Leistungen von der PatientIn oder der Krankenkasse bezahlt werden) verpflichtet, auch vor diagnostischen Maßnahmen über Nutzen und Risiken aufzuklären. Die NutzerIn muss eine informierte Einwilligung geben, auch wenn diese nicht unbedingt schriftlich erfolgen muss.

Alle zitierten Publikationen weisen auf die Bedeutung der umfassenden Information hin. Information sollten zielgerichtet, spezifisch und sprachlich angemessen, neutral und evidenz-basiert sein. Sie sollte neben dem Nutzen auch mögliche Nachteile aufzeigen.

NutzerInnen sollten ein realistisches Bild des Nutzens erhalten, um mögliche falsche Erwartungen zu verhindern.

Gesundheitsreform 2007: Das GKV¹-Wettbewerbsstärkungsgesetz regelt Früherkennung neu

Es gehört zu den Aufgaben von ÄrztInnen, PatientInnen zuverlässig an anstehende Untersuchungstermine zu erinnern. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das seit 1.4.2007 in Kraft getreten ist, verpflichtet darüber hinaus die Krankenkassen, ihre Versicherten zum Beginn eines Kalenderjahres - beginnend am 1. Januar 2008 - auf empfohlene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen hinzuweisen.

Das Bundesministerium für Gesundheit weist darauf hin, dass für Früherkennungsuntersu-

chungen keine Praxisgebühr bezahlt werden muss. Krankenkassen können ihren Versicherten einen Bonus gewähren, wenn sie regelmäßig an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Neu ist im Gesetz, dass für jüngere Versicherte die regelmäßige Teilnahme an den empfohlenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen künftig Voraussetzung ist, um im Fall einer späteren chronischen Erkrankung die verminderte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen in Anspruch nehmen zu können. Diese Regelung gilt ab 1. Januar 2008.

Die Sanktionierung der Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen wurde von vielen Seiten kritisiert, da es für die meisten angebotenen Untersuchungen keinen Nachweis gibt, dass ihr Nutzen größer ist als die Risiken.

Diese Kritik hat der gemeinsame Bundesausschuss aufgenommen und statt der verpflichtenden Teilnahme an Screening-Untersuchungen eine einmalige Pflichtberatung über Nutzen und Risiken der Untersuchungen bei Erreichen des Anspruchsalters festgelegt.

Vorgesehen ist, dass die Beratung durch die ÄrztInnen erfolgt, die auch zur Durchführung der jeweiligen Früherkennungsmaßnahme berechtigt sind. Es gibt Zweifel, ob diese ergebnisoffen, unabhängig und ausgewogen beraten werden und ob sie ausreichend geschult sind, nach evidenzbasierten Kriterien zu beraten.

Quellen

Gemeinsamer Bundesausschuss (Ehemals Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen): Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen. In Kraft getreten am 20. August 2006 www.g-ba.de/downloads/36-232-17/RL_KFU_2006-06-06.pdf

Presseerklärung vom 20.7.2007 www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/191/

Giersiepen K, Hense HW, Klug S, Antes G, Zeep H. Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Programmen zur Krebsfrüherkennung – Ein Positionspapier. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes(ZaeFQ)2007; 101:

Giersiepen K, Hense HW, Klug S, Antes G, Zeep H. Krebsfrüherkennung - Kontinuierliche wissenschaftliche Bewertung ist notwendig. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(14):A937-8

Mühlhauser I. Früherkennung und Prävention: Ist Vorbeugen besser als Heilen? Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(25): A1804-7

¹ GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

Willich NW. Prävention: Gesundheitliche Wertschöpfung: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(26):A1893-5

UK National Screening Committee www.nsc.nhs.uk

Weltgesundheitsorganisation: WHO criteria for screening, www.who.org

Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit unter:
www.die-gesundheitsreform.de
www.bmg.bund.de

Untersuchungen zur Krebs-Früherkennung bei Frauen

Helga Seyler

Dieser Beitrag informiert über Nutzen und Risiken der angebotenen Früherkennungsuntersuchungen der Genitalorgane von Frauen².

Der Nutzen dieser Untersuchungen wird häufig überschätzt (von NutzerInnen wie auch von ÄrztInnen). Das eigene Risiko für Krebserkrankungen wird ebenfalls oft überschätzt. Daran beteiligt sind Medienberichte, in denen die Gesamtzahl von an bestimmten Krebsarten erkrankt oder gestorbenen Menschen genannt werden, oder auch das Risiko, im gesamten Leben an dieser Krebsart zu erkranken. Diese absoluten Zahlen klingen oft sehr dramatisch. Sie werden genannt, um Menschen zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu motivieren.

² Ergänzende Informationen über alle weiteren angebotenen Früherkennungsuntersuchungen finden sich in dem Buch: Stiftung Warentest. Untersuchungen zur Früherkennung. Krebs. Berlin 2005
s. auch Buch-Hinweise

Die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen

1xjährlich	Ab 20 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - Gezieltes Erfragen von Symptomen von Krebserkrankungen - Speculum-Untersuchung des Gebärmutterhals - Entnahme des Krebsabstrichs vom Gebärmutterhals - Abtasten der Genitalorgane
	Ab 30 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - Abtasten der Brustdrüsen und der Lymphknoten in der Achselhöhle - Anleitung zur regelmäßigen Brust-Selbstuntersuchung
	Ab 50 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung über das Programm zur Früherkennung von Dickdarmkrebs - Abtasten des Enddarms - Stuhltest auf Blut
Zwischen 50-70 Jahren		<ul style="list-style-type: none"> - alle 2 Jahre Mammografie
Ab 55 Jahren		<ul style="list-style-type: none"> - Enddarmspiegelung 2x im Abstand von 10 Jahren - alternativ jährlich Stuhltest

Pap-Abstrich

(siehe auch FPR Nr. 4 2003)

Obwohl es für den Nutzen des Pap-Abstrichs keine randomisierten Studien gibt, wird es allgemein als gesichert angesehen, dass der deutliche Rückgang der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs, der in vielen Regionen im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung eines Screenings mit Pap-Abstrich beobachtet wird, eine Folge dieses Screenings ist.

Es ist aber ebenso anerkannt, dass die Zahl der durch den Pap-Abstrich diagnostizierten Krebsvorstufen um ein vielfaches höher ist, als die der erwarteten Krebserkrankungen. Das heißt, dass sich nur ein kleiner Teil der mit dem Pap-Abstrich entdeckten Krebsvorstufen im Laufe des Lebens

tatsächlich zu einer Krebserkrankung weiter entwickelt.

Die meisten Veränderungen betreffen CIN I³, von denen sich ca. ein Prozent zu einer Krebserkrankung weiter entwickeln. Diese Veränderungen müssen durch Abstrich-Kontrollen in kürzeren Abständen beobachtet werden. Sie verursachen Beunruhigung und Kosten. Bei etwa einem Prozent der Frauen werden bei der Pap-Untersuchung schwere Zellveränderungen (CIN II und III) gefunden. Aus diesen Veränderungen entwickelt sich wahrscheinlich in gut der Hälfte der Fälle ein Karzinom. Da es keine verlässlichen Erkenntnisse darüber gibt, welche dieser Veränderungen sich zu Krebs entwickeln werden, muss in allen diesen Fällen eine Kegelumschneidung des Gebärmutterhalses durchgeführt werden. Diese kann zu Problemen bei späteren Schwangerschaften wie Fehl- und Frühgeburten führen.

Zu dieser hohen Zahl an Überdiagnosen kommen falsch positive Abstriche, das heißt als auffällig bewertete Abstriche, ohne dass Zellveränderungen im Gewebe vorhanden sind. Es wird geschätzt, dass etwa 4 % aller Abstriche falsch positiv sind.

Falsch negative Befunde des Pap-Abstrich werden in den Medien oft thematisiert. Es wird geschätzt, dass bei einem einmaligen Pap-Abstrich die Hälfte der Zellveränderungen nicht entdeckt wird. Bei den in Deutschland üblichen wiederholten Abstrichen im Abstand von einem Jahr sinkt jedoch die Zahl der nicht entdeckten Zellveränderungen deutlich.

Als Grund für falsch negative Ergebnisse wird unter anderem die Technik der Zellgewinnung diskutiert (siehe hierzu FPR Nr. 4, 2003).

Abtasten der Genitalorgane

Durch das Abtasten der Genitalorgane können Krebserkrankungen der Eierstöcke und der Gebärmutter Schleimhaut nicht in frühen Stadien entdeckt werden. Es ist unbestritten, dass diese Untersuchung nicht zur Früherkennung von Krebserkrankungen geeignet ist.

Abtasten der Brust

Es gibt keine Untersuchungen, die eine Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs durch Abtasten der Brust durch die (Frauen)Ärztln zeigen. Die Anzahl der falsch positiven Befunde wird auf 8 %

geschätzt, knapp die Hälfte der vorhandenen Krebsknoten wird nicht gefunden.

Brust-Selbstuntersuchung (BSU)

Das Erlernen und die regelmäßige Durchführung der Brust-Selbstuntersuchung wird zurzeit massiv beworben. Viele Krankenkassen bezahlen ihren Versicherten entsprechende Kurse. Es gibt ein evaluiertes Programm für die Selbstuntersuchung, die MammaCare-Methode. Es lässt sich zeigen, dass Frauen nach der Schulung in der Lage sind, kleinere Knoten in ihrer Brust zu ertasten. Und die meisten Knoten, die nicht durch das Mammografie-Screening entdeckt werden, werden von den Frauen selbst gefunden. Allerdings wurde in Studien keine Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs durch die Selbstuntersuchung gefunden. Die Rate an falsch positiven Befunden liegt deutlich höher, als beim Mammografie-Screening (Baxter 2001, Köster 2003).

Die Selbstuntersuchung der Brust kann dazu beitragen, dass Frauen ihre Brüste besser kennen und vertrauter mit ihrem Körper sind. Mit diesem Ziel kann die Vermittlung von Wissen darüber sinnvoll sein. Allerdings sollten Frauen auch über Nutzen und Risiken informiert werden. In der Werbung für die Methode werden oft unberechtigte Hoffnungen auf einen Nutzen geweckt.

Mammografie-Screening

Das Mammografie-Screening wird in gesonderten Beiträgen behandelt. Siehe Seite 9 folgend sowie FPR Nr. 3, 2003

Als Selbstzahler-Leistungen angebotene Untersuchungen (IgeL)

Dünnschichtzytologie (Flüssigkeitszytologie)

(Siehe FPR Nr. 4, 2003) Beim herkömmlichen Pap-Abstrich werden die Zellen mit Wattestäbchen, Holzspatel oder einer kleinen Bürste vom Gebärmutterhals entnommen und von der UntersucherIn auf einem Objektträger (Glasplättchen) ausgestrichen und mit Alkohol fixiert. Bei der Dünnschicht-Zytologie (unter dem Namen Thin-Prep® angeboten) werden die Zellen dagegen mit einem Spezialinstrument entnommen und dann in ein Gläschen mit Fixierlösung eingebracht. Das Ausstreichen auf den Objektträger erfolgt in einem automatisierten Verfahren erst im Labor. Dabei werden die Zellen gleichmäßiger und vollständiger auf den Objektträger gebracht

³ Auf das Thema Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und die verschiedenen Zellveränderungen geht der FPR 4/2003 ausführlich ein

und Beurteilungsfehler durch Überlagerung von Zellen vermieden.

Mehrere Studien zeigen, dass mit dem Dünnschicht-Verfahren mehr Zellveränderungen entdeckt werden, als mit dem herkömmlichen Pap-Abstrich.

Ein Health-Technology-Assessment (Siebert 2003) beurteilt jedoch die Qualität der Studien als nicht ausreichend, um die Überlegenheit der Dünnschichtzytologie zu belegen. Die Studien wurden ausschließlich mit Frauen mit einem erhöhten Risiko für ein Zervixkarzinom durchgeführt. Insbesondere die Rate der falsch positiven Befunde ist unklar. Diese Rate ist besonders bei geringem Erkrankungsrisiko für den Nutzen von Screeningtests entscheidend.

Aus diesem Grund wird der deutlich höhere Kostenaufwand dieser Technik als nicht gerechtfertigt angesehen.

HPV⁴-Abstrich

Auch auf Nutzen und Risiken von HPV-Abstrichen zur Krebsfrüherkennung geht der FPR Nr. 4, 2003 ausführlich ein.

Der immer wieder betonte Nutzen des HPV-Abstrichs ist, dass es so gut wie keine falsch negativen Befunde gibt. Das heißt, wenn der Abstrich negativ ist, besteht eine hohe Sicherheit, dass keine Zellveränderungen vorliegen und darüber hinaus, dass sich in den nächsten 5 Jahren keine Veränderungen entwickeln werden.

Der entscheidende Nachteil ist jedoch die extrem hohe Zahl an (im Sinne einer Krebsfrüherkennung) falsch positiven Befunden. Schätzungsweise 80 % aller Frauen haben im Laufe ihres Lebens Kontakt mit HPV und diese Infektion heilt in den meisten Fällen spontan aus. Nur in sehr seltenen Fällen führt sie zu einer Entwicklung von Gebärmutterhals-Krebs.

Es gibt keine allgemein anerkannten Empfehlungen, wie mit einem positiven HPV-Test umgegangen werden soll. Oft werden trotz unauffälligem Pap-Abstrich wiederholte Kontrollen des Pap-Abstrichs in kurzen Abständen durchgeführt. Auch der HPV-Abstrich wird oft in kurzen Abständen kontrolliert. Viele Frauen werden damit ohne Notwendigkeit stark beunruhigt und häufigen überflüssigen und teuren Untersuchungen ausgesetzt.

Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter und Eierstöcke

Zur Abklärung von Beschwerden und auffälligen Tastbefunden ist eine Ultraschalluntersuchung sehr nützlich. Durch die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke und der Gebärmutter-schleimhaut können Veränderungen auch deutlich früher festgestellt werden, als durch das Abtasten. Es gibt jedoch noch keine Ergebnisse aus randomisierten Studien, die eine Senkung der Sterblichkeit an Krebs der Eierstöcke oder der Gebärmutter-schleimhaut durch Ultraschall als Früherkennungsuntersuchung belegen.

Eierstockkrebs ist eine seltene Erkrankung. 1,4 % der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, das durchschnittliche Alter beträgt 63 Jahre. Viele der Frauen sterben jedoch daran, weil Eierstockkrebs in den meisten Fällen erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird, in dem eine Heilung nicht mehr möglich ist.

Untersuchungen zum Nutzen der Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke laufen derzeit (National Cancer Institut Clinical Trials, Calonge 2004). Es ist nicht geklärt, ob eine routinemäßige Ultraschalluntersuchung dazu führt, dass die Krebserkrankung in einem noch heilbaren Stadium erkannt wird, und damit die Sterblichkeit gesenkt werden kann.

Studienergebnisse zeigen, dass die Zahl von falsch negativen Ergebnissen zwischen 15 und 50 % liegt. Einige Studienergebnisse weisen auch auf eine hohe Zahl von falsch positiven Befunden hin. Es wird geschätzt, dass bei 3,5 % der Untersuchungen Auffälligkeiten gefunden werden. Diese Befunde können außer wiederholten und speziellen Ultraschalluntersuchungen (z.B. Dopplerultraschall) eine Bauchspiegelung oder einen Bauchschnitt und die Entfernung des Eierstocks zur Folge haben. In einer laufenden Studie wurden 30 Operationen durchgeführt, um einen Eierstockkrebs zu entdecken (Neesham 2007).

Gebärmutter-schleimhautkrebs ist ebenfalls selten. Bei Frauen nach den Wechseljahren, die am häufigsten an Gebärmutter-schleimhautkrebs erkranken, zeigt sich die Krebsentwicklung häufig durch eine Blutung. Diese sollte durch Ultraschalluntersuchung und meist auch durch eine Gebärmutter-spiegelung und Ausschabung abgeklärt werden.

Zum Nutzen der Ultraschalluntersuchung als Früherkennungsmethode bei Gebärmutter-schleimhautkrebs gibt es nur wenige Daten. Es wird nur ein Teil der Krebserkrankungen gefun-

⁴ Humane Papilloma Viren

den (etwa 2/3). Die Rate an falsch positiven Ergebnissen ist relativ hoch, bei etwa 20 % der untersuchten Frauen werden solche verdächtigen Befunde entdeckt. Diese müssen meist durch eine Gebärmutter Spiegelung und Ausschabung abgeklärt werden.

Ultraschalluntersuchung der Brust

(siehe auch FPR Nr. 3, 2003) Die Ultraschalluntersuchung ist zur Abklärung von getasteten Knoten der Brust oder von verdächtigen Befunden der Mammografie sehr hilfreich. Durch eine Ultraschalluntersuchung zusätzlich zur Mammografie können mehr Krebsknoten entdeckt werden, als durch die Mammografie allein. Das gilt besonders für Frauen mit dichtem Drüsengewebe, bei denen die Rate an falsch negativen Ergebnissen der Mammografie höher ist.

Als alleinige Methode zur Früherkennung wird die Ultraschalluntersuchung von Fachleuten jedoch derzeit nicht empfohlen. Es gibt keine Studien, die eine Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs durch Ultraschall als Früherkennungsuntersuchung belegen. Die Anzahl von falsch positiven Befunden ist nicht bekannt, wahrscheinlich liegt sie höher als bei der Mammografie. Zur Rate von falsch negativen Befunden bei alleiniger Ultraschalluntersuchung gibt es keine Zahlen.

Blutuntersuchungen auf Tumormarker

Angeboten wird die Bestimmung von CA-125 zur Früherkennung von Eierstockkrebs. Der Blutwert für diesen Tumormarker ist jedoch in frühen Stadien der Erkrankungen in 50 % der Fälle nicht erhöht. Andererseits ist ein erhöhter Wert wenig aussagekräftig, da es viele andere Ursachen für erhöhte Werte gibt (zum Beispiel Endometriose oder eine Frühschwangerschaft). In diesen Fällen wird dann eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke durchgeführt.

Die Bestimmung von CA15-3 und CEA wird zur Früherkennung von Brustkrebs angeboten. Auch diese Marker sind in Frühstadien oft nicht erhöht, Falsch positive Untersuchungsergebnisse kommen in etwa 9 % der Untersuchungen vor.

Deshalb wird die Bestimmung von Tumormarkern zur Früherkennung dieser Krebserkrankungen nicht empfohlen.

Literatur

Bast RC Jr, Brewer M, Zou C, et al. Prevention and early detection of ovarian cancer: mission impossible? *Recent Results Cancer Res.* 2007; 174:91-100.

Baxter N and care CTFoPH. Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001; 164:1837-46

Calonge N. Screening for Ovarian Cancer: Recommendation Statement. *Ann Fam Med* 2004; 2:260-262

Kösters J and Gøtzsche P. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; CD003373

National Cancer Institute Clinical Trials. Available at: <http://www.cancer.gov/search/ResultsClinicalTrials.aspx?protocolsearchid=3286289>

Neesham D. Ovarian cancer screening. *Australian Family Physician* 2007; 36: 126-8

Siebert U, Muth C et al. Dünnschichtpräparationen und computergestützte Untersuchungen von Zervixabstrichen - Medizinische Effektivität, gesundheitsökonomische Evaluation und systematische Entscheidungsanalyse. Schriftenreihe HTA des DIMDI (Medizinische Hochschule Hannover) 2003.

Van Nagell JR, DePriest PD, Ueland FR, et al. Ovarian cancer screening with annual transvaginal sonography. Findings of 25,000 women screened. *Cancer.* 2007; 109:1887-1896.

Mammografie-Screening

Das Mammografie-Screening wird außerhalb der Einrichtungen der sonstigen Gesundheitsversorgung in speziellen Screening-Einheiten durchgeführt. Das Programm wird orientiert an internationalen Normen mit hohen Qualitätsanforderungen organisiert und die Ergebnisse werden regelmäßig evaluiert und veröffentlicht. Es ist die einzige Früherkennungsuntersuchung, die so organisiert ist mit dem unbestreitbaren Vorteil einer sehr hohen Qualität.

Aus Sicht der Frauen ist es jedoch ungewohnt, dass sie für die Untersuchung und auch für die eventuell notwendige weitere Abklärung an eine feste zuständige Stelle verwiesen werden und nicht die gewohnte freie Arztwahl haben. Das heißt, sie können sich weder an ÄrztInnen ihres Vertrauens wenden noch eine regional passende

Einrichtung aussuchen. Es hängt von der jeweiligen regionalen Organisation ab, in welcher Entfernung vom Wohnort und in welcher Art von Einrichtung (mobile Einheit in einem Bus, Praxis oder Klinik) die Untersuchung durchgeführt wird.

Ebenfalls neu und ungewohnt ist das Einladungsschreiben von einer „offiziellen“ Stelle. Auch wenn die Freiwilligkeit der Untersuchung darin erwähnt wird, gibt es immer wieder Frauen, die aus der Einladung eine Untersuchungspflicht ableiten.

Meist gibt es Anlaufstellen für Fragen und Bedarf an Beratung, aber es ist unterschiedlich, wie gut diese Anlaufstellen für die Frauen erreichbar sind. Beratungsbedarf ergibt sich bei der Entscheidung über die Teilnahme am Screening, bei organisatorischen Fragen, sowie bei einer Benachrichtigung über einen auffälligen Befund.

Unterschiedlich gehandhabt wird die Kooperation und Koordination zwischen den niedergelassenen FrauenärztInnen und den Screening-Einrichtungen. Das heißt, es ist regional unterschiedlich, ob und welche Informationen die FrauenärztInnen über die Teilnahme am Screening und die Ergebnisse bekommen. Auf jeden Fall müssen die Frauen in die Weitergabe der Informationen einwilligen.

Welche Probleme mit der Durchführung des Screenings verbunden sind, beschreiben Ulrike Hauffe und Corinna Schach, die das Bremer Modellprojekt zur Erprobung des Screenings kritisch begleitet haben.

Verbesserte Versorgung durch Mammografie-Reihenuntersuchung?⁵

Corinna Schach, Ulrike Hauffe

Die Mammografie gilt als die Methode der Wahl zur Früherkennung des Brustkrebses, der mit jährlich 55.000 Neuerkrankungen und 18.000 Sterbefällen die häufigste Krebserkrankung der Frau in Deutschland ist.

Zur Zeit wird ein Mammografie-Screening-Programm für Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr auf Grundlage der Europäischen Richtlinien zur Qualitätssicherung des Mammografie-Screenings in Deutschland eingeführt. Bis Ende 2007 soll diese flächendeckende Reihenuntersuchung in insgesamt 85 Screening-Regionen angeboten werden. Das qualitätsgesicherte Screening soll zu einer deutlichen Reduktion der Brustkrebssterblichkeit in der Zielgruppe führen und gleichzeitig die mit dem Screening verbundenen Belastungen minimieren (Präambel zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening, 2004).

Seit der Veröffentlichung der Ergebnisse der Deutschen Mammografie-Studie 1994 (Frischbier, 1994) war bekannt, dass bei den in Deutschland durchgeführten Mammografien die Qualität der Durchführung und Beurteilung mangelhaft ist. Vor diesem Hintergrund ist eine mit der Einführung des Mammografie-Screenings verbundene Qualitätssicherung, z.B. eine Mindestanzahl von geforderten Befundungen pro Jahr durch die RadiologInnen oder die Doppelbefundung (Zweitmeinung), sicherlich zu begrüßen.

Seit Jahren wird in der Fachwelt aber eine kontroverse Diskussion über die grundsätzliche Nutzen-Risiko-Bewertung des Mammografie-Screenings geführt (Olsen & Goetzsche, 2001; Nyström et al., 1996). KritikerInnen des Screenings weisen immer wieder darauf hin, dass die Darstellung des zu erwartenden Nutzen („25 % Senkung der Brustkrebssterblichkeit“) irreführend ist, weil diese einen größeren Effekt suggeriert. Die Angabe von Absolutprozent zeigt den Nutzen realistischer (siehe auch S. 12 folgend). Die Einschätzung des Sachverständigenrates: „Der durchschnittliche Nutzen eines bevölkerungsweiten Mammografie-Screenings ist gering. Nur eine kleine Zahl von Frauen profitiert tatsächlich. (...) Der Grat zwischen erwartetem Nutzen und Schaden ist selbst bei hervorragendem, qualitätsgesicherten Mammografieprogrammen sehr schmal.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2001, Bd. III, S.137).

Im Zusammenhang mit der Einführung des Mammografie-Screenings in Deutschland erfolgen immer wieder Nutzen-Versprechungen, die wissenschaftlich nicht tragbar sind. So verwundert es nicht, dass Studien zeigen, dass Frauen ihr eigenes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ebenso überschätzen wie den Nutzen des Mammografie-Screenings (Domenighetti, 2000). Aber auch ÄrztInnen überschätzen die Aussagekraft

⁵ Anmerkung der Redaktion: Der Beitrag erscheint in leicht gekürzter Form

eines positiven Mammografiebefundes (Hoffrage, 2000).

Anforderungen an evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Zielgruppe des Mammografie-Screenings sind gesunde Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Für diese Frauen sind zur Entscheidung für oder gegen eine Mammografie mehr und andere Informationen wichtig, als für Frauen, die z.B. bei der Selbstuntersuchung einen Tumor in ihrer Brust ertastet haben. Frauen, die das Angebot zur Teilnahme am Screening erhalten, müssen evidenzbasierte Gesundheitsinformationen erhalten. Diese sollen ihnen ermöglichen, ihr eigenes Erkrankungsrisiko, den Nutzen und fehlenden Nutzen sowie Risiken und weitere Folgen des Mammografie-Screenings realistisch einzuschätzen und auf dieser Basis eine Entscheidung zu treffen, die ihre persönlichen Präferenzen, Erwartungen und Wertvorstellungen einbezieht.

Zu den wichtigsten Informationen für eine informierte Entscheidung (nach dem brit. General Medical Council, 1999) gehören die Erläuterung über den Zweck der Maßnahme und die Angabe der Wahrscheinlichkeit von falsch-positiven und falsch-negativen Befunden in verständlicher Weise. Ziel muss die informierte Entscheidung sein und nicht die „Werbung“ für eine hohe Teilnahmequote⁶. Es ist zwar sehr schwierig, auf der Basis von gruppenbezogenen Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten eine individuelle Entscheidung zu treffen. Dies darf aber nicht zur Vereinfachung durch Fragmentierung der Informationen führen, z.B. die Darstellung von Wahrscheinlichkeiten in Relativprozent. Auch mögliche Folgen bei Verzicht auf die Mammografie müssen verständlich dargestellt werden. Außerdem soll über alternative Maßnahmen informiert werden, wie die Möglichkeiten der Selbstuntersuchung, Abtasten durch Gesundheitspersonal, Ultraschalluntersuchung und MRT.

Ein wichtiger Aspekt ist die Darstellung von Nutzen, fehlendem Nutzen, Risiken und deren Folgen. Hierunter fallen auch Informationen zur Strahlenbelastung, aber auch die Möglichkeit, dass ein Brustkrebs diagnostiziert werden kann, der ohne Früherkennung zu Lebzeiten nicht er-

kannt und klinisch auffällig geworden wäre⁷. Ebenfalls können Mammakarzinome durch das Screening früher erkannt werden, ohne dass sich die Lebenserwartung und –qualität dadurch verbessern, oder diese verschlechtern sich sogar durch die Diagnose und dann eingeleitete Therapie.

Des Weiteren müssen bei der Beratung eventuell bestehende finanzielle Interessen und Abhängigkeiten der InformantInnen transparent gemacht werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Screening abgelehnt werden könnte, darf kein Grund sein, Informationen vorzuenthalten. Schließlich muss der Frau ausreichend Zeit für ihre Entscheidung zur Verfügung stehen und es müssen weitere Beratungsangebote aufgezeigt werden.

Die meisten Informationsbroschüren, die in den Screeningregionen verbreitet werden, erfüllen diese Kriterien nicht (vollständig). Um Frauen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, hat das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit mit der Broschüre „Brustkrebsfrüherkennung – Informationen zur Mammografie“ evidenzbasiertes Aufklärungsmaterial für potentielle Teilnehmerinnen des Screenings erstellt (www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de).

Erfahrungen des Bremer Modellprojektes

Von 2001 bis 2005 war Bremen eines von drei Modellprojekten mit dem Ziel, den technischen und organisatorischen Ablauf eines bundesweiten Screenings zu erproben. In dieser Phase wurde aber nur der medizinisch-technische Ablauf wissenschaftlich evaluiert, für eine sozialwissenschaftliche Forschung gab es keine finanziellen Kapazitäten. So fehlen Studienergebnisse zum Bedarf von Informations- und Unterstützungsangeboten für die potentiellen Screening-Teilnehmerinnen.

Die Erfahrungen des Modellprojektes zeigen, dass allein schriftliche Informationsmaterialien den Beratungsbedarf nicht decken können. Grundsätzlich wurde der unpersönliche Ablauf der Reihenuntersuchung von vielen Teilnehmerinnen kritisiert. Es waren keine AnsprechpartnerInnen oder ProzessbegleiterInnen während des Früherkennungsprozederes vorgesehen. Die

⁶ Erst bei 70 % Teilnahmequote wird mit einer messbaren Senkung der Sterblichkeit in der Zielgruppe gerechnet, die den Nutzen des Screenings belegen kann. Deswegen haben die Institutionen, die das Screening implementieren, großes Interesse an einer hohen Teilnehmerate.

⁷ So ist bei der Brustkrebsvorstufe des ductalen Ca in situ (DCIS), immerhin ca. 20 % der histologisch positiv bestätigten Befunde der Modellprojekte für die Reihenuntersuchung, immer noch unklar, wie viele dieser Frühstadien tatsächlich in ein invasives Karzinom übergehen. Trotzdem werden diese Frühstadien derzeit radikaler als viele invasive Tumore operiert.

Abläufe zwischen Screening-Unit, Assessment-Center und bisher betreuenden niedergelassenen FrauenärztInnen müssen aus der Sicht der Frauen optimiert werden.

Durch Intervention der Bremer Landesfrauenbeauftragten wurden in Bremen schließlich doch Beratungsangebote durch die Bremer Krebsgesellschaft und das Frauengesundheitszentrum eingeführt. Für die Frauen ist entscheidend, dass diese Beratungsstellen unabhängig sind, nicht unter dem Erfolgsdruck einer hohen Teilnahme rate stehen und damit eine ergebnisoffene Beratung anbieten können.

Ausblick

Aus den Erfahrungen des Bremer Modellprojektes ergeben sich folgende Forderungen:

An der konzeptionellen Ausgestaltung eines Mammografie-Screenings vor Ort müssen Frauen(-vertreterinnen) mitbeteiligt werden. Die Einbindung frauenspezifischer und unabhängiger Beratungsstellen ist ebenso wichtig.

Zunächst muss eine angstfreie und freiwillige Entscheidung zur Teilnahme am Mammografie-Screening gewährleistet sein. Bei der derzeitigen Durchführung des Screenings fehlen ausreichende Beratungsmöglichkeiten für diesen Entscheidungsprozess.

Noch schwerwiegender ist der Mangel an Beratung und Begleitung im Zeitraum zwischen einem möglichen positiven Mammografie-Befund, der weiteren Abklärung und möglichen Behandlung.

Diese Beratungslücken zu füllen kann - auch - eine wichtige Aufgabe der entsprechenden pro familia Beratungsstellen sein. Weitere Informationen hierfür sind in der Broschüre „Mammografie Screening – Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten“ (Hrsg. Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen / Ärztekammer Bremen) zu finden (www.gek.de).

Ulrike Hauffe, Dipl. Psychologin
Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen,
Mitglied des Beirats des Bremer Brustkrebs-Screening-Projekts

Corinna Schach, Frauenärztin und Gesundheitswissenschaftlerin, MPH, zehn Jahre Tätigkeit an diversen Frauenkliniken, seit 2005 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung „Prävention und Gesundheitsförderung“ bei Frau Prof. Petra Kolip am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit.

Kontakt: cschach@uni-bremen.de

Literatur

Domenighetti, G. (2000). Impact of "Information Factor" on demand for Screening.

Frischbier, H.-J. (1994). Mammografie in der Früherkennung. Qualitätssicherung und Akzeptanz. Ergebnisse der Deutschen Mammografie-Studie. Enke: Stuttgart

Goetzsche, P.C., Nielsen, M. (2006). Screening for breast cancer with mammography. Cochrane database of Systematic Reviews 2006. Online-Dokument: <http://www.mrw.intersciencewiley.com/cochrane/clsystrev/CD001877/abstract.html> (Zugriff am 1.11.06)

Hoffrage, U. (2000). Irren ist wahrscheinlich. Medizinische Experten und Laien bewerten Risiken oft falsch. Online-Dokument:

http://www.brustkrebs.de/brustkrebs-berlin/Mammografie-screening/hoffrage_einblick.html (Zugriff am 26.12.2004)

Nyström, L., Larsson, L.G., Wall, S., Rutqvist, L.E., Andersson, I., Bjurstam, N., Fagerberg, C.J.G., Frisell, J., Tabár, L. (1996). An overview of Swedish randomised mammography trials: total mortality pattern and the representivity of the study cohort. Journal of Medical Screening 1996: 3, 85-87

Olsen, O., Goetzsche, P.C., (2001). Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. The Lancet 2001, 358: 1340-1342

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (2001). Gutachten 2001, Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung

Neue Studienergebnisse zum Mammografie-Screening

Helga Seyler

Eine aktuelle Untersuchung der Cochrane Library (Goetzsche 2006) bewertet anhand der vorhandenen Studien Nutzen und Schaden des Mammografie-Screenings erneut.

Es wurden sieben Studien mit insgesamt einer halben Millionen Frauen ausgewertet.

Die Auswertung ergibt, dass durch das Mammografie-Screening die Sterblichkeit an Brustkrebs wahrscheinlich reduziert wird. Die relative Reduktion⁸ der Sterblichkeit wird auf 20 % geschätzt. Da die Sterblichkeit in den Studien mit hoher

⁸ Die relative Reduktion bezieht sich auf die Zahl der Frauen, die an Brustkrebs sterben. Die absolute Reduktion bezieht sich auf die Zahl der Frauen insgesamt, die am Screening teilnehmen.

Qualität weniger reduziert wurde, als in den Studien mit geringerer Qualität, könnte die Reduktion auch bei nur 15 % liegen. Die absolute Verringerung der Sterblichkeit betrug 0,05 %.

Das Ausmaß an Überdiagnosen wird in dieser Bewertung auf 30 % der diagnostizierten Krebserkrankungen geschätzt, und bei 0,5 % der am Screening teilnehmenden Frauen wird ein solcher Krebsknoten gefunden, der ohne das Screening nie entdeckt worden wäre.

Eine randomisierte kontrollierte Studie mit knapp 170 000 Frauen befasst sich mit dem möglichen Nutzen des Mammografie-Screenings bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren (Moss 2006). Bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 10 Jahren wurde ein Rückgang der Sterblichkeit beobachtet, der jedoch nicht statistisch signifikant war. Die relative Reduktion betrug 17 %, die absolute 0,04 %. Da auch in anderen Studien ein Rückgang der Sterblichkeit in dieser Altersgruppe beobachtet wurde, gehen die AutorInnen der Studie davon aus, dass das Mammografie-Screening auch bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren einen Nutzen haben kann. Da die Reduktion der Sterblichkeit gering ist, müssen in dieser Altersgruppe die Risiken wie Überdiagnose und falsch positive Befunde besonders beachtet werden. Einen falsch positiven Befund hatten 23 % der Frauen im Verlauf der Studie. Der Anteil an Überdiagnosen kann erst im Verlauf der weiteren Nachbeobachtung geschätzt werden.

Risiken der Strahlenbelastung

Eine neue Studie beschäftigt sich mit dem Risiko, dass durch die Strahlenbelastung wiederholter Mammografien Brustkrebs entstehen kann (Heyes 2006). Untersuchungen sprechen dafür, dass die speziellen weichen Röntgenstrahlen, die für die Mammografie verwendet werden, eine stärkere krebsauslösende Wirkung haben, als härtere Röntgenstrahlen. Bisher wurde das Risiko der Krebsauslösung auf der Grundlage der Wirkung von härteren Röntgenstrahlen berechnet. Es könnte deswegen sein, dass die Risiken der Mammografie größer sind, als bisher angenommen. Da zahlreiche Faktoren wie die Häufigkeit der Untersuchungen, die in Abhängigkeit von der Größe der Brust und Dichte des Gewebes unterschiedliche Strahlendosis, das Alter der Frauen und das individuelle Brustkrebsrisiko Einfluss auf die Berechnung haben, ist es kaum möglich, das Risiko der Krebsentwicklung durch Röntgenstrahlen in Zahlen anzugeben. Für 50-54jährige Frauen mit niedriger Dichte des Brustgewebes wird geschätzt, dass pro Mammografie 6 von 100 000

Frauen zusätzlich an Brustkrebs erkranken. Bei Frauen mit genetisch erhöhtem Risiko könnten durch eine einzelne Mammografie 36 von 100 000 Frauen zusätzlich an Brustkrebs erkranken.

Insbesondere für Frauen, die eine genetische Veranlagung für Brustkrebs haben, könnten häufige Mammografien als Auslöser von Brustkrebs relevant sein.

Auch ein Beginn des Mammografie-Screenings mit 40 Jahren oder früher könnte die Strahlenbelastung wegen der höheren Strahlenempfindlichkeit des Brustgewebes in diesem Alter und wegen der oft benötigten höheren Strahlendosis bei dichterem Gewebe für die Auslösung von Brustkrebs relevant sein.

Überdiagnose

Es ist unbestritten, dass beim Mammografie-Screening nicht selten Krebsknoten gefunden werden, die ohne diese Untersuchung nie entdeckt worden wären. Diese Frauen erhalten die Diagnose Brustkrebs und belastende Behandlungen, die sie ohne die Untersuchung nicht bekommen hätten. Im Einzelfall kann nicht geklärt werden, ob ein Tumor jemals die Gesundheit und das Leben der Frau bedrohen würde, deswegen muss immer eine Operation, und oft auch eine Bestrahlung und/oder Chemotherapie durchgeführt werden.

Um zu klären, wie viele der beim Screening entdeckten Tumoren zu dieser Gruppe gehören, werden Frauen, die an Mammografie-Studien teilgenommen haben, nach Ende der Screening-Programme weiter verfolgt. Während des Screenings treten in allen Studien bei den Frauen, die am Screening teilnehmen etwa 30 % mehr Brustkrebs-Erkrankungen auf, als in der Kontrollgruppe. In der Nachbeobachtungszeit, wenn keine Screening-Untersuchungen mehr durchgeführt werden, müssten in der nicht gescreenten Gruppe dann mehr Brustkrebs-Erkrankungen auftreten, wenn die größere Zahl der Diagnosen in der gescreenten Gruppe nur durch frühere Diagnosestellung bedingt ist. Die Zahl der Brustkrebs-Erkrankungen bleibt jedoch auch 15 Jahre nach Beendigung des Screenings in der Gruppe mit früheren Screening-Untersuchungen höher.

In Schweden wurde berechnet, dass 10 % der Brustkrebs-Erkrankungen ohne Screening nicht entdeckt worden wären (Zackrisen 2006). Im Cochrane Review von Götzsche wurde der Anteil auf 30% geschätzt.

Literatur

Gøtzsche P and Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; No.: CD001877

Heyes G, Mill A, et al. Enhanced biological effectiveness of low energy X-rays and implications for the UK breast screening programme The British journal of radiology 2006; 79:195-200

Moss S, Cuckle H, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised

controlled trial. Lancet 2006; 368:2053-60

Zackrisson S, Andersson I, et al. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. BMJ 2006; 332:689-92

HPV-Impfung

Neue Daten zur HPV-Impfung veröffentlicht

Helga Seyler

Inzwischen wurden Daten aus den Studien zur HPV-Impfung veröffentlicht, die bereits bei der Zulassung durch die EMEA und die FDA einbezogen wurden (siehe FPR Nr. 3, 2006).

Diese Daten bestätigen zwar einen 90-100 %igen Schutz vor einer persistierenden Infektion mit den Virustypen 16 und 18 bei Frauen, die vor dem Abschluss der Impfung keine Infektion mit diesen Virustypen hatten und für den Untersuchungszeitraum von durchschnittlich 3 Jahren. Sie bestätigen auch, dass die Impfung den Verlauf einer bereits bestehenden Infektion nicht verändert.

Neu sind Daten zur Effektivität der Impfung, leichte oder schwere Zellveränderungen (Dysplasien) am Gebärmutterhals in der gesamten Gruppe der geimpften Frauen zu verhindern. Diese Gruppe enthält auch Frauen, die zum Zeitpunkt der Impfung bereits eine HPV-Infektion hatten, und bezieht auch Dysplasien ein, die durch andere Virustypen verursacht werden, als durch die Typen 16 und 18, gegen die sich die Impfung richtet.

Die Impfung reduzierte die Zahl der schweren Dysplasien (CIN II/III) insgesamt nur um 17 bis

18 %, in absoluten Zahlen von 1,5 auf 1,3 pro 100 Frauenjahre. Die Reduktion der Zahl von CIN III war statistisch nicht signifikant.

Bei Frauen, die zu Beginn der Impfung keine Infektion mit HPV 16/18 hatten, wurde die Rate an CIN II/III insgesamt um 27 % gesenkt.

Die entscheidenden Daten, um den Nutzen der Impfung für Mädchen vor dem ersten Geschlechtsverkehr abschätzen zu können, werden weiterhin nicht veröffentlicht, nämlich die Gesamtzahl der Dysplasien durch alle HPV-Typen bei den Frauen, die bis zum Abschluss der Impfung keine Infektion mit HPV 16/18 hatten. Daher kann weiter der Nutzen der Impfung für diese Gruppe überhaupt nicht beurteilt werden.

Laut Informationen des arznei-telegramms werden seit einigen Monaten die Frauen der Placebo-Gruppe der Studien geimpft, so dass wichtige Fragen nicht mehr weiter in kontrollierten Studien untersucht werden können. Zum Beispiel, ob in der Gruppe der geimpften Frauen vermehrt Infektionen und Zellveränderungen mit anderen HPV-Typen auftreten und wie groß der Schutz der Impfung im Vergleich zu nicht geimpften Frauen im Laufe der Jahre tatsächlich ist.

Diese Ergebnisse werden in Editorials des New England Journal of Medicine, in dem die Daten veröffentlicht wurden, als enttäuschend bezeichnet. Ungeachtet dessen wird die Impfung weiter von fast allen Verbänden im Gesundheitsbereich (Ständige Impfkommision, Krankenkassen, ärztliche Berufsverbände) empfohlen und es gibt so gut wie keine kritischen Stimmen.

Die Fachgruppe der Frauenärztinnen im AKF hat deshalb jetzt eine Stellungnahme veröffentlicht, in der auf den bisher nicht geklärten Nutzen der Impfung hingewiesen wird sowie auf die begrenzte Bedeutung aufgrund der relativen Seltenheit von Gebärmutterhalskrebs (http://www.akf-info.de/conpresso/3_3_aktuell/de-tail.php?nr=2867&kategorie=3_3_aktuell).

Literatur

HPV-Impfstoff Gardasil: Nutzen zu hoch eingeschätzt? arznei-telegramm 2007; 38:57-59

The FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. The New England Journal of Medicine 2007; 356:1915-27

Garland S, Hernandez-Avila M, et al. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Disease. The New England journal of medicine 2007; 356:1928-43

Paavonen J, Jenkins D, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369:2161–70

Kahn J and Burk R. Papillomavirus vaccines in perspective. *Lancet* 2007; 369:2135-6

The Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007; 369:1861–68

HPV-Impfung: Bisher bescheidene Reduktion der Krebsrate. Dt. Ärztebl. Online vom 11. Mai 2007 <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=28442>

Die HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention?

Rolf Rosenbrock

„Alle Mädchen sollen sich gegen Krebs impfen lassen“ titelte die Süddeutsche Zeitung am 27. 03. 2007 zur Entscheidung der Ständigen Impfkommission (Stiko). Diese rät dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die Impfung gegen die Typen 16 und 18 des Humanen Papillom Virus (HPV) als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu empfehlen. Folgt der GBA, der dazu noch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) um Rat fragen kann, dieser Empfehlung, so könnte die HPV-Impfung schon bald eine Pflichtleistung der GKV werden: Von der Stiko empfohlene Impfungen sind aufgrund der neuen Regelungen der Gesundheitsreform 2006/07 (GKV-WSG) künftig nicht mehr Satzungs-, sondern Pflichtleistungen der Kassen. Fast alle Kassen hatten schon vor der Empfehlung bekannt gegeben, die Kosten für die Impfung zu erstatten. Dabei spielte die Konkurrenz um Versicherte wahrscheinlich eine wichtigere Rolle als Kriterien der Wirksamkeit. Die Pharma-Industrie selbst spricht von einem „Durchbruch in der Krebsprävention“.

Davon kann schon deshalb keine Rede sein, weil der Gebärmuttermundhals- Krebs (Cervix Ca) ein relativ seltener Krebs ist, der in Deutschland lediglich für 3,16 % der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen und 1,76 % der Krebsmortalität bei

Frauen verantwortlich ist (Zahlen für 2002). Cervix Ca ist der 11-häufigste Organkrebs bei der Frau in Deutschland. Eine Zunahme der Inzidenz ist nicht zu befürchten, eher im Gegenteil: der – vor allem wegen HIV – nach wie vor anzuratende und weit verbreitete Kondomgebrauch senkt das Risiko der Infektion mit HPV beträchtlich. Der einzig entgegenwirkende Faktor ist die anhaltende Zunahme des Rauchens bei Frauen.

Von einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ zu sprechen, stimmt auch deshalb nicht, weil die Impfstrategie nicht weit trägt: von den häufigeren Karzinomen weist wohl keines eine Virusinfektion als notwendige Bedingung auf.

Einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ könnte man sehr viel näher kommen, wenn modernere Ansätze lebensweltbezogener Prävention, mit denen das Verhalten und die hinter dem Verhalten stehenden Bedingungen im Hinblick auf Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung und Rauchen in großem Umfang umgesetzt würden. Schließlich erklären sich 30 % der Neuerkrankungen aller Krebsarten aus diesen Faktoren.

Die Inzidenz für Cervix Ca in Deutschland (ca. 12 je 100.000 Frauen, zum Vergleich: Haiti 94 je 100.000 Frauen) könnte hierzulande noch erheblich niedriger liegen, wenn im Hinblick auf die Früherkennung (Sekundärprävention) auch nur jene Qualität erreicht würde, wie sie in Schweden (Inzidenz 7,7 pro 100.000) oder Großbritannien (Inzidenz 8,2 pro 100.000) erreicht worden ist. Dass die Strategie der Sekundärprävention – das ist ein wenig atypisch für Public Health – die derzeit best verfügbare ist, illustriert sich auch an der Tatsache, dass die Inzidenz seit Einführung des Screenings in Deutschland zu Beginn der 70er Jahre um ca. 60 % gefallen ist. Für Verbesserungen müsste man sicherlich nicht den Abstand der Früherkennungsuntersuchungen (in Deutschland gesetzlicher Anspruch auf einen Abstrich – ‚Pap Smear‘ - pro Jahr) verkürzen, im Gegenteil: Gut organisierte Screenings kommen durchaus mit dem Dreijahresabstand aus, der in anderen Ländern üblich ist. Neben den Problemen der in Deutschland immer noch erheblichen Qualitätsmängel bei Befunderhebung und Interpretation stößt man dabei auf das ebenso gewichtige Faktum, dass Cervix Ca eine der Krankheiten ist, bei denen der Unterschied zwischen arm und reich am deutlichsten ausgeprägt ist: Frauen aus der Unterschicht haben ein ca. dreimal höheres Risiko zu erkranken als Frauen aus der Ober- und Mittelschicht. Andererseits gehen Frauen aus der Ober- und Mittelschicht in Deutschland 2,5 Mal

häufiger zur Früherkennungsuntersuchung als Frauen aus der Unterschicht (inverser Schichtgradient). Insgesamt unterzieht sich nur knapp die Hälfte aller Frauen in Deutschland der kostenlosen Früherkennungsuntersuchung (Großbritannien ca. 70 %), mit einem scharfen Abfall nach der Menopause (und damit vor dem zweiten Altersgipfel der Inzidenz).

Um diesen Missstand anzugehen, helfen – dies hat gerade wieder ein Health Technology Assessment aus der Medizinischen Hochschule Hannover (U. Walter et al. 2006) ergeben – vor allem Systeme mit persönlicher Einladung und persönlicher Erinnerung oder eben auch zugehende Versorgung in sozialen Brennpunkten, wie z. B. durch „Health Visitors“ in Großbritannien. Freilich geht die deutsche Gesundheitspolitik im neuen GKV-WSG (§ 62 SGB V) einen ganz anderen Weg, für den es keinerlei Evidenz gibt: Wer an Früherkennungsuntersuchungen nicht teilnimmt und später von der Zielkrankheit befallen wird, zahlt statt bis zu einem in Zukunft bis zu zwei Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens dazu. Es ist weder erwiesen noch plausibel, dass auf diese Weise gerade Menschen mit schlechter Bildung und geringer Zukunftsorientierung erreicht werden können. Dabei wären zielgerichtete Bemühungen in dieser Hinsicht durchaus lohnenswert: Schließlich kann Cervix Ca – theoretisch - zu mindestens 90 % durch Früherkennung und Frühbehandlung (Konisation) verhütet werden.

Früherkennung bleibt auch nach der eventuellen Einführung einer Impfung erforderlich, weil die jetzt zugelassenen Impfstoffe lediglich jene Virustypen (16 und 18) ‚erwischen‘, die für 70 % der Inzidenz verantwortlich sind. Die Impfung ist damit eine typische Add-on-Technologie.

Für Früherkennung und Impfen gilt im Prinzip das gleiche: Menschen aus unteren Sozialschichten nehmen sie weniger in Anspruch als die besser Gestellten, obwohl letztere ein deutlich geringeres Risiko haben. Für die Bearbeitung solcher Herausforderungen ist fachlich Public Health und institutionell in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zuständig und kompetent. Man müsste sie nur beauftragen.

Eine Durchimpfung eines Mädchenjahrgangs in Deutschland (ca. 400.000) – das hat H. H. Abholz in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA, 2007) vorgerechnet – kostet ca. 200 Millionen Euro. Das erhöht die Ausgaben der GKV für Arzneimittel um ca. 0,8 %. Die jetzt empfohlene Impfung aller 12 – 17jährigen Mädchen kostet natürlich zunächst ein Vielfaches. Wenn eine Durchimp-

fungsrates von 100 % erzielt würde (was völlig unrealistisch ist), könnten durch die Impfung 70 % der jährlich auftretenden ca. 6.500 Fälle, d. h. ca. 4.550 Fälle verhütet werden. Die Kosten pro verhüteten Fall betragen dann 44.000 Euro. Analog kostet ein durch die Impfung verhinderter Todesfall ca. 160.000 Euro.

Das klingt nach viel Geld. Es ist auch viel Geld, aber die Versicherten in Deutschland leben in einem der wenigen Länder der Erde, wo solche Kosten bei schweren Krankheiten entstehen und – dank des Solidarprinzips - auch bezahlt werden. Ungewöhnlich hoch ist die Summe im Bereich der Prävention: Die Impfung kostet genauso viel Geld wie alle deutschen Krankenkassen zusammen für die Primärprävention nach § 20 SGB V ausgeben dürfen, mit denen „insbesondere ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet werden soll.

Die Kosten pro verhindertem Krankheitsfall oder pro gerettete Leben lägen noch ca. 30 % höher, wenn die Früherkennung in Deutschland ähnlich effizient organisiert wäre wie in Schweden oder Großbritannien. Die Kosten der durch Impfung verhütbaren Krankheits- bzw. Todesfälle sind dabei noch aus anderen Gründen sehr konservativ geschätzt: Zum einen wegen des bereits erwähnten inversen Schichtgradienten. Zum anderen gehen diese Berechnungen davon aus, dass mit der einmaligen Impfung (mit 3 ‚shots‘) tatsächlich eine lebenslange Immunisierung erreicht wird. Dies ist aber weder bewiesen (und auch nicht beweisbar) noch plausibel. Jede Wiederholungsimpfung, ggf. mehrfach im Lebenslauf würde die Kosten entsprechend erhöhen bzw. vervielfachen. Zum dritten ist auch keineswegs klar, wie die ‚Virus-Welt‘ des HPV auf den Angriff gegen einige wenige von ca. hundert Varianten reagieren wird. Ob dann vielleicht andere, vielleicht ebenfalls krebserzeugende Virustypen an die Stelle der neutralisierten treten (serotype replacement), kann niemand voraussehen oder ausschließen. Das sind zwar ‚normale‘ (und unvermeidliche) Unsicherheiten vieler neuer Interventionen. Aber es gilt auch, dass die Strategie der Sekundärprävention solche Unsicherheiten nicht kennt.

Stellt man sich die – aus Systemsicht bereits stark eingeengte – Frage, wo und wie mit 200 Mio. Euro für die Krebsprävention die größte gesundheitliche Wirkung zu erzielen wäre, dann hätte die HPV-Impfung wahrscheinlich keinen guten Stand. Es böte sich vielmehr an, zunächst die Früherkennung auf Cervix Ca in ihrer Qualität

und Reichweite zu verbessern und dabei von der soeben sehr aufwändig geschaffenen Logistik für das Brustkrebs-Screening Gebrauch zu machen. Da dies gewiss keine 200 Millionen Euro kosten würde, könnte man das restliche Geld in partizipativ gestaltete Setting-Projekte in sozial benachteiligten Orten bzw. Stadtteilen und Schulen stecken.

Dies würde freilich einen Grad an Rationalität bedeuten, den Gesundheitspolitik in der Regel nicht aufweist. Gegen die Koalition aus Pharma-Industrie und impfbereiten Ärzten haben Konzepte wie das hier vorgetragene regelmäßig eine nur geringe Chance. Sie stoßen auch in der Bevölkerung nicht auf ungeteilte Zustimmung: Die Impfung als individuelle und passiv zu empfangende ärztliche Maßnahme entspricht noch immer weit hin dem Wunschbild von Krankheitsverhütung des medizingläubigen Publikums. Wahrscheinlich ist deshalb, dass in Zukunft Impfung und Früherkennung nebeneinander her laufen werden. Die Inanspruchnahme der Früherkennung wird vermutlich infolge der Illusion ‚Sicherheit durch Impfung‘ sinken. Und ob für Impfung und für Früherkennung die notwendigen und möglichen Bemühungen zur Verringerung der schichtenspezifischen Inanspruchnahme ergriffen werden, bleibt ungewiss. Dies ist eine Frage des politischen Willens.

Rolf Rosenbrock leitet die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und ist Professor für Gesundheitspolitik an der TU Berlin. Seit 1999 gehört er dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen an.

(erschieden im Dr. med. Mabuse, Heft 167, 2007
www.mabuse-verlag.de)

Hinweise

Weniger Teenagerschwangerschaften in den USA – Erfolg der Abstinenzkampagnen oder bessere Verhütung?

Helga Seyler

In den letzten Jahren wurde in den USA ein deutlicher Rückgang der Rate an Teenagerschwangerschaften beobachtet, die über viele Jahre hinweg die höchste unter den entwickelten Ländern weltweit war. Die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen war 1995 32/1000 bei 15-19-jährigen Frauen (Bankole 1999), im Vergleich dazu in Deutschland 1998 2,1/1000 <18-jährige Frauen und 8,8/1000 18-20-jährige Frauen (Lau 2001). Seit Anfang der 90er Jahre sank die Schwangerschaftsrate der 15-19-Jährigen in den USA um 27 %, die Geburtenrate um 33 %.

Der Rückgang wird von konservativen Kräften als Erfolg der Abstinenzkampagnen dargestellt. In dieser Kampagne wird Abstinenz bis zur Ehe als primäre Botschaft zur Prävention von Teenagerschwangerschaften propagiert. So stellen die „abstinence-only“-Programme Abstinenz als einzig akzeptables Verhalten dar. Informationen über Verhütung oder den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten beschränken sich ausschließlich darauf, die Versagerrate zu betonen und die Methoden als sehr unsicher darzustellen. Deswegen befürchten die GegnerInnen der Programme, dass Jugendliche dadurch von der Anwendung von Verhütungsmitteln und Kondomen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten eher abgehalten werden (siehe auch FPR 4/2004). Noch immer ist die Zahl von Teenagerschwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen bei Jugendlichen in den USA höher als in den meisten anderen entwickelten Ländern.

„Abstinence only“- Programme werden mit massiven Mitteln der Regierung finanziert, mehrere Milliarden Dollar fließen in die Programme. Im Vergleich erhalten Programme zur Aufklärung über Verhütung und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten kaum finanzielle Unterstützung durch staatliche Mittel.

Mehrere Evaluationen zeigen keine Auswirkung der Programme auf den Beginn der sexuellen Aktivität oder die Anzahl an SexualpartnerInnen (Hauser 2004, Trenholm 2007). Allerdings war das Verhütungsverhalten der Jugendlichen in

den Programmen auch nicht schlechter als in den Kontrollgruppen.

In einer Studie wird untersucht, ob der Rückgang von Teenagerschwangerschaften bei 15-19-jährigen tatsächlich auf die abstinence-only-Kampagnen zurückzuführen ist (Santelli 2007). Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass der größte Teil des Rückgangs durch bessere Verhütung bedingt ist.

Es wurden Daten des „National Survey of Family Growth“, einer repräsentativen nationalen Befragung, von 1995 und 2002 ausgewertet. Die Befragung erfasst unter anderem auch detailliertes Verhütungsverhalten und sexuelle Aktivität.

Die Daten zeigen, dass die Rate der koituserfahrenen Jugendlichen nur in der Untergruppe der 15-17-jährigen Jugendlichen mit hispanischer Ethnie zurückging. In den anderen Gruppen der 15-17-jährigen, und bei allen 18-19-jährigen Jugendlichen blieb die Rate unverändert. Die sexuelle Aktivität veränderte sich insgesamt nicht signifikant.

Dagegen konnten deutliche Veränderungen im Verhütungsverhalten beobachtet werden. Die Zahl der Jugendlichen, die nicht verhüten, sank von 38 auf 18 %, die Zahl der Jugendlichen, die mit Kondomen oder Pille verhüten, stieg hingegen signifikant: bei Kondomen von 36 auf 53 % und bei der Pille von 24 auf 33 %. Bei den 15-17-jährigen Jugendlichen sank die Rate der Jugendlichen, die nicht verhüten, sogar um weitere 4 % auf 14 %. Das deutlich verbesserte Verhütungsverhalten konnte in allen ethnischen Untergruppen beobachtet werden.

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass 80-90 % des Rückgangs der Teenagerschwangerschaften das Ergebnis besserer Verhütung sind, und nur ein kleiner Teil durch eine Veränderung des Sexualverhaltens bedingt ist (der auch bei verbesserter Sexualpädagogik beobachtet wird). Bei den 18-19-Jährigen ist der Rückgang sogar ausschließlich auf bessere Verhütung zurückzuführen.

Quelle

Bankole A, Singh S, et al.: Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25: 68-77

Hauser D. Five years of abstinence-only-until-marriage education: assessing the impact. *Advocates for Youth* 2004.
<http://www.advocatesforyouth.org/publications/stateevaluations.pdf>

Laue E, Heilmann HJ: Geburten und Schwangerschaftsabbrüche junger Frauen in Deutschland. Die Daten des statistischen Bundesamtes. *BzGA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Jugendliche Schwangere und Mütter*. 2001; 1:3-6

Santelli J, Duberstein Lindberg L et al.: Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: the Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use. *Am J Public Health* 2007; 97:150-6

Trenholm C, Devaney B, et al. Impacts of Four Title V, Section 510, Abstinence Education Programs. Final Report. *Mathematica Policy Research Inc.* 2007
<http://www.mathematica-mpr.com/publications/PDFs/impactabstinence.pdf>

Weniger Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern in Deutschland

Auch in Deutschland ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach einer leichten Zunahme ab 1996 seit 2004 wieder rückläufig. Insgesamt ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern genau so wie in allen anderen Altersgruppen im internationalen Vergleich niedrig. Die Rate ging vom Höchsten Wert von 51 pro 10 000 15-18-jährige Mädchen in 2004 auf 43 pro 10 000 in 2006 zurück (Statistisches Bundesamt Deutschland). Die Zunahme der Teenagerschwangerschaften fand ein großes Echo in den Medien wie in Fachkreisen und es gibt zahlreiche Projekte, um die Ursachen zu klären und erfolgreiche Strategien zur Prävention zu entwickeln. Ob der aktuelle Rückgang der Zahlen ein Erfolg dieser Strategien ist, ist unklar. Der Rückgang der absoluten Zahl und der Rate an Schwangerschaftsabbrüchen ist in allen Altersgruppen zu beobachten (von 77 auf 72 pro 10 000 Frauen).

Die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF) verbucht diese Entwicklung als Erfolg ärztlicher Aufklärung. Sie empfiehlt, mehr Mädchensprechstunden in gynäkologischen Praxen zu etablieren, um „Nicht nur angesichts unserer desolaten demografischen Entwicklung.....den Kinderwunsch biografisch an der richtigen Stelle zu platzieren“ (Gille 2007).

Quelle

Gille G. Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen in 2006 weiter rückläufig. *Frauenarzt* 2007; 48: 462-4

Statistisches Bundesamt Deutschland
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Aktuell,templateId=renderPrint.psm>

Geänderte Fachinformation für Mirena® - schriftliches Einverständnis vor Einlage erforderlich

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft AkdÄ informiert in ihrem Newsletter vom 19.6.07 darüber, dass die Fachinformation für die Hormonspirale Mirena® geändert wurde und neue Risikoinformationen aufgenommen wurden.

Die AkdÄ hatte bereits 2002 über Meldungen von Gebärmutterverletzungen (Perforationen) im Zusammenhang mit der Anwendung von Mirena informiert (siehe auch FPR Nr. 4, Dezember 2002). In Studien wurde die Häufigkeit von Perforationen mit 1 pro 100 000 Anwendungen bzw. 9 pro 10 000 Anwendungen, in einer Studie sogar 26 pro 10 000 Anwendungen gefunden (La Revue Prescriere 2007, Zouh 2003, van Houdenhoven 2006). Zur Verletzung der Gebärmutter kommt es meist bei der Einlage der Spirale. Das Risiko ist wahrscheinlich bei der Einlage nach Geburten und bei stillenden Frauen erhöht sowie bei Lageanomalien. Auf das Risiko von Perforationen wird in der Fachinformation hingewiesen. Nach einer Geburt soll Mirena® erst nach vollständiger Rückbildung der Gebärmutter eingelegt werden, frühestens nach 6 Wochen, eventuell auch erst nach 12 Wochen.

Des weitern wird darauf hingewiesen, dass das Brustkrebsrisiko bei der Anwendung von Mirena® wie auch von anderen reinen Gestagen-Kontrazeptiva dem Risiko bei Anwendung von kombinierten hormonellen Kontrazeptiva entsprechen könnte. Für diesen Hinweis werden keine neuen Daten als Grundlage angegeben. Hormonabhängige Tumoren werden als neue Gegenanzeige für die Anwendung in die Fachinformation aufgenommen.

Auch das Risiko von Eileiterschwangerschaften wird neu in die Fachinformation aufgenommen. Es ist, ähnlich wie bei Kupferspiralen, geringer als bei Frauen ohne Verhütung. Wenn es unter der Anwendung zu einer Schwangerschaft kommt, handelt es sich jedoch häufiger um eine Eileiterschwangerschaft. Die Häufigkeit wird mit 0,06 pro 100 Frauenjahre angegeben.

Diese Risiken wurden EU-weit in den Fachinformation ergänzt. Die Herstellerfirma hat dies in einem Rote-Hand-Brief bereits im März 2007 bekannt gemacht. Speziell für Deutschland wurde ein Einverständnisverfahren eingeführt. Die Anwenderin bekommt die Gebrauchsinformation und einen Einverständnisbogen mit Angabe der

Risiken, und muss schriftlich ihr Einverständnis zur Einlage von Mirena® geben.

Die AkdÄ weist auch auf die Ergebnisse der Fragebogenaktion des Frauengesundheitszentrums in Graz hin (Groth 2007). 1768 Frauen haben online über ihre Erfahrungen mit der Hormonspirale berichtet, und ein großer Teil hat eine oder mehrere Nebenwirkungen erlebt.

Diese Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass mangelnde Aufklärung der Anwenderinnen über mögliche Nebenwirkung ein wesentlicher Faktor für Unzufriedenheit bei den Nutzerinnen ist.

Dies ist auch eine häufige Erfahrung im FPZ Hamburg. Viele Frauen werden von FrauenärztInnen nicht darüber aufgeklärt, dass (wenn auch selten) Nebenwirkungen wie Akne, depressive Verstimmungen, Libidoverlust oder Gewichtszunahme durch systemische Hormonwirkung auftreten können. Stattdessen wird ihnen oft gesagt, dass das Gestagen von Mirena® nur in der Gebärmutter wirke. Auch über das sehr häufige Auftreten von unregelmäßigen Blutungen werden viele Frauen nicht ausreichend aufgeklärt.

In der Anwenderbroschüre des Herstellers (www.mirena.de) wird ebenfalls nicht deutlich genug auf diese möglichen Nebenwirkungen hingewiesen. Im Gegenteil wird durch die Aussage: „Mirena® ist kein Ovulationshemmer, weder der natürliche Zyklus noch der Hormonhaushalt werden beeinflusst.“ suggeriert, dass es keine systemische Hormonwirkung gäbe. Es wird auch nur informiert, dass die Menstruation kürzer und schwächer wird, die Aussage: „der natürliche Zyklus bleibt erhalten“ suggeriert weiterhin regelmäßige Blutungen.

In der Fachinformation wird die Häufigkeit von hormonbedingten Nebenwirkungen wie Depressiven Verstimmungen, Libidoverlust, Akne, Gewichtszunahme und Brustspannen mit 1-10% angegeben. Die Häufigkeit von Zysten der Eierstöcke wird mit > 10 % angegeben. Auch in der Packungsbeilage für die Patientin werden diese Nebenwirkungen aufgeführt. Diese wird der Patientin jedoch erst nach der Einlage ausgehändigt. Der Hersteller bietet jetzt an, ÄrztInnen zusätzliche Exemplare dieser Patienteninformation zur Verfügung zu stellen, damit sie auch beim ersten Informationsgespräch der Patientin mitgegeben werden kann.

Quelle

AkdÄ. Newsletter 2007-108 der Arzneimittelkommission. www.akdae.de

Groth S. Die Hormonspirale - Verhütung mit unerwünschten Wirkungen. Hormonspirale Umfrage. Graz 2007.
http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/Verh_tung/Hintergrund_Hormonspirale.pdf

La Revue Prescrire: Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena®) et perforations utérines. La Revue Prescrire 2007; 27: 271.

van Houdenhoven K, van Kaam KJ, van Grootheest AC et al.: Uterine perforation in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception 2006; 73: 257-260.

Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM: Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2003; 12: 371-377.

Schering Deutschland GmbH: Rote-Hand-Brief zu Mirena® vom 30.03.2007
<http://www.akdae.de/20/40/47-20070330.pdf>

Schering. Mirena® - Kopf frei für die Liebe. Informationen zur Empfängnisverhütung mit der Hormonspirale. www.mirena.de

Portiokappen aus Latex werden nicht mehr hergestellt

Der Hersteller verschiedener Portiokappen aus Latex, der Prentif, Vimule und Dumas-Kappe, hat mitgeteilt, dass die Herstellung dieser Kappen aufgegeben wird. In Zukunft wird deshalb nur noch eine Kappe aus Silikon, die FemCap® verfügbar sein.

Die Prentif-Kappe ist die am meisten benutzte Kappe, für die es auch die meisten Daten über Verhütungssicherheit und Nebenwirkungen gibt.

Die FemCap® gibt es in drei Größen mit 22, 26 und 30 mm Durchmesser. Die kleinste soll laut Hersteller von Frauen ohne Geburten angewendet werden, die mittlere von Frauen mit einer Kaiserschnittentbindung und die größte von Frauen mit vaginalen Geburten. Pro familia empfiehlt jedoch eine individuelle Anpassung der Kappen. Ausführliche Informationen gibt es auf den Internetseiten der pro familia (<http://www.profamilia.de/article/show/8944.html>).

Zur Verhütungssicherheit gibt es im Vergleich zur Prentif-Kappe nur wenige Daten. In einer Studie mit 120 Frauen ohne Vergleichsgruppe war die Versagerrate in einem Jahr 4,8 % (Shiata 1991). In einer Vergleichsstudie mit FemCap und Diaphragma über 6 Monate mit insgesamt etwa 800 Frauen hatte die FemCap mit 23 % pro Jahr insgesamt eine deutlich höhere Versagerrate im Vergleich zum Diaphragma. Bei Frauen, die keine Kinder geboren hatten, lag sie bei 14 %, bei Frauen, die Kinder geboren hatten bei 29 %. Bei perfekter Anwendung lag die Versagerrate bei etwa 18 % (Mauck 1999).

Quelle

Mauck C, Callahan M, et al. A comparative study of the safety and efficacy of FemCap, a new vaginal barrier contraceptive, and the Ortho All-Flex diaphragm. Contraception 1999; 60: 71-8

Shiata AAT, Trussell J. New female intravaginal barrier contraceptive device. Preliminary clinical trial. Contraception 1991; 44: 11-18

Portugal legalisiert Schwangerschaftsabbruch

In Portugal tritt am 15. Juli ein Gesetz in Kraft, das den Schwangerschaftsabbruch bis zur 10. Schwangerschaftswoche erlaubt. Bis jetzt gehörte Portugal zu den wenigen europäischen Ländern (Polen, Irland, Malta), in denen ein Abbruch illegal ist. Ausnahme waren bisher Gesundheitsrisiken der Frau und Schwangerschaft auf Grund einer vorausgegangenen Vergewaltigung.

Buchhinweise**Stiftung Warentest: Untersuchungen zur Früherkennung – Krebs.**

Berlin 2005. ISBN: 978-3-937880-07-5

Früh erkannt – Vorteil oder Risiko?
Welche Methoden gibt es? Wie laufen sie ab?
Welche Risiken können auftreten? Was muss man dafür bezahlen? Wie sicher sind die Ergebnisse?

Früherkennungsmethoden zu häufigen Krebserkrankungen wurden wissenschaftlich untersucht und kritisch bewertet. Dargestellt mit genauen Informationen dazu, wie die Methode funktioniert, wie sicher die Ergebnisse sind und welche Risi-

ken jeder einzelne eingehen muss, wenn er das Verfahren anwenden lässt. Ergänzt um Darstellungen der Krankheitsbilder und den möglichen Behandlungsformen.

Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen

A. Rohde/C. Woopen

Deutscher Ärzte-Verlag, 2007

Durch die Einführung der Pränataldiagnostik hat sich die medizinische Versorgung in der Schwangerschaft kontinuierlich verändert. Pränataldiagnostische Untersuchungen lassen sich häufig kaum noch von Untersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge abgrenzen. Die Publikation beschreibt die wissenschaftlichen Ergebnisse der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen zur Integration von medizinischer und psychosozialer Versorgung im Kontext von Pränataldiagnostik

Die Ergebnisse der Evaluation werden hier zusammengefasst:

1. Psychosoziale Beratung sollte im Kontext von Pränataldiagnostik neben der ärztlichen Versorgung ein selbstverständlicher und integrativer Bestandteil der Betreuung von Schwangeren und ihren Partnern sein.
2. Beratung zu psychosozialen bzw. psychischen Aspekten lässt sich nicht zwanglos in die ärztliche Beratung integrieren, z.B. durch die Ausweitung der ärztlichen Ausbildung (wie etwa psychosomatische Grundversorgung). Die vorliegende Studie zeigt eindeutig, dass fachlich und räumlich getrennte psychosoziale Beratung für die betroffenen Frauen und Paare zusätzlich zur pränatalmedizinischen und kinderärztlichen Beratung von hoher Bedeutung ist.
3. Für die psychosoziale Beratung ist fundierte Fachkompetenz (z.B. psychotherapeutische Qualifikation, Erfahrung mit Beratung zur Pränataldiagnostik) notwendig.
4. Akzeptanz und Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung kann am ehesten durch unmittelbare Nähe der Beratung zur ärztlichen Versorgung erreicht werden, am besten in direkter räumlicher Anbindung an die medizinische Versorgung.

5. Die ärztliche Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, insbesondere auch vor deren Inanspruchnahme und im Hinblick auf eventuell daraus entstehende Konsequenzen, muss verbessert werden. Insbesondere vor einer Überweisung zu pränataldiagnostischen Maßnahmen werden Frauen nicht ausreichend aufgeklärt.

6. Das flächendeckende Angebot psychosozialer Beratung **vor** Pränataldiagnostik, z.B. durch qualifizierte Beraterinnen in Beratungsstellen, und entsprechende Hinweise durch behandelnde Frauenärzte könnte ein Schritt zur Verbesserung dieser Situation sein.

7. Nach der Mitteilung eines auffälligen Befundes befinden sich Frauen nicht selten in einem Ausnahmezustand. Gerade in solchen Fällen enormer psychischer Belastung ist die Krisenintervention durch eine psychosoziale Beraterin für die betroffenen Frauen extrem wichtig und hilfreich. Deshalb sollte die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch immer erst nach Abklingen dieses Zustands bzw. Stabilisierung der psychischen Situation gestellt werden.

8. Auch wenn sich die Entscheidung bei auffälligem Befund nach ausführlicher Beratung und Bedenkzeit nicht ändert, ist es für die Verarbeitung des Erlebten von großer Bedeutung, dass die Entscheidung zur Beendigung bzw. zum Austragen der Schwangerschaft nach Abwägen aller relevanten Aspekte getroffen wird.

9. Auch die Information über weitere Unterstützungsangebote – sowohl beim Austragen als auch bei der Beendigung der Schwangerschaft – ist relevant.

10. Im Rahmen der politischen Debatte wird eine Bedenkfrist von 3 Tagen zwischen Diagnosestellung und Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs diskutiert. Aus fachlicher Sicht ist die Zeit zwischen Mitteilung der Diagnose und Stellung der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch der Zeitraum, der für eine intensive Auseinandersetzung mit allen möglichen Lebensperspektiven genutzt werden sollte. Aus der Studie ergibt sich deshalb die Empfehlung für eine „Bedenkzeit“ zwischen Diagnosemitteilung und Indikationsstellung.

11. Jede vierte der bisher nach 2 Jahren befragten 61 Frauen gab an, sie hätte sich mehr Informationen und Kontakte in der Phase der Entscheidung gewünscht (z.B. zu anderen Betroffenen, Selbsthilfegruppen, Hilfsangebote). 50 % der Frauen mit Abbruch und 75 % der Frauen, die die Schwangerschaft ausgetragen haben,

sind sicher, ihre Entscheidung noch einmal so zu treffen

12. Trotz der psychosozialen Beratung bleiben bei einer erheblichen Zahl von Frauen Unsicherheiten und Ängste, unter anderem auch bezüglich einer neuen Schwangerschaft. Auch 2 Jahre später fühlt sich fast ein Viertel der Frauen noch psychische belastet.

Nach Einschätzung der Autorinnen belegen die vorgelegten Ergebnisse in vielfältiger Weise die herausragende Bedeutung der psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik.

Gleichwohl gibt es einen Bedarf für die Weiterentwicklung der Konzepte psychosozialer Beratung bei unterschiedlichen Gruppen von Frauen und Paaren.

Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung

Tagungsdokumentation

Im Dezember letzten Jahres veranstaltete das Hessische Netzwerk behinderter Frauen in Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen eine Fachtagung zum Thema: "Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung".

"Die besonderen Bedürfnisse bei der gesundheitlichen Versorgung/Behandlung von Frauen mit Behinderung und die Erarbeitung von Wünschen an die behandelnden ÄrztInnen" sowie "Erkennen von Gewalt an Frauen mit Behinderung in Arztpraxen - Möglichkeiten der weiteren Begleitung/Behandlung" sind nur einige der auf der Fachtagung bearbeiteten Themen.

Die 45-seitige Tagungsdokumentation kann als Broschüre kostenlos beim Hessischen Netzwerk behinderter Frauen, Rita Schroll, Kölnische Str. 99, 34119 Kassel, Tel.: 0561 / 7 28 85 - 22, Fax: 0561 / 7 28 85 - 29, E-Mail: bestellung@fab-kassel.de bestellt werden.

Zum Download gibt es die Dokumentation als Text- und PDF-Version unter dem Link „unsere Angebote“:

www.fab-kassel.de/hessisches/netzwerk.html

Ausgesetzt – verklappt – anonymisiert –Deutschlands neue Findelkinder

Christine Swientek,
Kirchturm Verlag Martina Gerts, Juni 2007,
ISBN 978-3-934117-10-5
Subskriptionspreis bis 30.8.07 17,80 €, danach 22,80 €

Kurzbeschreibung

Es geht uns nicht um die Alternative "tot auf dem Müll" oder ohne Identität lebend in der Klappe. Wäre es so, gäbe es keine Diskussion! Es geht darum, dass zwei Maßnahmen mit dem Ziel, Kinder zu retten, dieses Ziel nicht nur nicht erreichen, sondern eine bislang unbekannte Zahl in dreistelliger Höhe von Kindern schafft, die von ihren Verwandten anonymisiert werden, weil sie ein freibleibendes und hoch beworbenes Mittel der Ablage unerwünschter Kinder nutzen. Tote und ausgesetzte Neugeborene unverändert wie seit 20 Jahren und dazu Hunderte von Kindern, die diesem Rettungswahn zum Opfer fallen - künstlich gemachte Findelkinder. Diesen wird ein Teil ihrer Identität genommen. Sie haben nie die Chance, ihre leiblichen Eltern kennen zu lernen. Und sie wissen, sie wurden klammheimlich verlassen, weil sie so unerwünscht waren, dass sie nicht einmal ihre Herkunft behalten durften.

Fortbildungen

8. Kongress der Gesellschaft für die psychische Gesundheit von Frauen in Bonn

4.- 6. Oktober 2007 in Bonn
historisches Universitätsgebäude, Regina-Pacis-Weg 3, 53113 Bonn.

Schwerpunktthema:

Die Autonomie der Frau im Kontext von Gynäkologischer Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie
Weitere Themen:

Psychoonkologie und psychosoziale Versorgung
- Forensische Psychiatrie – Frauen als Opfer und Täterinnen - Pränataldiagnostik und Pränatalmedizin - Psychopharmaka und Hormone

Informationen: www.gpqf.org

AKF Jahrestagung 2007

3. bis 4. November 2007 in Erkner bei Berlin

AKF-Frauengesundheitsziele: Prävention und Gesundheitsförderung

Um den Genderblick auf das Thema Gesundheit geht es bei der AKF-Jahrestagung 2007.

An Hand von ausgewählten Beispielen soll überprüft werden, was an geschlechtsdifferenzierter Gesundheitsförderung und Prävention schon stattfindet, wo es noch Veränderungsbedarf gibt und welche Frauengesundheitsziele in den nächsten Jahren die Landschaft bestimmen werden.

Programm und Informationen: www.akf-info.de

"Geschlechterforschung in der Medizin"

11. und 12. Oktober 2007 in Berlin

4. Berliner Symposium des Zentrums für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM), Charité- Universitätsmedizin Berlin.

Informationen unter: www.charite.de/gender

Vorankündigung

37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

20. bis 23. Februar 2008 wird in Berlin

Thema "Zwischen Tradition und Moderne - Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert". Zielgruppe sind niedergelassene Ärzte und Therapeuten aus den Fachgebieten der Gynäkologie, Geburtshilfe, Frauenheilkunde sowie der Psychotherapie.

Die Hauptthemen sind u.a.:

- *Geschlechterrollen in der Frauenheilkunde*
- *Das ethische Dilemma*
- *Praxis der Psychosomatik - state of the art*
- *Sexuelle Traumatisierung*