

David Klemperer

Kritische Bewertung der gesundheitlichen Versorgung für Frauen

Vs. 23.01.2002

Vortrag auf dem Forum Gesundheit des DGB Bayern, 17.1.2002, München

Einleitung

Frauen bilden zwar die Mehrheit der Bevölkerung, Forschung und Praxis im Gesundheitswesen orientieren sich jedoch noch immer weitgehend an der Minderheit, also den Männern.

Insbesondere die sozialwissenschaftlich geprägte Forschung hat in den letzten 20 Jahren einen enormen Wissenszuwachs im Bereich der Geschlechterdifferenzierung beschert. Es gehört mittlerweile zum gesundheitswissenschaftlichen Basiswissen, dass sich Männer und Frauen in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen unterscheiden und dass das Geschlecht eine zentrale Variable ist, die den Gesundheitszustand beeinflusst.¹ Nur hat leider dieses gesundheitswissenschaftliche Basiswissen noch keinen Eingang in die Medizin gefunden, muss man ehrlicherweise ergänzen.

So bleiben wichtige Tatsachen im medizinischen Alltag unberücksichtigt:

Sozialisation, Rollenerwartungen und Lebensbedingungen sind zwischen Mann und Frau unterschiedlich.

Jenseits der anatomischen und biologischen Unterschiede hat dies Auswirkungen auf

- die Wahrscheinlichkeit, bestimmte Krankheiten zu entwickeln (z.B. Magersucht häufiger bei Frauen, Alkoholkrankheit häufiger bei Männern, koronare Herzkrankheit bei Frauen 10 Jahre später)
- die Art und Weise, mit gesundheitlichen Beschwerden umzugehen
- die Art und Weise, Symptome zu präsentieren
- die Reaktion des Medizinsystems

So äußern sich somatische (körperliche) Beschwerden bei Frauen eher im seelischen und emotionalen Bereich, bei Männern eher organisch. Das Medizinsystem ist aber ausgesprochen organfixiert, was sowohl für Frauen als auch für Männer zu Fehlversorgung führen kann. Die Geschlechterperspektive führt somit zu zahlreichen wichtigen Gesundheitsthemen. Nicht alle kann ich an dieser Stelle aufgreifen. Nicht einmal alle wichtigen Aspekte kann ich hier behandeln. Ich werde z.B. nicht über die Medikalisierung sprechen. Medikalisierung ist der Versuch der Medizin, ganze Lebensphasen der Frau unter ihre Kontrolle zu bringen. Dies äußert sich z.B. darin, dass die Menopause der Frau als ein Hormonmangelzustand gedeutet wird mit der Notwendigkeit der "Hormonersatztherapie". Das ist eigentlich absurd, geschieht aber millionenfach jeden Tag.

Auch die für Frauen im Vergleich zu Männern doppelt so hohe Chance, Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka zu erhalten, will ich nicht aufgreifen.

Auch die unterschiedliche Art und Weise, mit er schon männliche und weibliche Teenager mit chronischen Krankheiten wie Asthma und Diabetes umgehen,² spare ich aus.

Ich möchte mich auf zwei Beispiele beschränken, mit denen ich die Situation der Frauen im gesundheitlichen Versorgungssystem kritisch bewerten will.

Für den Bereich der Therapie soll es um die operative Entfernung der Gebärmutter gehen, die Hysterektomie.

Für den Bereich der Prävention habe ich das Brustkrebs-Screening als Beispiel ausgewählt.

¹ Hurrelmann K, Kolip P. Die Entwicklung von Frauen- und Männergesundheitsforschung. in: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.). Geschlecht – Gesundheit – Krankheit : Eine Einführung. im Druck

² Williams C. Doing health, doing gender: teenagers, diabetes and asthma. Soc Sci Med 2000;50:387-396

Zum besseren Verständnis möchte ich vorab zwei Aspekte behandeln, die einen starken Einfluss auf die Art und Weise haben, wie Frauen und alle übrigen Mitglieder der Gesellschaft gesundheitlich versorgt werden.

Der erste Aspekt ist die medizinische Sichtweise von Krankheit, der zweite Aspekt, besteht darin, inwieweit das Versorgungssystem diese Sichtweise widerspiegelt und welche Folgen dies für die Versorgung hat.

Medizin

Die Medizin hat im Laufe mehrerer Jahrhunderte eine Sichtweise entwickelt, die sich in den letzten 150 Jahren verfestigt hat. Diese Sichtweise wird als biomedizinisches Paradigma bezeichnet und bildet die Grundlage der Schulmedizin. Die Schulmedizin ist wiederum ein beherrschender Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungssystems.

Das Gedankengebäude der Medizin war und ist geprägt durch die Fortschritte der Technik. So entwickelte sich eine technische Sicht des menschlichen Organismus - der Körper als Maschine.

Der Schulmedizin stellt sich Krankheit folgendermaßen dar:

- Krankheit ist gleichzusetzen mit einer Störung und Fehlfunktion des Körpers. Aufgabe der Medizin ist es, die Störung im Körper zu lokalisieren, sie zu benennen und sie zu beheben. Der Begriff "Reparatur" liegt hier nahe.
- Eine Störung ist entweder da oder sie ist nicht da. Krankheit und Gesundheit schließen einander aus. Der Mensch ist demzufolge entweder krank oder gesund. (Dichotomie von Krankheit und Gesundheit).
- Der Körper mit seinen Funktionen und Störungen ist aus sich allein heraus zu erklären und zu verstehen. Weitergehende aus dem psychosozialen Bereich Informationen sind zur Behebung der Störung gar nicht erforderlich.
- Neues Wissen über Krankheiten, Krankheitsursachen und Behandlungsmöglichkeiten erschließen sich durch Erforschung des Organismus in immer feinerer Auflösung bis hin zu den Genen und Molekülen.

Diese Vorstellungen prägen bis heute weitgehend das berufliche Selbstverständnis der Ärzte und Ärztinnen.

Innerhalb dieses Denkgebäudes fallen die subjektiven Aspekte von Krankheit (und Gesundheit) schlicht unter den Tisch. Die Aufmerksamkeit gilt der Pathologie, der Krankheit und nicht so sehr dem unter einem bestimmten medizinischen Problem leidenden Menschen.

In den Hintergrund treten

- der Krankheitsbegriff des individuellen Patienten,
- seine Krankheitsdeutung,
- sein Krankheitserleben,
- die psychischen Aspekte von Krankheit, die Emotionen und das seelische Befinden des Patienten
- der Einfluss der sozialen Umwelt auf die Entstehung und Bewältigung der Krankheit

Dies sind natürlich gute Gründe, die Schulmedizin zu kritisieren. Dabei empfiehlt es sich aber, nicht das Kind mit dem Bade auszuschütten. Denn es ist das beschriebene Krankheitsverständnis, das die großen Erfolge der Medizin ermöglicht hat. Im Bereich akuter Erkrankungen verfügt die Medizin über wirksame Vorgehensweisen, Lebenszeit zu gewinnen und Lebensqualität zu erhalten. Dies macht den Glanz der Schulmedizin aus.

So steht zum Beispiel bei der Behandlung eines Patienten mit einem akuten Herzinfarkt die körperliche Störung – der Verschluss einer Herzkranzarterie im Vordergrund. Diese Störung gilt es zu erkennen und zu beheben. Es würde dem Patienten möglicherweise den Rest geben, würde sich der Arzt erst einmal die Lebensgeschichte des Patienten anhören wollen unter

besonderer Berücksichtigung der psychischen und sozialen Faktoren, die zur Entstehung des Infarktes beigetragen haben mögen – akute lebensrettende Maßnahmen sind hier vorrangig. Bei chronischen Erkrankungen kann die Schulmedizin im Bereich Lebenszeit eher wenig ausrichten; hier steht im Vordergrund, das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und die Lebensqualität zu erhalten. Hier steht die Schulmedizin schon nicht mehr so glänzend da. Das Elend der Schulmedizin besteht in folgendem:

- Sie hat kein adäquates Verständnis für Ursachen der Krankheitsentstehung jenseits von Genen und individuellen Risikofaktoren. Damit fehlen ihr weitgehend die Grundlagen für wirkungsvolle Strategien im Bereich der Prävention.
- Ihr ist die salutogenetische Sicht fremd. Sie hat – mit anderen Worten – keinen gedanklichen Zugang zu den Faktoren, welche zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit beitragen. Damit fehlen ihr wiederum die Grundlagen für wirkungsvolle Strategien im Bereich der Gesundheitsförderung.
- Sie hat kein adäquates Verständnis für die Faktoren, welche den Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder von Gruppen innerhalb einer Bevölkerung bestimmen. Die Public-Health-Perspektive³ ist ihr fremd. So kann sie keinen eigenständigen Beitrag für weitergehende Konzepte für die Prävention von Krankheiten und den Erhalt von Gesundheit auf der Grundlage von Public Health entwickeln.
- Dummerweise besteht aber im Gesundheitsversorgungssystem ein absolutes Übergewicht der Schulmedizin und eine fehlende Wertschätzung von Public Health.

Gesundheitswesen

Wir haben in Deutschland ein Gesundheitsversorgungssystem, das von der Schulmedizin beherrscht wird und von Vertretern dieser Seite gerne als "vorbildlich" gepriesen wird. Andere Länder könnten sich ein Beispiel daran nehmen, heißt es dann zumeist im gleichen Atemzug.

Es ist das Verdienst des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dieses Bild in seinem jüngsten Gutachten nachhaltig zurechtgerückt zu haben.⁴

Das Ergebnis der mehr als 1.700 Seiten Analyse lässt sich mit wenigen Sätzen natürlich kaum angemessen wiedergeben.

Will man es positiv sehen, kann man sagen: Das Versorgungssystem ist übervoll mit Chancen, es zu verbessern. Dies gilt insbesondere für die Bereiche

- Zielbildung und –orientierung
- Verstärkung der Prävention
- Weiterentwicklung der Versorgungsqualität
- Einbeziehung der Bürger, Versicherten und Patienten auf allen Systemebenen⁵.

Tatsächlich ist der medizinische Alltag – nicht nur in Deutschland^{6 7} – von nebeneinander bestehender Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet.

- Überversorgung bedeutet: eine Leistung wird erbracht, deren Potential für Schaden größer ist als für den möglichen Nutzen; dazu zählen ineffektive Therapien wie z.B. Antibiotika bei einem Virusinfekt.⁷

³ Definition Public Health: "Krankheit verhindern, Leben verlängern und Gesundheit und Wohlbefinden fördern durch organisierte Bemühungen der Gesellschaft." (Quelle: Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of Public Health Function. London, HMSO, 1988)

⁴ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. 3 Bände (z.Z. noch vollständiger Download möglich: www.svr-bund.de)

⁵ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen a.a.O. Band III, Kurzfassung, S. 47

⁶ Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: a new Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001

⁷ Chassin, M.R., Galvin R.W., and the National Roundtable on Health Care Quality. 1998. The urgent need to improve health care quality. Journal of the American Medical Association 280:1000-5

- Unterversorgung bezeichnet Leistungen, die nicht erbracht werden, obwohl sie einen gesundheitlichen Nutzen bewirken würden (z.B. eine nicht durchgeführte Impfung, eine unzulängliche Schmerztherapie bei Krebspatienten).
- Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotential ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigt.⁸

In das System der gesundheitlichen Versorgung fließen allein für die Behandlung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung pro Jahr gut 130 Milliarden Euro. Eine ähnliche hohe Summe von den übrigen Kostenträgern kommt hinzu. Der Gegenwert, den das Gesundheitssystem dafür liefert, könnte sehr viel höher sein. Aber weniger die materielle Seite erscheint mir hier bedrückend. Ungleich schwerer wiegt es, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung dazu führen, dass Menschen Lebenszeit und Lebensqualität vorenthalten wird.

Zusammenfassung

Eine kritische Bewertung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen erfolgt also auf folgendem Hintergrund:

Das System ist gekennzeichnet durch

- Über-, Unter- und Fehlversorgung
- fehlende Orientierung an Gesundheitszielen
- weitgehend fehlende Steuerbarkeit
- Vorherrschen medizinischer Denk- und Handlungsmuster, daraus folgend
- fehlender Wertschätzung wirksamer Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung auf der Ebene von Settings und der gesamten Bevölkerung

Diese Dinge betreffen natürlich die gesundheitliche Versorgung aller Mitglieder der Gesellschaft.

Eine besondere Bedeutung liegt aber darin, dass das System keine Antwort hat auf die Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten, egal ob sie bedingt sind durch die soziale Schichtzugehörigkeit, die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit oder durch das Geschlecht. Mit der sozialen Ungleichheit haben Sie sich in einem früheren Forum dankenswerter Weise intensiv beschäftigt. Geschlecht – biologisch oder bezüglich der sozialen Rolle betrachtet - ist somit eine Kategorie der Ungleichheit von mehreren, die eine Beschäftigung lohnt.

Diese Anmerkungen über die einseitige organfixierte Sichtweise der Medizin und die vielfältigen Probleme des Versorgungssystems bezüglich der Qualität und der Steuerung sollen den Hintergrund bilden, auf dem die im folgenden geschilderten Phänomene verständlicher werden.

Gebärmutterentfernung

Die Hysterektomie ist eine Operation, die häufig mit dem Attribut "umstritten" versehen wird. Dies liegt daran, dass seit Jahrzehnten Tatsachen auf dem Tisch liegen, die keine andere Deutung zulassen, als dass es hier nicht mit rechten Dingen zugeht.⁹

Eine Reihe von Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen gibt Anlass zur Nachdenklichkeit.

- In Kalifornien wird jeder 2. Frau im Laufe ihres Lebens die Gebärmutter entfernt während die Hysterektomie in Saudi-Arabien eine Rarität darstellt.¹⁰

⁸ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III.1. S. 53

⁹ Klemperer D. Der Einfluß nicht-medizinischer Faktoren auf die Frequenz von Operationen und Untersuchungen. Argument-Sonderband 182, Argument-Verlag, Hamburg 1990. S. 105-115

¹⁰ Lilford RJ. Hysterectomy: will it pay the bills in 2007? BMJ 1997;314:160

- Eine Nordamerikanerin hat eine 6fach höhere Chance, die Gebärmutter entfernt zu bekommen als eine Schwedin, Norwegerin oder Engländerin.¹¹
- Bereits in den 40er Jahren des vergangenen Jahrhunderts konnte gezeigt werden, dass ein erheblicher Teil der damals durchgeführten Hysterektomien nicht gerechtfertigt war.^{12 13}
- Die häufigste Indikation zur Hysterektomie vor der Menopause ist eine von der Frau als übermäßig empfundene Blutung. Tatsächlich besteht aber nur bei 10% dieser Frauen eine übermäßige Blutung.¹⁴
- Die Gebärmutter wird oftmals entfernt, ohne dass andere, gut wirksame aber weniger eingreifende Behandlungsmöglichkeiten genutzt worden wären.
- Frauen haben häufig keine Kenntnis über alternative Behandlungsmöglichkeiten bei verstärkter Monatsblutung.¹⁵
- Die Hysterektomierate war in einer Untersuchung bei Ärztinnen deutlich niedriger als bei Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Bei Frauen von Rechtsanwältinnen war die Rate noch niedriger als bei Ärztinnen.¹⁶
- In einer Untersuchung war die Operationsrate bei übermäßiger Monatsblutung für Frauen mit geringerer Bildung 15fach höher im Vergleich zu Frauen mit höherem Bildungsstand.¹⁷
- Für eine Frau mit geringerer Bildung ist in den USA die Wahrscheinlichkeit, eine Hysterektomie zu erhalten, doppelt so hoch wie für eine besser gebildete Frau.¹⁸
- Eine Untersuchung an Bremer Frauen hat gezeigt, dass sich auch in Bremen mit dem Bildungsstand die Wahrscheinlichkeit erhöht, die Gebärmutter zu behalten.¹⁹

Ob die Gebärmutter entfernt wird oder nicht, hängt also offensichtlich nur lose damit zusammen, welche Krankheit und welches Beschwerdebild vorliegen. Ausschlaggebend können vielmehr Dinge sein, die weit außerhalb des medizinischen Bereichs liegen: Das Land, in dem die Frau lebt, ihr Bildungsstand, der Umstand, ob ein Gynäkologe oder eine Gynäkologin für sie zuständig ist, ob sie Ärztin oder gar Frau eines Rechtsanwalts ist oder nicht usw.

Die Gebärmutter wird entfernt, weil Frauen meinen, eine verstärkte Regelblutung zu haben, auch wenn diese subjektive Wahrnehmung häufig gar nicht zutrifft.

Bei tatsächlich bestehender verstärkter Regelblutung werden die Frauen über weniger eingreifende Behandlungsmethoden meist nicht informiert. Wenn sie informiert werden und eine medikamentöse Behandlung erhalten, verzichten die meisten Frauen auf die Gebärmutterentfernung.

Es bestehen also offensichtlich große Unklarheiten und weite Entscheidungsspielräume, wenn es darum geht, einen Entschluss für oder gegen die Hysterektomie zu treffen. Diese Handlungsspielräume werden offensichtlich nicht regelhaft unter dem Gesichtspunkt der Interessen der Frauen genutzt.

Bei bösartigen Krankheiten der Gebärmutter sowie bei bestimmten Komplikationen in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist die Notwendigkeit der Operation in den meisten Fällen unbestritten.

¹¹ Carlson K. J., Nichols D. H., Schiff I. Current Concepts: Indications for Hysterectomy. *N Engl J Med* 1993; 328:856-860

¹² Miller NF. Hysterectomy - Therapeutic necessity or surgical racket? *Am J Obstet Gynecol* 1946; 51:804-10

¹³ Doyle JC. Unnecessary hysterectomies. *JAMA* 1953; 151:360-5

¹⁴ Prentice A. Medical management of menorrhagia. *BMJ* 1999; 319: 1343-1345

¹⁵ Society for Women's Health Research. Women Unaware Of Alternatives To Hysterectomy. National Survey. November 2000.

www.womens-health.org/bleedingsurvey.html (Zugang geprüft 24.1.2002)

¹⁶ Domenighetti G, Casabianca A. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives [Letter]. *BMJ* 1997; 314: 1417

¹⁷ Kuh D, Stirling S. Socioeconomic variation in admission for diseases of female genital system and breast in a national cohort aged 15-43. *BMJ* 1995; 311: 840-843

¹⁸ Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G. The socioeconomic correlates of hysterectomies in the United States. *Am J Public Health* 1993;83:106-8

¹⁹ Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Frauengesundheitsbericht Bremen 2001.

www.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht (Zugang geprüft 24.1.2002)

Die Merkwürdigkeiten treten bei gutartigen Erkrankungen bzw. Zuständen der Gebärmutter auf. Das Behandlungsziel kann hier nur und ausschließlich Beseitigung oder Linderung von Beschwerden und Erhöhung der Lebensqualität lauten. Es geht also nicht um Lebensrettung und Lebensverlängerung sondern ausschließlich um das Wohlbefinden der Frau. Ganz offensichtlich erhalten Frauen jedoch in sehr vielen Fällen nicht die ethisch gebotene schonendste und risikoärmste Behandlung. Dies ist lange bekannt, ohne dass sich etwas Grundsätzliches geändert hätte.

Gibt es eine Erklärung für die offensichtliche Fehlversorgung?

Wie kann die Situation verbessert werden?

Eine letztendliche Erklärung für die geschilderten Merkwürdigkeiten kann ich Ihnen nicht geben. Ich muss Ihnen ganz offen sagen, dass auch für mich nach langjähriger Beschäftigung Rätsel bleiben.

- Teil der Erklärung ist m.E. die verengte organbezogene Sichtweise. Aus dieser Perspektive ist die Gebärmutter mit Beendigung der Gebärfunktion schlicht und einfach überflüssig. Präsentiert eine Frau Symptome, die mit der Gebärmutter zusammenhängen, kann es nicht verkehrt sein, das Organ zu entfernen.
- Unberücksichtigt bleibt dabei, dass Frauen Beschwerden im Bauchbereich empfinden und die eigentliche Ursache nicht organischer sondern seelischer Natur ist. Wenn eine Frau ihre Monatsblutung als zu stark empfindet, dies aber keinerlei objektive Entsprechung hat, sollte dies nachdenklich machen. Welche psychischen oder sozialen Faktoren sind an der Verursachung dieses Missempfindens beteiligt? Die operative Entfernung der Gebärmutter kann dann nicht die angemessene Antwort sein. Hier müsste es darum gehen, die psychosoziale Situation zum Ausgangspunkt weiterer Maßnahmen zu machen. Weitergehende Fragen nach psychischer und sozialer Situation passen jedoch nicht in das biomedizinische Denken.
- Bedeutsam dürfte auch sein, dass viele Frauen ein ambivalentes oder gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper und seinen Funktionen haben. Daran ist die Schulmedizin nicht unschuldig. Die Medizin versucht schon frühzeitig, weibliche Körpervorgänge unter ihre Kontrolle zu bekommen. Die Teenie-Sprechstunde ist ein Einstieg. Hier lernen es junge Frauen, der Medizin die Beurteilung darüber zu überlassen, ob ihr Körper in Ordnung ist oder nicht.
- Es stimmt nachdenklich, dass auch in neuerer Zeit nur 1/3 der Mädchen die Menarche – also die erste Regelblutung – als normal und natürlich empfinden. Weiterhin nimmt die Zufriedenheit mit dem Körper im Laufe der Pubertät ab. Ein Zusammenhang zur Bereitschaft einer Frau, ihre Gebärmutter entfernen zu lassen, liegt nahe.
- Wenn – wie in den USA – eine Operation 600.000 Mal pro Jahr durchgeführt wird und die Kosten dafür 3 Milliarden Dollar betragen²⁰, steht dahinter die entsprechende Infrastruktur. Es handelt sich um ein riesiges eingespieltes System. Was wäre, wenn nur noch die unumgänglichen Hysterektomien durchgeführt würden? Es gäbe Verlierer. Abteilungen würden überflüssig, Menschen würden arbeitslos.
- Es handelt sich bei der Hysterektomie aber nicht nur um Überversorgung und Fehlversorgung sondern auch um Unterversorgung. Dies bezieht sich auf das ärztliche Gespräch und die Beratung. Verbindliche Standards für die Information der Frauen sind erforderlich. Das Ziel sollte darin bestehen, den Frauen alle Informationen an die Hand zu geben, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können. Dazu gehören im Falle der Hysterektomie die alternativen Behandlungsoptionen.
- Dies könnte bei der Menorrhagie (verstärkte Monatsblutung) folgendermaßen aussehen:

²⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Fact sheet: Hysterectomy in the United States, 1980 — 1993 www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_hysterec.htm (Zugang geprüft 24.1.2002)

- Als erstes wäre abzuklären, ob die Regelblutung tatsächlich verstärkt ist. Meistens ist dies nicht der Fall.
- Die Übergänge von normal zu pathologisch sind fließend.
- Eine somatische Behandlung ist erforderlich, wenn ein übermäßiger Blutverlust vorliegt, der zu einer Erniedrigung des roten Blutfarbstoffes führt.
- Es gibt eine Reihe von operativen und medikamentösen Behandlungsoptionen:
 - Hormonbehandlung mit Tabletten
 - Hormongabe durch Einpflanzung eines Gestagendepots in die Gebärmutter
 - Abtragung der Gebärmutterschleimhaut durch Laser oder andere Formen thermischer Energie
 - operative Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide einschließlich oder ausschließlich des Gebärmutterhalses
 - operative Entfernung der Gebärmutter durch die Bauchdecke einschließlich oder ausschließlich der Eileiter und Eierstöcke

Die Tabletteneinnahme ist die am wenigsten und die abdominale Hysterektomie die am meisten eingreifende Behandlungsoption. Eine Patientin, die über die vorliegenden Erkenntnisse bezüglich der Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges auf der einen Seite und der Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Wirkungen auf der anderen Seite informiert ist, kann eine fundierte und für sie richtige Entscheidung treffen.

Da es Verfahren gibt, die bei geringeren Risiken vergleichbare Erfolgsraten haben, ist anzunehmen, dass ein erheblicher Teil der Frauen auf die Hysterektomie verzichten würde. Diese Annahme wird durch eine wissenschaftliche Untersuchung bestärkt, in der die Mehrzahl von Frauen, die schon einer Hysterektomie zugestimmt hatten, sich mit der Wirksamkeit der Hormontherapie (Einpflanzung eines Gestagendepots in die Gebärmutter) vollauf zufrieden zeigten und die geplante Hysterektomie absagten.

Frauen sollten aber nicht nur über die medizinischen Möglichkeiten informiert sein. Zu einer angemesseneren Versorgung könnte auch eine höhere Transparenz von Seiten der Krankenhäuser führen. Hier sollte offen gelegt werden, über welche Erfahrungen eine Abteilung verfügt, welche Operationstechniken angeboten werden und mit welcher Häufigkeit Operationen durchgeführt werden. Wenn in einem Krankenhaus die vaginale Hysterektomie nicht durchgeführt wird, hat die Patientin schlechte Chancen, diese Operation zu erhalten, selbst wenn es medizinisch die bessere Wahl wäre im Vergleich zur abdominalen Hysterektomie. Wenn in einem Krankenhaus organerhaltende Techniken wie Entfernung von Gebärmutterpolypen und Entfernung der Gebärmutterschleimhaut durch die Scheide nicht angeboten werden, ist es sehr wahrscheinlich, dass ihr die Hysterektomie angeboten wird. Als Fazit ist festzuhalten, dass es keine Zweifel daran gibt, dass die Hysterektomie in westlichen Ländern zu häufig durchgeführt wird. Dies hängt damit zusammen, dass noch immer die Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen den schonenderen und organerhaltenden Vorgehensweisen vorgezogen wird. Eine bessere Information der Patientinnen und höhere Transparenz von Seiten der Krankenhäuser könnten die Situation bessern.

Das Problem der Hysterektomie ist – wie anfangs erwähnt – kein neues Problem. Eine Besserung ist sicherlich innerhalb der letzten 10 bis 15 Jahre zu verzeichnen. Diese Verbesserung dürfte weitgehend auf das Konto der Frauengesundheitsbewegung und der Forderung nach besseren Informationen für die Frauen gehen.

Das Ziel muss aber darin bestehen, dass jede Frau die für sie richtige Behandlung erhält. Davon sind wir noch immer weit entfernt.

Brustkrebs-Früherkennung

Nun zur Brustkrebs-Früherkennung, einem Thema aus dem Bereich der Prävention. Vor genau einer Woche meldet der Kölner Express folgendes:

Abb. 1



Express 10.1.2002, Brustkrebs früh erkennen

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 46.000 Frauen an Brustkrebs; im Jahr 1999 verstarben daran 17.616 Frauen.²¹ Jede 9. Frau erkrankt in ihrem Leben daran, heißt es.

Über die Ursachen von Brustkrebs ist nur wenig bekannt, so dass es keine Strategien zur Vermeidung gibt. So bleibt die Vorstellung, die Zahl der Toten dadurch zu senken, dass man den Brustkrebs in einem möglichst frühen Stadium entdeckt, in dem eine Heilung noch möglich ist. Dies ist das Ziel des Mammographie-Screenings. Mammographie ist die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust. Mit Screening wird eine bevölkerungsweite Früherkennungsuntersuchung bezeichnet. In Ländern wie Kanada, Schweden und England verfügt man über umfangreiche Erfahrungen mit dem Brustkrebs-Screening. Hunderttausende Frauen wurden untersucht. Trotzdem ist allein die Frage, ob sich durch das Screening Krebstodesfälle verhindern lassen, Gegenstand heftiger Kontroversen. Dabei geht es um methodisch-wissenschaftlich komplizierte Fragen. Eine sichere Antwort auf die Frage des Nutzens der Screening-Mammographie liegt derzeit nicht vor. Ob tatsächlich Leben durch Brustkrebs-Screening gerettet werden, wissen wir also nicht.

Diese Kontroverse will ich an dieser Stelle gar nicht aufgreifen. Es soll um einen anderen Aspekt gehen, nämlich darum, wie Frauen zur Frage des Brustkrebs-Screenings informiert werden.

Über 17.000 Brustkrebstote pro Jahr sind eine erschreckende Zahl.

Wenn sich die Zahl mit dem Brustkrebs-Screening um 25 % senken lässt – kann es dann überhaupt Gegenargumente geben?

Dazu der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:²²

- "Der durchschnittliche individuelle Nutzen eines bevölkerungsweiten Mammographie-Screenings ist gering. Nur eine kleine Zahl von Frauen profitiert tatsächlich."
- "Der Grat zwischen erwartetem Nutzen und Schaden ist selbst bei hervorragenden, qualitätsgesicherten Mammographieprogrammen sehr schmal."

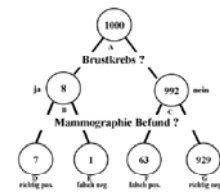
Wie ist das zu verstehen?

Der Sachverständigenrat weist mit diesen Aussagen auf die Tatsache hin, dass dem möglichen Nutzen erhebliche unerwünschte Wirkungen gegenüberstehen. Die Risiken der Mammographie folgen aus der nicht vollständigen Treffsicherheit der Untersuchung. Falsch negative und falsch-positive Ergebnisse kommen vor. Abb. 2, 3 und 4 verdeutlichen diesen Sachverhalt.

²¹ Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut (1999): Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends, 2. aktualisierte Auflage, Saarbrücken. zitiert nach SVR 2001 III.3:124

²² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III.3. S.137

Abb. 2



Treffsicherheit des Mammographie-Screenings²³

Abb. 3

	Ohne Mammographie Screening	Mit Mammographie Screening
Stichtzahl der Frauen	1000	1000
Beobachtungszeitraum (Jahre)	10	10
Screening Mammographien	-	5000
Mortalität Brustkrebs	4	3
Unterschied		
Senkung der Sterblichkeit (Relativ-%)		25%
Senkung der Sterblichkeit (Absolut-%)		0.1%

Nutzen des Mammographie-Screenings²³

Abb. 4

	Ohne Screening	Mit Screening
Gründzahl der Frauen	1000	1000
Krankheitsfälle	100	100
Todesfälle	10	10
Diagnose Brustkrebs	20	25
Überlebende Brustkrebs	15	15
Überlebende Brustkrebs (5 Jahre)	10	10
Überlebende Brustkrebs (10 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (15 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (20 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (25 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (30 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (35 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (40 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (45 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (50 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (55 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (60 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (65 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (70 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (75 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (80 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (85 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (90 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (95 Jahre)	5	5
Überlebende Brustkrebs (100 Jahre)	5	5

Nutzen und Schaden²⁴

Über die möglichen Schäden lässt sich folgendes sagen:

Eine Berechnung für ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening bei Frauen über 50 Jahre sieht folgendermaßen aus:

- 3 von 1.000 Frauen haben nach 10 Jahren einen eindeutigen Benefit (Lebensverlängerung)
- bei 8 Frauen ist der Nutzen einer durch das Screening frühzeitig gestellten Diagnose unklar
- 27 Frauen erleiden einen eindeutigen Nachteil durch das Screening und
- 962 Frauen haben weder Vor- noch Nachteile durch das Screening²⁴

Dies macht deutlich:

- Grundsätzlich ist Screening mit ethischen Fragestellungen verbunden. Zwar kann Screening im günstigen Fall Todesfälle verhindern, im ungünstigen Fall kann es jedoch zu falsch positiven oder falsch negativen Ergebnissen kommen mit gravierenden Konsequenzen für die betroffenen Person und ihre Angehörigen.²⁵ Darüber zu informieren ist eine ethische Verpflichtung, der in den meisten Fällen nicht nachgekommen wird.²⁶
- Frauen überschätzen sowohl ihr Brustkrebsrisiko als auch die Wahrscheinlichkeit, durch Screening den Tod an Brustkrebs zu vermeiden. Häufig sind auch falsche Vorstellungen über die Brustkrebsentstehung.²⁷
- Die Art der Darstellung und Kommunikation der erwünschten und unerwünschten Wirkungen kommt ausschlaggebende Bedeutung zu für die Entscheidung der Frau

²³ Koubenec HJ, Hoffrage U. Mammographie-Screening: Warum überschätzen wir den Nutzen?

http://www.brustkrebs-berlin.de/mammographie-screening/seno-2000_poster01.htm (Zugang geprüft 24.1.2002)

²⁴ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Band III 3, a.a.O. S.136

²⁵ Brett J, Austoker J, Ong G. Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multicentre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Pub Health Med* 1998; 20: 396-403

²⁶ Austoker J. Gaining informed consent for screening. *BMJ* 1999;319:722-723

²⁷ Slaytor EK, Ward JE. Women's perception of risk of cancer. *BMJ* 1998;317:542

für oder gegen das Screening.²⁸ Bei einer Untersuchung von Informationsmaterialien zu verschiedenen Brustkrebs-Screening-Programmen fiel auf, dass den Frauen lediglich die relative Risikoreduktion mitgeteilt wird jedoch in keinem Fall die absolute Risikoreduktion.²⁹

Die Motivation der enthusiastischen Mammographie-Screening- Befürworter zu würdigen, fiel leichter, wenn sie sich energisch dafür einsetzen würden, dass alle Frauen alle bedeutsamen Informationen für eine fundierte eigene Entscheidungen erhielten. Davon kann aber leider keine Rede sein, auch nicht in Bremen, wo ich die Einführung des Modellprogramms Mammographie-Screening aus nächster Nähe miterleben durfte. Noch immer werden die Frauen mit Aussagen wie "1 von 9 Frauen kriegt Brustkrebs" hineingeschreckt bzw. mit der Aussage "Das Sterberisiko an Brustkrebs um 25 % senken" hineingelockt.

M.E. muss es also auch hier darum gehen, die Frauen ernst zu nehmen, sie adäquat nach definierten Standards zu informieren und ihre Entscheidung zu respektieren. Davon sind wir derzeit weit entfernt.

Standards für eine informierte Entscheidung der Patientinnen bezüglich Screening-Untersuchungen liegen vor und sind beispielsweise in England Teil der Berufsordnung.³⁰

Abb. 5



Good Medical Practice- Englische Berufsordnung

Dabei geht es um relevante, ehrliche, verständliche und präzise Informationen.

Die Informationsbedürfnisse von Patienten sind bekannt.³¹ Entsprechende Materialien müssen unter Einbezug von Patientinnen erarbeitet werden.³²

Die derzeitigen Konzepte für ein Mammographie-Screening-Programm und die damit einhergehende Informationspolitik sind durchdrungen von einem paternalistischen, also väterlich-bevormundenden Geist. Den Frauen werden Informationen über mögliche unerwünschte Wirkungen weitgehend vorenthalten ebenso wie die wissenschaftliche Ungewissheit. Der für die einzelne Frau geringe potentielle Nutzen wird verschleiert, indem ausschließlich die relative Risikominderung angegeben wird, die absolute Risikominderung jedoch vorenthalten wird. Diese unaufrichtige Informationsstrategie macht nachdenklich, was die Motive der enthusiastischen Befürworter angeht.

Das letzte Wort über den Sinn und Unsinn eines bevölkerungsweiten qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings ist noch nicht gesprochen. Der Medizinbetrieb hat jedoch schon lange Fakten geschaffen, die es zumindest als das kleinere Übel erscheinen lassen. Denn bereits jetzt werden pro Jahr geschätzte 2 - 4 Mio. Mammographie-Untersuchungen als Vorsorgeuntersuchung durchgeführt, jedoch nicht als solche deklariert. Bei fehlender Qualitätssicherung werden hier nach Expertenschätzungen jährlich ca. 200.000 falsch positive Befunde produziert, die zu etwa 100.000 unnötigen operativen Biopsien führen.³³ **Fazit**

²⁸ Wyatt J. Same information, different decisions: format counts. BMJ 1999;318:1501-1502

²⁹ Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. BMJ 1998;317:263-264

³⁰ General Medical Council. Consent to screening. in: Seeking patients' consent: the ethical considerations. London: November 1998 URL http://www.gmc-uk.org/standards/standards_frameset.htm - standards/consent (Zugang geprüft 24.1.2002)

³¹ Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999;318:318-322

³² Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999;319:780-782

³³ Koubenec, H.-J. (2000): Mammographie-Screening: Überschätzen wir den Nutzen? Berliner Ärzte 8/2000. zitiert nach SVR 2001 III.3:138

- Unterschiedliche Sozialisation, Rollenerwartungen und Lebensbedingungen führen dazu, dass sich Frauen und Männer auch jenseits der Reproduktionsorgane in Fragen von Gesundheit und Krankheit unterscheiden.
 - Frauen und Männer empfinden und deuten Krankheitssymptome unterschiedlich.
 - Frauen und Männer gehen mit Krankheit unterschiedlich um. Sie geben ihr eine unterschiedliche Bedeutung, verarbeiten sie unterschiedlich und integrieren sie unterschiedlich in ihr Leben. Dies kann starke Auswirkungen auf die Durchführung und Ergebnisse einer Therapie haben.
- Die Medizin und das Gesundheitsversorgungssystem mit ihrer biomedizinischen Einäugigkeit haben sich diesen Fragen noch nicht geöffnet. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind die Folge.
- Es ist an der Zeit, dass sich die Medizin und das Gesundheitsversorgungssystem einer geschlechtersensiblen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit öffnen.
- Davon profitieren wir alle, Frauen wie Männer.

Prof. Dr. med. David Klemperer
Fachhochschule Regensburg, Fachbereich Sozialwesen
Seybothstraße 5
93053 Regensburg
david.klemperer@soz.fh-regensburg.de