

## WAS DIE REKLAME FÜR DARMKREBSFRÜHERKENNUNG NICHT SAGT

(Prof. Dr. E.Uhlich, Hofheim/Ufr.  
Evang. Akademie Tutzing, 10.-12.Sept.2010)

Wenn mich Dr. Birkner<sup>1</sup> fragen würde, ob ich nicht zur Früherkennungskoloskopie zu ihm kommen wollte, wäre ich für seine Sorge um meine Gesundheit sehr dankbar. Aber ich würde ablehnen.

Für meine Zurückhaltung bin ich ihm eine Erklärung schuldig, denn:

- Wir kennen uns schon seit über 30 Jahren.
- Wir haben gemeinsam an der Uniklinik hier in München gearbeitet.
- Er hat mich vor Jahren schon einmal wochenlang in meinem kleinen Krankenhaus vertreten.
- Wir haben ein prima kollegiales Verhältnis zueinander.

Nun setzen wir uns hier zusammen, um uns auseinander zu setzen.  
Und Sie sind dabei.

Seine Argumente – nämlich die des Befürworters – haben Sie soeben gehört. Nun meine Argumente. Es sind die eines skeptischen Kritikers.

### I.

Der erste Schritt *meiner* Strategie nimmt Sie – so wie wir das gelernt haben – mit zu einem orientierenden kurzen

#### „Blick in die Fachliteratur“

Hierbei erleben wir die erste Überraschung. Sie lautet: „Ein Erfolg der Früherkennungskoloskopie beim Darmkarzinom ist *nicht belegt*“.

- Nirgends finde ich den Nachweis einer Abnahme der Sterberate an Darmkrebs nach Früherkennungskoloskopie zweifelsfrei statistisch bewiesen. Besonders nicht durch eine wissenschaftliche Arbeit in einer renommierten medizinischen Zeitschrift.
- Bis jetzt gibt es keine einzige randomisierte und kontrollierte Studie, die den Nutzen der Früherkennungs-Darmspiegelung für ein Land definitiv belegt.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Birkner, B.: "Darmkrebs: Nutzen und Schaden praktizierter Untersuchungen" in: „Vorsorgeuntersuchungen zwischen Reklame und Verriss“ Evang. Akademie Tutzing 10.-12.09.2010.

<sup>2</sup> Der Spiegel, 17, S.132 (2009)

Diese schockierende Feststellung gestattet es mir, die Koloskopie bei der Darmkrebsfrüherkennung so zu charakterisieren: sie ist

- für den Arzt allenfalls eine Arbeitshypothese, sozusagen ein unbewiesener Glaubenssatz,
- für den wirklich einmal entdeckten Patienten ein Glücksfall und
- für alle anderen, die daran verdienen, ein einträgliches Geschäft.

Überraschend nahm in Deutschland die Zahl der Todesfälle an Darmkrebs aber wirklich einmal ab. Und zwar um fast 20%.

Allerdings in der Zeit von 1992 bis 2002. Und da gab es überhaupt noch keine institutionalisierte Früherkennung<sup>3</sup>.

Von einer vergleichbar deutlichen Senkung der Todesfälle ist mir jetzt - *nach* Beginn der Früherkennungsära - nichts bekannt.

Doch zurück zum Literaturstudium! Natürlich gibt es „Gedrucktes“.

So gilt ein 150-Seiten-Büchlein mit dem Titel **Das „Modellprojekt Früherkennung des kolorektalen Karzinoms“**<sup>4</sup> als das Standardwerk der Befürworter. In ihm wird über ein Programm berichtet, das durch einen immensen Aufwand imponiert. Es wurden ca. 30.000 Probanden in Südbayern untersucht, inkl. Fragebögen, Blut-im-Stuhl-Tests und dann etwa 9000 Koloskopien.

Entscheidender Einwand meinerseits:

Der Anlass für die Koloskopie in diesem Projekt war in vielen Fällen die „Okkultblutuntersuchung“. Dies bedeutet aber, dass es sich bei diesen Probanden eben nicht um völlig asymptomatische Darmgesunde – über die wir hier eigentlich reden – handelte, sondern um eine gewisse Vorauswahl. Genau genommen wurden hier also in der Mehrzahl sozusagen „Patienten“ mit dem Symptom „Blut im Stuhl“ koloskopiert. Die Rate der dann diagnostizierten pathologischen Befunde musste natürlich höher sein als bei einem Vergleichskollektiv *ohne* jeden krankhaften Vorbefund.

Als Kronzeuge für die Sinnhaftigkeit von Früherkennungskoloskopien im Sinne unserer Thematik taugt diese Arbeit daher also sicher nicht.

Schauen wir noch kurz in die „**Annals of Internal Medicine**“. Dies ist eine der führenden, englischsprachigen medizinischen Fachzeitschriften der Welt. Hier findet sich aktuell eine Arbeit unter der Überschrift „die Effektivität der Koloskopie zur Verhütung von Todesfällen durch ein Kolonkarzinom“. Also genau unser Thema. Das Ergebnis (ich zitiere):

<sup>3</sup> Angabe des statistischen Bundesamtes 2009. (berechnet auf eine Einwohnerzahl von 100.000 von 30 auf 25)

<sup>4</sup> Altenhofen, L: u.a. Deutscher Ärzteverlag, Köln (1999): ursprünglich 30.000 Menschen aus Südbayern, bei denen 14.000 an mindestens 5 Screeningrunden teilnahmen mit ca. 9-10.000 Koloskopien.

„die Studie zeigt, dass die Koloskopie kein perfekter Test ist, um Todesfälle durch ein Kolonkarzinom zu verhüten“.<sup>5</sup>

Ich beende damit den kurzen Blick in die Literatur. Mein Diskussionspartner weiß im übrigen so gut wie ich, dass man nahezu immer und für jedes Argument eine lange passende Literaturliste herausfinden kann.

## II.

Schauen wir nun in unserer Argumentationskette (nochmals) auf die  
**„Methode der Koloskopie“**.

Die Endoskopie ist im Grundsatz und ohne jeden Zweifel eine der informations- und damit segensreichsten bildgebenden Verfahren in der modernen Medizin. Kein Dissens mit meinem Vorredner! Sie ist mäßig belästigend und schädigungsarm.

Im Gegensatz übrigens zu dem bei der Allgemeinheit - und damit dem größten Teil unserer Patienten - so beliebten **CT**. Daher an dieser Stelle ein kurzer Warn-Hinweis: Jeder Untersuchte bekommt bei einer CT-Untersuchung (durchschnittlich) *das Hundertfache der Strahlendosis*<sup>6</sup> einer Röntgenaufnahme der Lunge appliziert.

Genau dazu erschien soeben eine seriöse und beängstigende aktuelle Studie aus Amerika. Dort finden täglich 20.000 CT-Untersuchungen statt! Und die Autoren befürchten allein durch diese CT-Untersuchungen in der Zukunft mehrere Zehntausend zusätzliche Krebserkrankungen<sup>6</sup>.

In Deutschland haben wir einen Bestand von 3000 CT-Geräten<sup>7</sup>. Jeden vierten Tag geht ein weiteres, neues CT-Gerät in Betrieb. Die Zahlen – und damit die Sorgen vor Tumorherzeugung – sind ganz ähnlich<sup>8</sup>.

Ich warne abschließend davor, CT-Untersuchungen im breitesten Stil für irgendeine Früherkennung zu propagieren. Nicht nur wegen der Strahlenbelastung, sondern auch, weil auf einen so erkannten Tumorpatienten fast 20 (!) „Fehlalarme“ kommen<sup>9</sup>.

Zurück zur Koloskopie.

<sup>5</sup> Baxter, N.N. et al.: “Association of Colonoscopy and Death From Colorectal Cancer.” : Annals of Internal Medicine 150, 1-9 (2009)

<sup>6</sup> Redberg, R.,F.: “Cancer risks and radiation exposure from computed tomographic scans”. Arch. Internal Med. 169(22), 2049 (2009) und Smith-Bindman, R.: “Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer” .Arch. Internal Med. 169(22)2078 (2009).

<sup>6</sup> s. o. Redberg, R.F....die Strahlendosen waren zwar „relativ niedrig“, erreichten aber bei 20% 3 bis 20 mSv und in mehr als 2% der Untersuchten „sehr hohe“ Dosen zwischen 20 und mehr als 50 mSv. (Rö-Thorax ca. 0,2 mSv)

<sup>7</sup> Irene.Beckmann@destatis.de

<sup>8</sup> ZVEI\_EM\_Daten\_Trends\_2005.pdf und Romahn (mündl. Auskunft, 2010) Schätzung in Deutschland ca. 10 Mio CT's pro Jahr. S.a.: [www.umweltbundesamt-daten-zur-umwelt.de](http://www.umweltbundesamt-daten-zur-umwelt.de) (jährlich 1 CT in Deutschland für jeden 10 Bundesbürger)

<sup>9</sup> Versicherungsmedizin 62, 132 (2010), dort zitiert Thieme eine große Untersuchungsserie aus Japan.

In Deutschland gibt es etwa 2.500 „Endoskopie-Abteilungen oder – Praxen“. Wie viele Koloskopien dort durchgeführt werden, ist unbekannt. Bei 0,6 Mio. Koloskopien allein für die Früherkennung<sup>10</sup> im Jahr 2004 dürfte die Zahl in Deutschland bei rund einer  $\frac{3}{4}$  bis 1 Million Darmspiegelungen jährlich liegen.

Doch nun zur Methodik der Darmspiegelung im engeren Sinne

### **A. Was also sind die Risiken dieser Methode?**

Als sogenannte „schwere Komplikationen“ kommen bei der Koloskopie **Blutungen** und **Perforationen** seitens des Darmes, **Kreislaufprobleme** (fast immer zu beheben) und sehr, sehr selten auch Todesfälle vor.

Bei der Darmspiegelung kann der Arzt entweder „nur“ endoskopieren, also schauen. Das ist natürlich weniger risikobeladen. Oder er kann durch das Gerät operieren, etwa Polypen entfernen. Das birgt eine höhere Komplikationsrate. Die dem Fachmann bekannten Zahlen<sup>11</sup> drücke ich einmal so aus, dass man sich etwas darunter vorstellen kann:

Durch die Früherkennungskoloskopie (also bei „Darmgesunden“, bei denen zudem *keinerlei* endoskopische Eingriffe stattfinden) werden in Deutschland pro Woche mehr als *10 Darmblutungen* und mehr als *2* (meist operationspflichtige) *Perforationen* erzeugt.

Noch ein Wort zur Mortalitäts- also Sterberate bei der Koloskopie. Sie liegt insgesamt bei etwa 0,02%<sup>12</sup>. Wieder umgerechnet in eine Zahl, mit der man etwas anfangen kann, bedeutet dies: Etwa 1-200 Todesfälle in Deutschland jährlich durch die bzw. bei der Darmspiegelung.

Der Fairness halber ergänze ich, dass diese Zahl vorwiegend auf Schwerstkranke in der Klinik zutrifft (bei denen durch das Gerät operiert wird) und sich auf solche Patienten bezieht, die ohnedies kritisch krank sind. Ob auch bei der Früherkennung – also bei „Gesunden“ – Todesfälle vorkommen, ist nicht bekannt aber auch nicht mit aller Sicherheit auszuschließen.

**Zusammenfassend** übernehme ich einen Satz von Klaus Koch, der in seinem Buch „Untersuchungen zur Früherkennung“ (dem Sinne nach) etwa so formuliert: „...wenn überhaupt nur wenige von der Früherkennung profitieren, können auch seltene Komplikationen den Nutzen bei den anderen wieder aufheben...“<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Pressemitteilung der KBV vom 23.02.2006 ([www.kbv.de/7610.html](http://www.kbv.de/7610.html))

<sup>11</sup> Beim alleinigen Endoskopieren kommt es in 0,25% zu Blutungen. Bei Operationen sind sie 4 x häufiger. Perforationen sind beim alleinigen Endoskopieren selten und kommen nur in 0,06% vor. Bei Operationen vervielfacht sich diese Komplikation.

<sup>12</sup> Zur „Mortalität“ (Todesfälle bei der Koloskopie) finden sich bei Frühmorgen (1979, 1990) und bei Sieg (2001) übereinstimmend Werte bei 0,02%. Dies ergäbe bei 0,55 Mio. Koloskopien in Deutschland etwa 100 Todesfälle jährlich als unmittelbare Untersuchungsfolge.

<sup>13</sup> Koch, K.: Stiftung Warentest: „Untersuchungen zur Früherkennung-Nutzen und Risiken“ Berlin (2005)

## **B. Und wie steht es um die **Effektivität der Methode?****

Unter „Effektivität“ verstehe ich das Maß der Wirksamkeit einer Methode. Bei unserer Frage geht es also um die Sicherheit, krankhafte Befunde im Darm mit der Koloskopie tatsächlich auch zu sehen und zu finden.

Einzelfälle haben zwar nie eine statistische Aussagekraft, aber sie sind einprägsam und weisen auf bedenkenswerte Aspekte hin. Daher an dieser Stelle ein Hinweis auf die Praxis einer mir benachbarten Allgemeinärztin<sup>14</sup>. Es geht um zwei Patientinnen. Bei beiden wurde kürzlich ein Kolonkarzinom festgestellt.

Was ich aber *eigentlich* sagen will: Beide Patientinnen sind innerhalb der letzten 2 Jahre bei der Vorsorgekoloskopie gewesen. Das Ergebnis damals jeweils: „kein Karzinom“.

Wir stellen also fest: Wenn diese Karzinome nicht im letzten Jahr entstanden sind, müssen sie bei der Untersuchung übersehen worden sein. Und wir folgern daraus, dass *auch* die Koloskopie *nicht* unfehlbar ist. Und nehmen (mit anderen, s.a.Koch) an, dass vielleicht jeder 10. pathologische Befund übersehen wird: die Zahl „falsch-negativer Befunde“ ist also recht erklecklich.

Doch zurück zur Statistik:

Wie sind denn nun die Erfahrungen beim Programm zur Früherkennung, also bei den umworbenen beschwerdefreien „Darmgesunden“?

Das Ergebnis meiner Recherche:

die „Trefferquote“, ergibt in nur etwa 1% (oder noch seltener) einen bösartigen Darmtumor.<sup>15</sup> Für die Untersuchten ist das natürlich sehr beruhigend. Die Zahl bedeutet aber auch, dass 99 von 100 Probanden die Untersuchung sozusagen überflüssigerweise über sich haben ergehen lassen.

Wir können dieses Ergebnis natürlich auch anders formulieren. Nämlich so: Die zur Untersuchung kommenden Menschen können sich schon *vor* der Koloskopie zu 99% sicher sein, keinen Darmkrebs zu haben.

Ich frage:

Wo im Leben ganz allgemein gibt es eine auch nur annähernd vergleichbar hohe Sicherheit?

Und im Medizinbereich?

<sup>14</sup> Dr. Bendig, mündl. Mitteilung (2010)

<sup>15</sup> so die Auskunft aus der einschlägigen Literatur oder auch nach Erfahrungen der allermeisten Fachleute, wie Dr.Birkner (München), Dr. Ernst (Schweinfurt) u.v.a.

Ich frage also weiter:

Müsste man jetzt (in der Medizin) nicht sofort mit gleicher Vehemenz eine **Herzkatheteruntersuchung** bei allen über 60-jährigen fordern? Begründung: hier droht mit Sicherheit bei mehr als nur bei einem von 100 Untersuchten in Kürze ein Infarkt.

Denn in Deutschland sterben mindestens viermal mehr Menschen an einem Herzinfarkt als an einem Darmkrebs<sup>16</sup>.

Oder sollten wir nicht mit gleichem Recht eine **Bronchoskopie** zur Früherkennung eines Lungenkrebses empfehlen?

Krebse in der Lunge sind fast so häufig wie die im Darm!<sup>17</sup>

Ehe wir nun einen Schritt weitergehen, müssen wir uns unbedingt noch einmal um unseren *einen* gefundenen Tumor-Patienten kümmern. Denn bei dem sieht das alles ganz, ganz anders aus.

- **Der Patient** ahnt nicht, dass 100 Koloskopien nötig waren, um gerade ihn herauszufinden. Nur sein Arzt weiß, dass sich seine Diagnostikkosten damit sozusagen ‚gesundheitsökonomisch‘ schlagartig ver Hundertfachen und sich addieren zu rund 25.000 Euro (etwa so viel, wie ½ Jahr Dialysetherapie kostet<sup>18</sup> oder auch eine Knochenmarktransplantation).
- **Der Patient** kann nur hoffen, dass noch keine Metastasen vorhanden sind. Nur sein Arzt weiß, dass jeder 5. bei der Vorsorge entdeckte Tumorpatient eben doch schon Fernmetastasen hat<sup>19</sup> und die Prognose daher gleich ganz, ganz düster wird.
- **Der Patient** wünscht sich sehnlichst, dass er alle für notwendig gehaltenen Therapien gut übersteht<sup>20</sup>. Nur sein Arzt weiß, dass die Behandlung allenfalls bei jedem Zweiten wirklich erfolgreich ist<sup>21</sup>.

Nirgendwo sonst wird der Widerspruch so deutlich wie hier. Der Widerspruch nämlich zwischen dem allzu oft schicksalhaften Verlauf dieser Tumorerkrankung einerseits und der Angst von uns allen vor diesem Krebs und auf der anderen Seite den bagatellisierenden Banalitäten jener Hochglanz-Werbebrochure, die meint, „Darmkrebs lässt sich durch frühzeitige Vorsorge verhindern“<sup>22</sup>.

<sup>16</sup> [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

<sup>17</sup> Den etwa 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr von Darmkrebs stehen etwa 50.000 Bronchial/Lungenkrebs gegenüber ([www.g-csf.at](http://www.g-csf.at); [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de))

<sup>18</sup> ganz überschlägig mit 300 Euro/Dialyse eingesetzt ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de))

<sup>19</sup> Tumorregister München, Jahrbuch 1998

<sup>20</sup> Dazu der Max-Planck-Forscher Hans Lehrach: „Wir behandeln 80% der Krebspatienten mit Medikamenten, die bei ihnen gar nicht wirken, sie sind hinterher kränker und ärmer als zuvor“ (DIE ZEIT Nr. 5, S.31 (2010))

<sup>21</sup> Tumorregister München 1998

<sup>22</sup> Flyer Felix-Burda-Stiftung s.a. [www.felix-burda-stiftung.de](http://www.felix-burda-stiftung.de)

Nun wird beim weiteren Nachdenken klar, dass es beim „Heilsversprechen Darmkrebsfrüherkennung“ keineswegs nur auf die „Effektivität“ ankommt – also darauf, mögliche Karzinome auch zu finden. Fast entscheidender noch ist für dieses neue Programm die „Effizienz“. „Effizienz“ steht dabei für das Maß der Wirtschaftlichkeit. Es geht hierbei also um nicht mehr und nicht weniger als die „Kosten-Nutzen-Relation“ der Methode. Genau dem wollen wir uns im nächsten Schritt zuwenden:

### **C. Die Kosten-Nutzen-Analyse** **(die Effizienz des Früherkennungsprogramms).....**

.... und das Nachdenken über sie ist allerdings mit den Fußangeln von Hypothesen, den spitzen Steinen fachfremder Interessen sowie den Tretminen unbewiesener Annahmen nur so gespickt. Wir lassen uns aber nicht abschrecken!

Zu den Kosten überlege ich mir folgende Zahlen:

- einen „Früherkennungskrebspatienten“ zu finden „kostet“ uns etwa 25.000 Euro. Als Zugabe wurden für diesen Betrag bei anderen Untersuchten vielleicht Polypen entfernt. Ob damit auch zukünftige Karzinome verhindert wurden, weiß kein Mensch.
- Ein Arzt benötigt bei einer extrem hohen Untersuchungsfrequenz von – sagen wir – 40 Darmspiegelungen pro Woche statistisch zwei bis drei Wochen, um einen Patienten zu finden.
- Dieser eine ausschließlich Därme spiegelnde Arzt diagnostiziert also im Jahr vielleicht 20 Karzinom-Patienten im Frühstadium.
- In Deutschland erkranken aber pro Jahr 70.000 an einem Kolonkarzinom.
- Selbst wenn Tausend<sup>23</sup> Endoskopiker, also ausschließlich „Darmspiegler“, in Deutschland neu tätig würden, bliebe sicher einerseits einigen wenigen meist älteren Menschen der Tod am Kolonkarzinom erspart.
- Wir hätten dafür Hunderte von Millionen Euro zusätzlich in das Gesundheitssystem gepumpt. An eine Kostenersparnis durch dieses Programm (oder gar an einen „volkswirtschaftlichen Nutzen“) zu glauben, ist Zweckoptimismus. Kaum jemand glaubt heute mehr daran.

<sup>23</sup> etwa die Zahl der derzeit (2010) unbesetzten (fehlenden!) Allgemeinarztpraxen in den neuen Bundesländern.

Als abschließende Frage bleibt offen, ob nun dieser Aufwand (weil gerechtfertigt) forciert werden muss oder ob er (weil nicht mehr bezahlbar) gestoppt werden sollte.

Dies muss jeder einzelne von uns (und am Ende natürlich die Solidargemeinschaft) beantworten.

Wir verlassen nun die Ebene der Statistiken und fassen diesen zweiten Abschnitt über Risiken, Effektivität und Effizienz so zusammen:

#### Früherkennungsuntersuchungen

- geben keine endgültige Sicherheit, nicht *doch* an einem Darmkrebs zu erkranken<sup>24</sup>
- verhindern allenfalls höchst selten eine Krebserkrankung,
- haben methodische Fehler (falsch-positive Befunde und falsch-negative)
- sind nicht schmerzfrei, eher belastend,
- sind mit einem gewissen Risiko verbunden,
- sie sind sehr kostenintensiv<sup>25</sup> und
- keineswegs jede Frühdiagnose und –behandlung führt immer auch zu besseren Ergebnissen

### III.

Wenden wir uns nun dem letzten Abschnitt zu, er ist zweigeteilt:

Im ersten Teil geht es um „Stiftungen“,  
im zweiten um eine „Gesamteinordnung“ und den grundsätzlichen Stellenwert der Vorsorge aus meiner Sicht.

#### 1. Bei Stiftungen.....

....denke ich an die zunehmende Einflussnahme primär nicht medizinischer Institutionen oder Personen auf die Medizin und ihre Abläufe.

Beispiele hierfür hat es in großer Zahl und in den unterschiedlichsten Bereichen der Medizin gegeben. Groteske Fehlentscheidungen finden häufig genau da ihre Erklärung. Ich denke an

- die BSE-Hysterie, bei der hier Minister gefeuert und dort andere neu berufen wurden – grundlos – ,
- die Bestellung irrwitziger Mengen nicht benötigter Impfstoffe für eine nicht gefährliche Grippe – sinnlos – , oder da war

<sup>24</sup> nach: [www.Gesundheitsinformation.de](http://www.Gesundheitsinformation.de) (vom 29.09.2009)

<sup>25</sup> laut Bundesministerium für Gesundheit betrug die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen 2009 insgesamt durchschnittlich 8,2%, für Früherkennungsmaßnahmen jedoch 21,5% (etwa das 3-fache).



- der Ministerpräsident, der „seine“ Unikliniken in Hessen einfach an einen Privatkonzern verkaufte – verantwortungslos –
- diese Liste: endlos.

Bei *unserer* Thematik gehört die „Felix-Burda-Stiftung“ in diese Reihe privater Aktivitäten.

Der entscheidende „Motor“ dieser Stiftung ist Frau Dr. Christa Maar, eine promovierte Kunsthistorikerin. Sie war die erste Frau des Verlegers Burda. Und sie ist die Mutter eines vor 9 Jahren an einem Kolonkarzinom verstorbenen jungen Mannes. Dessen Tod war der Anlass, diese Stiftung zu gründen. Dabei fällt im Stab jener Stiftung ein hochkompetentes Managing- und Werbepersonal auf. Namhafte Endoskopieexperten wurden berufen. Geld steht nahezu grenzenlos zur Verfügung. Es wurden bemerkenswerte Strategien entwickelt, auf die ich gleich noch eingehe.

Ganz nebenbei: dieser Darmkrebs von Felix Burda ist in seinem jugendlichen Alter von 32 Jahre extrem selten (in Deutschland 2 Erkrankungen pro Jahr). In diesem jungen Alter verläuft die Erkrankung fast immer sehr rasch tödlich. Makabre Ironie der Medizin: Der Krebs dieses jungen Mannes wäre durch genau das Vorsorgeprogramm (das seinen Namen trägt und ab dem 55. Lebensjahr gilt) überhaupt nicht erfasst worden.

#### Was also befremdet mich an derartigen Stiftungen?

Die Art der Werbung im Sinne eines Heilsversprechens, der moralische Druck, der sehr subtil auf „potentielle Kunden“ aufgebaut wird. Mehr noch die raffinierte, leise Einflussnahme auf viele Entscheidungsprozesse in fachmedizinischen, kassenärztlichen, gesundheitspolitischen oder anderen medizinischen Bereichen.

#### Wollen wir das?

Tolerieren wir private Laieninitiativen und ihren Einfluss auf ur-ärztliches Handeln? Eine Einflussnahme, die bis zu Handlungsvorschriften reicht und natürlich wirtschaftliche Interessen verfolgt? Die so etwas wie Leitlinien vorgibt, die mit Ehrenpreisen, Kongressen und Belohnungen lockt (wie wir das von der Pharma- oder Geräteindustrie kennen)? Und die die Meinung vertritt „alles ist machbar, Krebs ist besiegbare“. Wo allein das Machbare zur Handlungsanweisung wird, nicht das Sinnvolle. Wo wir glauben, ein Recht darauf zu haben, nicht an Darmkrebs sterben zu müssen.

Hat aber nicht der alte Spruch: „Für die Gesundheit ist uns nichts zu teuer“ längst seine Berechtigung verloren? Hat er sich nicht gar ins Gegenteil verkehrt?

Müsste es heute nicht eher heißen: „Keineswegs alles, was machbar ist, kann immer auch bezahlt und damit angeboten werden“?

Ein **Patient** formulierte dies so: „In meiner Krankheit brauche ich nicht den besten Spezialisten, die aktuellsten Leitlinien oder die modernsten Geräte. Ich wünschte mir nur einen mitfühlenden Arzt“.

## 2. Bei der **Gesamteinordnung** von Früherkennungsmaßnahmen...

will ich in den letzten drei Minuten versuchen, die richtigen Proportionen zu finden und das bisher Gesagte ein wenig relativieren.

Denn ich bin mir ziemlich sicher, dass den Darmkrebs- (und anderen) Vorsorgeprogrammen *nicht* die Priorität zukommt, die ihnen zugeschrieben wird. Einiges dazu habe ich in den vergangenen Minuten ausgeführt.

Ich möchte also abschließend unser Streitthema in größere Systeme und andere Lebens- und Ortsbereiche einzuordnen versuchen.

Dazu formuliere ich fünf Fragen:

- 1.  
während der vergangenen halben Stunde (die Zeit meines Referates) ist der Schuldenberg Deutschlands um weitere 8 Millionen Euro gewachsen<sup>26</sup>. Die jährlichen Ausgaben im Gesundheitswesen sind um mehr als 8%, der Spitzenreiter „Vorsorgemaßnahmen“ gar um mehr als 22% gestiegen. Soll da die durchaus fragwürdige Früherkennungskoloskopie weiter forciert oder nicht doch – sinnvollerweise – eher reduziert werden?
- 2.  
Während genau dieser letzten halben Stunde sind in der Welt mehr als 500 Kinder unter 5 Jahren verhungert<sup>27</sup>. Hätten sie nicht alle eine Überlebenschance, wenn wir unsere Anspruchshaltung ein wenig einschränken würden?
- 3.  
Am heutigen Tag, dem 11.09.2010, sterben in Deutschland 2.300 Menschen<sup>28</sup>, nur 2% davon am Darmkrebs. Selbst wenn alle Thesen der Befürworter stimmten, wäre der Aufwand, nun ausgerechnet den Anteil der Darmkrebstodesfälle zu senken, immens und wohl sehr ineffizient. Wäre der Einsatz diese Mittel an anderer Stelle nicht viel sinnvoller?

<sup>26</sup> [www.miprox.de](http://www.miprox.de) Wachstum der Staatsverschuldung um etwa 4.500 Euro pro Sekunde

<sup>27</sup> [www.welthungerhilfe.de](http://www.welthungerhilfe.de): 9,2 Mio Kinder unter 5 Jahren verhungern jährlich (07.07.2009) und [www.derstandard.at/1256744872409](http://www.derstandard.at/1256744872409): 6 Mio Kinder verhungern in der Welt jährlich (16.11.2009)

<sup>28</sup> [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

- 4.  
In dieses Abschlusskaleidoskop gehört schließlich die vierte Frage, ob man beim Darmkrebs nicht auch den nahezu kostenfreien Weg der regelmäßigen körperlichen Bewegung empfehlen sollte? Wie man herausfand, soll dadurch eine Reduktion der Erkrankungsrate an Kolonkarzinomen um 25% zu erreichen sein.<sup>29</sup>

Stellen Sie sich das ganz praktisch so vor: Bei den etwa 8.000 Einwohnern von Tutzing erkranken jährlich 8 an einem Darmkrebs. Würden alle 8000 Tutzinger täglich eine Stunde Sport treiben, wären hier in Tutzing in den kommenden Jahren nur noch 6 Darmkarzinome jährlich zu erwarten.<sup>30</sup>

- 5.  
Deutschland ist schon lange nicht mehr der Nabel der medizinischen Welt. Was sagen eigentlich unsere Nachbarn (Schweiz, Skandinavien, England u.a.) zu diesem aufwendigen Programm? Sind sie nicht eher skeptisch und zurückhaltend? Vielleicht die richtige Einstellung!

#### IV.

Statt einer Zusammenfassung nenne ich für Dr. Birkner im letzten Satz *meine* Gründe für *meinen* ganz persönlichen Verzicht auf sein freundliches Angebot:

Mit nun 74 Jahren bin ich nach einem ebenso fesselnden wie befriedigenden Leben, das mich familiär reich beschenkt und beruflich erfüllt hat, lebenssatt (nicht allerdings lebensüberdrüssig).

Daher genügt mir die statistische 99%ige Sicherheit, kein Kolonkarzinom zu haben. Ich subsummiere einen Darmkrebs in mein allgemeines Lebensrisiko, das ich übernehme.

Wenn Sie dies als meinen Weg akzeptieren könnten, gäbe es bei der Diskussion um Früherkennungsmaßnahmen kaum einen Dissens zwischen uns. Denn Früherkennungsmaßnahmen – und das gilt für alle – müssen grundsätzlich

- für jeden Einzelnen persönlich festgelegt werden,
- nach umfassender Information und
- ohne jede Fremdbestimmung.

<sup>29</sup> [www.aerzteblatt.de/nachrichten/35413](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35413): Körperliche Bewegung beugt Kolonkarzinom vor (12.02.2009)

<sup>30</sup> nach einer Metaanalyse von K. Wolin im British Journal of Cancer (2009)