

Leserbriefe

Kolonkarzinom-Screening-Programm



Mit grossem Interesse habe ich den ausgezeichneten Artikel von Katrin Haldemann im Primary-Care Nr. 1/12 gelesen [1], der akkurat alle Fragen rund um dieses wichtige Problem beleuchtet. Dennoch bleibt mir – kurz vor Ende meiner beruflichen Tätigkeit – ein schales Gefühl: Ist Krebscreening wirklich erstrebenswert?

Die einzige 100prozentige Gewissheit in der Medizin ist der Tod. Alle sterben, und alle sterben an irgendetwas. Dabei gibt es grob gesehen drei ungefähr gleich grosse Gruppen von Todesursachen: kardiovaskuläre Komplikationen, Krebserkrankungen und den «Rest». Dieser Rest setzt sich in jüngerem Alter vorwiegend aus traumatisch und infektiös bedingten Todesfällen zusammen, im höheren Alter aus Infektionen und – dies vor allem und zunehmend – neurodegenerativen Leiden.

Wird nun die eine Gruppe kleiner – wie dies in den vergangenen Jahrzehnten der Gruppe der kardiovaskulären Krankheiten durch bessere Prävention und grosse Behandlungserfolge geschehen ist –, werden zwangsläufig die anderen Gruppen grösser. Salopp ausgedrückt: Wie wollen wir sterben? Plötzlich – durch ein kardiovaskuläres Ereignis aus dem Leben gerissen werden? Als Krebskranke das nahe Ende vor uns sehen? Oder alt im Pflegeheim verdrämmern?

Die erste Variante möchte jeder für sich selber erleben («aber nicht schon jetzt!»), sie ist aber für die Angehörigen traumatisch: eine Trennung ohne Abschied, oft mit viel Unerledigtem. Die dritte Variante will niemand, für sich selber nicht und auch für die Angehörigen nicht.

Krebskranke haben oft die Möglichkeit, den nahen Tod zu erkennen, auf ihr Leben zurück zu blicken und Unerledigtes zu bereinigen. Daraus ergeben sich manchmal fruchtbare Momente – für den Sterbenden, für die ihm Nahestehenden und – es sei nicht verschwiegen – auch für den betreuenden Hausarzt.

Das letztlich unerreichbare Ziel aller Screening-Bemühungen ist die Verhinderung vorzeitiger Todesfälle mit der Konsequenz, dass alle 95 bis 105 Jahre alt werden – mit kaum zu bewältigenden Folgen für Gesellschaft und Individuen. Wollen wir dies wirklich?

Dr. med. Gerhard Baumgartner, 3280 Murten

1 Haldemann K. Kolonkarzinom-Screening-Programm (KKP). *PrimaryCare*. 2012;12(1):11–3.

Replik

Als altgedienter Kollege legt Gerhard Baumgartner natürlich den Finger auf einen wunden Punkt bei Mortalitätsdaten: Die Lebensqualität bessert sich nicht automatisch, wenn wir Todesfälle (durch Screening-Programme) verhindern. Mortalitätsdaten sind dennoch wichtig, wenn wir Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen (und das wird von den Kostenträgern verlangt). Ebenso wichtig sind aber auch die Morbiditätsdaten: Durch ein systematisches Screening bzw. die Früherkennung lassen sich auch einige späte Krankheitsstadien verhindern, welche die Patienten oft mühsam durchleiden, bevor sie schliesslich daran sterben. Diese Verschiebung von den diagnostizierten fortgeschrittenen Karzinomen zu den diagnostizierten Karzinomen im Frühstadium ist durchaus ein Gewinn – zu welchem Aufwand (inklusive dem Verursachen von Schaden) allerdings, ist weiterhin diskussionswürdig. Und in Ausnahmefällen wird es innerhalb eines Screening-Programms auch gelingen, einen 55-jährigen davor zu bewahren, mit 60 das nahe Ende vor sich zu sehen; wenn ein solcher Patient dann mit 95 im Pflegeheim verdrämmert, hat er immerhin gut 30 Jahre mit guter Lebensqualität geschenkt bekommen.

Ich verstehe Ihre Überlegungen sehr gut, lieber Kollege Baumgartner. Auch ich erlebe gute Momente mit fortgeschritten Krebskranken, aber noch mehr erschütternde: Wenn es junge, vitale Menschen trifft (und das Darmkrebs-Screeningprogramm richtet sich an 50–69-jährige), dann ist der nahe Tod oft nicht «des Menschen bester Freund», wie ihn W.A. Mozart nannte, sondern ein unbarmherziger Feind – bis fast zum Lebensende.

Mein Fazit: «Das Kind mit dem Bade ausschütten» würde ich nicht. Ein massvolles Krebscreening – sei es systematisch oder wie bisher opportunistisch – bringt durchaus Mehrwert.

Dr. med. Stefan Neuner, Redaktor PrimaryCare