

# Die Anti-IGeL-Kampagne ist politisch motiviert

Gerda Enderer-Steinfurt

***Die gegenwärtige Kampagne gegen die IGeLeistungen muss sich als das einstufen lassen, was sie tatsächlich ist: ein politisch motivierter Feldzug gegen diejenigen Leistungen, die bei genauer Betrachtung die einzigen sind, die den Patienten guten Gewissens als Zusatzleistungen empfohlen werden können.***

In den Nachrichten und in verschiedenen TV-Magazinen wurde in den vergangenen Wochen und Monaten nicht etwa das absolut Überflüssige als entsprechend überflüssig gebrandmarkt. Keine einzige kritische Bemerkung erschien etwa gegen die „präventive“ Bestimmung von Tumormarkern oder die Vermarktung irgendwelcher esoterischer Extravaganzen. Auch von entbehrlichen Schwangerschaftstests oder geradezu kontraindizierten Korrekturen der Labien ist nirgends die Rede.

Dafür stürzen sich die schlecht beratenen Medien mit ungeheurer Verve auf die präventive Sonografie der Ovarien. Sie behaupten, dass der Nutzen dieser Untersuchung nicht erwiesen sei. Welchen Nutzen genau meinen sie?

## **Das Ovar gehört zum Fachgebiet und muss deshalb untersucht werden!**

Uns ist bekannt, dass die Senkung der Ovarialkarzinom-Mortalität durch eine regelmäßige sonografische Untersuchung der Ovarien im Rahmen der Krebsvorsorge noch nicht evidenzbasiert ist, obwohl ausnahmslos jede Patientin im Krankenhaus zunächst einem Ultraschall zugeführt wird. Dieser (noch) fehlende statistische Beweis kann aber nicht dazu führen, einer eingeführten bildgebenden Methode von vornherein jeden Nutzen abzusprechen! Eine derartige Denkweise könnte weite Bereiche der me-

dizinischen Diagnostik und Therapie auch in der Onkologie als überflüssig und sinnlos erscheinen lassen.

Ein Organ, das zwangsläufig dem eigenen Fachgebiet zuzuordnen ist und das potenziell bösartig erkranken kann, muss im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf jeden Fall untersucht werden.

Mit einer reinen Tastuntersuchung gelingt dies nicht so präzise, wie man sich das als erfahrener Palpationsspezialist wünschen würde. Selbst bei schlanken und entspannten Patientinnen erlaubt diese traditionelle Untersuchungsmethode nur Aussagen über die Größenverhältnisse im kleinen Becken. Bei adipösen oder verspannten Bauchdecken bleibt es beim gutwilligen Versuch ohne jedes Ergebnis.

Da gibt das einige Zentimeter entfernt stehende Ultraschallgerät mit seiner 7,5-MHz-Sonde schon etwas mehr an Informationen preis. Die Ovarien können in 70 bis 80 Prozent der Fälle eindeutig dargestellt werden. Zeigen sie ihr normales Muster an gleichmäßiger Echogenität und je nach Alter einzelne Follikelformationen, kann im Allgemeinen entwarnt werden.

Liegt eine einzelne, glatt begrenzte größere Zyste vor, so wird diese normalerweise zwar kontrolliert, aber nicht gleich Anlass zur invasiven Diagnostik geben. Meist stellt sie sich

retrospektiv als funktionelle Zyste heraus, die spontan verschwindet.

Auffälligkeiten wie randständige Binenechos oder Multilokularität mit breiten Septen führen aber selbstverständlich zur operativen Abklärung, auch wenn hier in einigen Fällen (bedauerlicherweise?) mit Benignomen zu rechnen ist. Wo sind wir eigentlich gelandet, dass neuerdings ein benigner Befund nur noch als „falsch positiv“ und nicht mehr als „glücklicherweise negativ“ eingestuft wird? Mit welchem Recht wird von einer morphologischen Methode eine Spezifität von einhundert Prozent verlangt?

## **Indikation zur OP: Ergebnis der Tastuntersuchung?**

Erinnert sich tatsächlich niemand mehr an die Zeiten, als die Indikation zur invasiven Diagnostik allein vom Palpationsbefund ausging? Als noch keine hochauflösende transvaginale Untersuchungsmöglichkeit existierte und lediglich der subjektive Eindruck einer „Raumforderung“ zu hektischer operativer Betätigung Anlass gab, kam so ziemlich alles unter das Messer, was sich vergrößert anfühlte. Das Ergebnis war eine mitunter flächendeckende Befreiung aller Frauen von ihrem Uterus sowie sicherheitshalber auch gleich von den Ovarien.

Diese Zeiten haben sich glücklicherweise geändert; dem technischen Fortschritt sei Dank. Wir können heute das Genitale bestens beurteilen und verhindern nahezu 90 Prozent der damals üblichen Eingriffe. Das soll gleichbedeutend mit Nutzlosigkeit sein?

Die Gegner der präventiven Vaginalsonografie scheinen sich eindeutig verrannt zu haben. Wir sollen ihrer Ansicht nach offensichtlich auch auf die verbliebenen 10 Prozent an operativen Eingriffen verzichten, weil sich hier – man höre und staune! – einige falsch positive Ergebnisse einschleichen könnten.

Das allerdings, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist ein ernsthafter Angriff auf jedes Prinzip individueller Diagnostik und letztlich auch Therapie.

Nur das, was von „Gremien“ unklarer Zusammensetzung als „valide“ und „belastbar“ freigegeben wird, soll in Zukunft zwischen Arzt und Patient noch gestattet sein? Ist den Befürwortern eines solchen Paradigmenwechsels klar, dass sie damit einen Großteil der heute üblichen ärztlichen Leistungen zur Disposition stellen?

Wir müssen an dieser Stelle nicht die GOÄ gemeinsam durchgehen, um festzustellen, dass es bei vielen anerkannten ärztlichen Verrichtungen keinen schlagenden Beweis – sprich: RCT-Untermauerung – für ihre Wirksamkeit oder Sinnhaftigkeit gibt. Das reicht von der Notfallmedizin zur Proktologie, von der Akupunktur zur Phlebologie, von der Mammografie zur Allergologie und schließlich von der Naturheilkunde zur Homöopathie. Diese Liste ist ausdrücklich beispielhaft und keinesfalls vollständig.

Dass der EBM als letztlich hilfloses Instrument des Mangels nicht für sich in Anspruch nehmen kann, die Grenzen der modernen Medizin abschließend festzulegen, sei nur am Rande erwähnt.

## Fazit

Die transvaginale Sonografie der Ovarien stellt gegenüber der reinen Tastuntersuchung einen klaren diagnostischen Fortschritt dar. Sie dient nicht der Vorsorge im engeren Sinn wie etwa die Koloskopie, sondern der früheren Erkennung suspekter ovarialer Strukturen, die nicht immer maligne sein müssen. Das ist eine Errungenschaft, die gewürdigt sein möchte. Die rechtzeitig erkannten Karzinome der letzten Jahre in den etwa 10.000 gynäkologischen Praxen sind nicht systematisch erfasst worden. Ihre Anzahl wird sich daher eher indirekt in den zukünftigen Zahlen

niederschlagen, wie jetzt schon aus der seit 1999 bundesweit rückläufigen Inzidenz des Ovarialkarzinoms – von >15 auf 11,5/100.000 Frauen (RKI 2011) – erkennbar ist.

Diese berechtigte Annahme einerseits und unsere Verpflichtung der einzelnen Patientin gegenüber andererseits führen zwangsläufig zu einer Einstufung der Ovarial- und Endometrium-Sonografie als überaus sinnvolle Zusatzleistung, auf deren Empfehlung kein Frauenarzt verzichten sollte.

Gegenteilige Anweisungen aus dem nichtärztlichen Lager sind als Versuch eines „Maulkorb-Erlasses“ unmissverständlich zurückzuweisen! Statt alles zu tun, um die Detektion des vielfach nur in höheren Stadien diagnostizierten Ovarialkarzinoms zu verbessern, zerstören die Kassen und die Verbraucherzentralen fahrlässig das wichtige Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis, unterminieren den unbestritten guten Ansatz des IGeL-Vaginalultraschalls und schaden somit den Frauen, statt ihnen zu nützen.



**Autorin**

**Dr. med.**  
**Gerda Enderer-Steinfort**  
Dürener Straße 245 a  
50931 Köln