

det bei 9,6 Jahren. Das ist für die Patientenkohorte ab 1995 bei gutem Follow-up bis zum Auswertungsdatum im Jahr 2005 real. Die Datenqualität und Selektionskriterien zu hinterfragen ist notwendig. Dies wurde im Artikel angesprochen und mit dem klinischen Ergebnissen der Kohorten ab der Diagnose entkräftet (1).

Spannend ist die Frage von Fink, ob sich durch zunehmend erfolgreichere adjuvante Behandlungen etwas verändert. Wird nur das Auftreten der Metastasierung verschoben („lead time“-Effekt)? Sind die heute sich entwickelnden Metastasen aggressiver, sodass Stagnation bereits ein Fortschritt wäre? Dem kann widersprochen werden: Da alle Metastasen Monate oder Jahre vor der Diagnose und Behandlung des Primärtumors entstanden sind, ist die Metastasierung bereits unterschiedlich weit fortgeschritten. Für nur partiell wirkende adjuvante und bei Metastasierung nicht kurative Therapien dürfte deshalb nur ein kleines Zeitfenster zur wirksamen Metastasenbehandlung bestehen. Weil sich aber das Metastasierungsmuster nicht verändert hat, dürften heute keine aggressiveren Metastasierungen auftreten als zu früheren Zeitpunkten. Zu fragen ist auch, ob eine Verlängerung des Überlebens nicht aufzudecken ist, weil es differenzielle Effekte gibt. Wenn ein Teil der Patienten länger lebt, andere aber früher sterben, könnten sich beide Effekte egalieren. Ein Cochrane Review legt dies nahe (2).

Es wäre erfreulich, wenn die neu entwickelten Therapien der letzten zwei bis drei Jahre zu Verbesserungen führen würden. Auch dann sollten die vergangenen Behandlungsergebnisse kritisch hinterfragt werden, um hieraus zu lernen. Wenn notwendige Diskussionen unterdrückt werden, ist dies ein Verzicht auf Wissenschaftlichkeit. Dies kann auch als fehlende Aufrichtigkeit gewertet werden, die Patienten Scharlatanen zutreibt. Die Patientin braucht eine selbstbewusste und selbstkritische Medizin, die Sinnvolles auf den Weg bringt und Sinnloses, wie DMP-Brustkrebs, anprangert (1).

Auch die Schriftgläubigkeit ist seit der Scholastik nicht mehr zeitgemäß. Was wurde nicht alles zur Hochdosis-Chemotherapie, zu vom Markt genommenen Medikamenten oder zur Hormonersatztherapie geschrieben. Die externe Validität auch guter Studien mit restrikti-

ven Einschlusskriterien ist unbekannt. Das allein erfordert Handeln. Wer keine eigene Erfahrung hat, kann sich nur auf Publikationen berufen. Beispielsweise auf den beeindruckend erscheinenden Fortschritt französischer Tumorzentren mit Behandlungskohorten aus den 1990er-Jahren (3). Allerdings sollten bei dieser Studie die schlechten Ergebnisse Anfang der 1990er-Jahre hinterfragt werden. Unsere Arbeit und die Leserbriefe sind ein Aufruf, die fulminanten Ergebnisse vom M. D. Anderson Hospital (4) mit eigenen Daten zu bestätigen.

Eine Lebensverlängerung von wenigen Wochen kann kein Arzt alleine feststellen, auch wenn er Hunderte Patienten behandelt. Relevante und erhoffte Verbesserungen der Lebensqualität dagegen sind erfahrbar und widersprechen nicht der nachgewiesenen Stagnation. Nichts Tendenziöses, wie H. T. Steinmetz vermutet, sondern Ethos steckt hinter dem Aufruf, Metastasierungen durch Screening zu vermeiden – vor dem Hintergrund, dass sich die Kosten für eine Vermeidung denen einer erfolglosen Behandlung nähern. Eine zeitgemäße moderne versorgungsbegleitende Dokumentation, die die interdisziplinäre Versorgung unterstützt und transparent macht, sollte als Herausforderung gesehen und kritisch erprobt werden. Dies berücksichtigt die Komplexität von Erkenntnisprozessen und deckt bestehende Risiken und reale Optimierungschancen in der Onkologie auf. Viele Diskussionen könnten auf dieser Basis weniger emotional, weniger kontrovers, vielleicht sogar zukunftsgestaltend geführt werden.

#### Literatur

1. Hölzel D et al.: Disease-Management-Programm Brustkrebs. Versorgungsrealität, Konzeptkritik und Perspektiven. Dtsch Arztebl 2004; 101(25): A 1810–9.
2. Wilcken N, Hornbuckle J, Ghersi D: Chemotherapy alone versus endocrine therapy alone for metastatic breast cancer (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. The Cochrane Library 2004.
3. Andre F, Slimane K, Bachelot T et al.: Breast cancer with synchronous metastases: trends in survival during a 14-year period. J Clin Oncol. 2004; 22: 3302–8.
4. Giordano SH et al.: Is breast cancer survival improving? Cancer. 2004; 100: 44–52.

Anne Schlesinger-Raab

Dr. med. Jutta Engel

Prof. Dr. rer. biol. hum. Dieter Hölzel

Klinikum Großhadern/IBE

Marchioninistraße 15, 81377 München

E-Mail: hoe@ibe.med.uni-muenchen.de

## DISKUSSION

zu dem Beitrag

### Frühzeitige psychologische Interventionen nach Traumatisierung

von

Dr. phil. Tanja Michael

Marta Lajtman, B. Sc.

Prof. Dr. rer. soc. Jürgen

Margraf

in Heft 33/2005

### Angemessen aufklären

Traumata erzeugen bei 15 bis 24 Prozent der Opfer eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (PTB). Beispielhaft werden Unfälle, Vergewaltigungen oder auch Kriegshandlungen genannt.

Aus eigener Erfahrung weiß ich jedoch, dass auch Patienten, die eine ausführliche differenzialdiagnostische Aufklärung bei angenommener maligner Krankheit erhalten haben, an PTB leiden können. Eindrucksvoll präsentierte eine Mitte 30-jährige Patientin eine entsprechende Symptomatologie, die ausgiebig bei nachweisbaren Speicherherden im Knochenszintigramm untersucht wurde und darüber informiert war, dass man nach einem in die Knochen metastasierenden Malignom fahnde. So kann die aktuell so sehr geliebte Aufklärungswut zur Krankheitsursache werden.

Nur allzu häufig wird vergessen, dass eine angemessene Aufklärung nur sinnvoll ist, wenn man sicher weiß, worüber man aufklären muss.

Prof. Dr. med. habil. Helmut W. Minne

Klinik Der Fürstenthof

Am Hylligen Born 7

31812 Bad Pyrmont

Die Autoren des Beitrags haben auf ein Schlusswort verzichtet.

Die Autoren aller Diskussionsbeiträge erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.