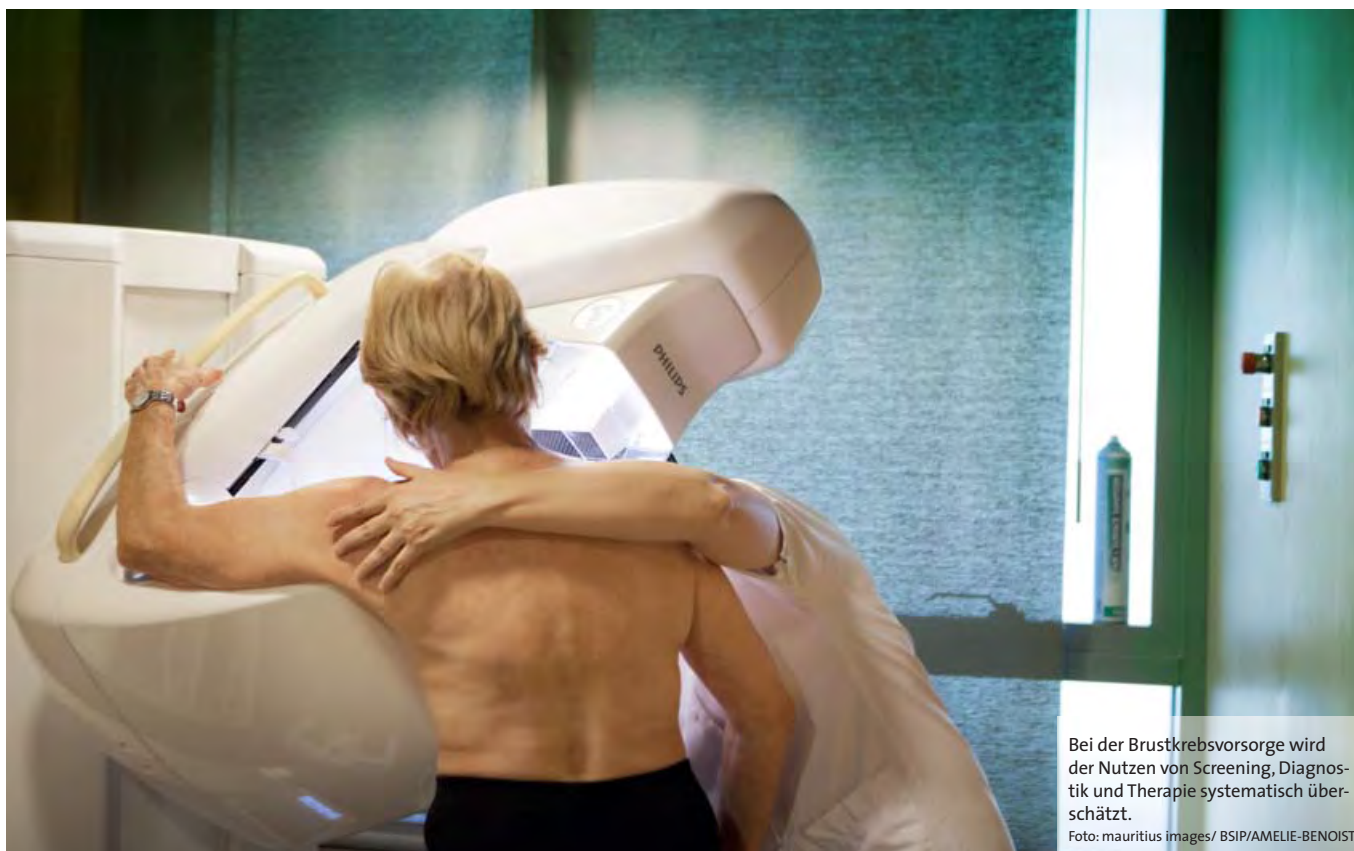


Medizin im Ungleichgewicht



Bei der Brustkrebsvorsorge wird der Nutzen von Screening, Diagnostik und Therapie systematisch überschätzt.

Foto: mauritius images/ BSIP/AMELIE-BENOIST

Über- und Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen

David Klemperer

Im Falle einer Erkrankung erwarten PatientInnen Hilfe von ÄrztInnen und Angehörigen anderer Therapieberufe. Sie hoffen auf Empfehlungen, wie das akute Leiden geheilt oder das Leben mit einer chronischen Erkrankung erleichtert werden kann. Unser Autor zeigt, dass die Frage nach dem Nutzen und Schaden einer Behandlung nur selten pauschal beantwortet werden kann. Aktuell gibt es in Deutschland in vielen Bereichen medizinischer Behandlung kein Gleichgewicht – Über- und Unterversorgung sind an der Tagesordnung.

Die Begriffe Überversorgung und Unterversorgung setzen voraus, dass es eine „richtige“ Versorgung gibt, also eine Versorgung, in der der Patient weder zu viele noch zu wenige medizinische Leistungen erhält. Der Maßstab für „richtig“ sollten die erwünschten Behandlungsergebnisse sein.

Das Wissen um Behandlungseffekte wächst, ist aber naturgemäß unvollständig. Darüber hinaus fassen Studien die Behandlungsergebnisse vieler Patienten zusammen. „Richtige“ Entscheidungen für konkrete Patienten erfordern Wissen über Nutzen und Schaden einer Behandlung. Der Behandlungserfolg beziehungsweise Nutzen ebenso wie die unerwünschten Ergebnisse oder der Schaden lassen sich stets nur als Wahrscheinlichkeit vorhersagen, soweit Daten aus Studien vorliegen.

Nutzen, Schaden und Wirksamkeit

Unter Nutzen sind kausal begründete positive Effekte zu verstehen, unter Schaden kausal begründete negative Effekte einer medizinischen Intervention.¹ Diese Effekte werden in Studien im Vergleich erfasst. Als Vergleich dient entweder

Barrieren überwinden

ein Placebo oder ein unbehandelter Verlauf. Der für Patienten relevante Nutzen bezieht sich auf die Verbesserung des Gesundheitszustands, die Verkürzung der Krankheitsdauer, die Verlängerung des Überlebens, die Verringerung von Nebenwirkungen und die Verbesserung der Lebensqualität.² Nicht gleichzusetzen mit Nutzen ist Wirksamkeit. Für die Zulassung eines Arzneimittels muss dessen Wirksamkeit nachgewiesen werden, nicht aber der Nutzen. Als wirksam gilt etwa ein Medikament, das biochemische Parameter (Blutzucker, -fette, -druck) oder andere Messwerte verbessert. Auch die Verringerung der Tumorgröße reicht für die Zulassung aus.

Einige so zugelassene Medikamente erwiesen sich jedoch als schädlich. Beispielsweise senkte Cerivastatin (Lipobay®) die Blutfette, erhöhte aber die Sterblichkeit, Rosiglitazon (Avandia®) senkte den Blutzucker, steigerte aber das Risiko für Herzinfarkt und -insuffizienz. Für viele Krebsmedikamente ist nicht bekannt, wie sie sich auf patientenrelevante Ergebnisse auswirken, weil entsprechende Daten für die Zulassung nicht vorgelegt werden müssen. Für die „richtige“ Behandlung sollten also die Nutzens- und Schadensaspekte einer Behandlung bekannt sein. Eine Beschränkung auf physiologische Wirksamkeit kann ebenso unbefriedigend wie irreführend sein.

Abwägung der Nutzenwahrscheinlichkeit

Die medikamentöse Behandlung von Risikofaktoren soll Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindern. Bei gering erhöhten Werten ist die Wahrscheinlichkeit des Nutzens für einen Patienten gering. Studien haben aber gezeigt, dass Patienten durchaus eine Schwelle benennen können, von der aus sie eine Therapie als für sich lohnend bewerten.³ Sinnvoll ist es, das Gesamtrisiko des jeweiligen Patienten zu betrachten, das sich aus seinen individuellen Risikofaktoren ergibt. Daran ansetzend erfährt er oder sie, in welchem Ausmaß (nicht-)medizinische Maßnahmen das Risiko mindern. Auf dieser Grundlage können Patient und Arzt gemeinsam eine individuelle Entscheidung finden. Für diesen Zweck wurde der arriba-Rechner für die hausärztlichen Beratung zur kardiovaskulären Prävention entwickelt.⁴

Eine individuelle, datengestützte Entscheidung ist auch für Früherkennungs-

maßnahmen erforderlich. Als Beispiel sei hier die Brustkrebsfrüherkennung genannt. Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass die Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm zwischen zwei und sechs von 1.000 Frauen vor dem Tod an Brustkrebs bewahrt. Eine Minderung des Gesamtsterberisikos ist bislang nicht belegt. Der Nutzen geht unvermeidlich mit einem Schaden einher. Neun bis zwölf von 1.000 Frauen erhalten eine Überdiagnose, das heißt, der Tumor hätte sich zu Lebzeiten nicht bemerkbar gemacht.⁵ Die „richtige“ Entscheidung erfordert auch hier ein Abwägen von Nutzen und Schaden durch die betroffene Frau in Kenntnis der Sachlage. Allgemein ist festzustellen, dass Ärzte wie Patienten den Nutzen von Screening, Diagnostik und Therapie systematisch überschätzen.⁶

Bedarfsgerechtigkeit und Patientenpräferenz

Die Frage nach Zuviel und Zuwenig in der Medizin ist also keineswegs trivial. Sie steht vielmehr in Verbindung mit der Aufgabe der Medizin und der ethischen Rechtfertigung medizinischen Handelns. Im ärztlichen Gelöbnis heißt es: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“⁷ Der Deutsche Ethikrat fasste dies 2016 im Begriff Patientenwohl zusammen, den er als ethischen Maßstab der Gesundheitsversorgung empfiehlt.⁸

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat diesen Begriff übernommen und konkretisiert ihn mit dem Konzept der Bedarfsgerechtigkeit⁹: Bei Vorliegen eines Gesundheitsproblems besteht ein objektiver Bedarf für eine Gesundheitsleistung, wenn diese dazu geeignet ist, das Problem zu lösen oder zu bessern. Inwieweit dies der Fall ist und welche Behandlungsergebnisse mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, ist aus der vorhandenen Studienevidenz abzuleiten. Ob ein Patient in Kenntnis derselben eine Behandlungsmaßnahme für persönlich lohnend erachtet, folgt aus seiner Abwägung von Nutzen und Schaden. Dies entspricht dem subjektiven Bedarf. In vergleichbaren Situationen können Patienten beim Abwägen durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. Das Ergebnis dieses Abwägungsprozesses entspricht der Patientenpräferenz und kennzeichnet den

Worin bestehen die Barrieren von Menschen mit psychischen Erkrankungen und wie können sie überwunden werden? Dieses Buch zeigt, in welche Richtung es gehen kann, wenn die Forderung nach »Inklusion in der Gemeinde« zur Praxis wird: ein Inspirationsbuch für eigene Inklusionsprojekte.

Das Buch skizziert an fünf Modellstandorten die zugrunde liegenden Konzepte zur Inklusion aus der Sozialpsychiatrie, der Behindertenhilfe und der Quartierentwicklung (Kwartiermaken), ihre Ziele und vor allem deren Umsetzung in die Praxis. Ein Fortbildungscurriculum, Interviews mit beteiligten Akteuren und ein Fazit mit konkreten Vorschlägen runden das Buch ab.



Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg.)
Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis
192 Seiten, 30,00 €, ISBN 978-3-88414-692-7
eBook 23,99 €

Psychiatrie
Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

subjektiven Bedarf. Der Ethikrat betont in diesem Zusammenhang die Autonomie des Patienten und die „selbstbestimmungsermöglichende Sorge“, die auch als Unterstützung des Patienten bei der Klärung seiner Präferenzen zu verstehen ist.

Das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit ist somit erfüllt, wenn zum einen die zur Entscheidung stehende Intervention erwiesenermaßen nützlich ist und zum anderen der Patient sich informiert für diese Intervention entscheidet. Ist der subjektive Bedarf nicht geklärt, kann eine Intervention nicht bedarfsgerecht sein. Eine unterlassene Klärung des subjektiven Bedarfs (bzw. der Präferenz) kann zur Folge haben, dass der Patient sich für eine Option entscheidet, die er nicht bevorzugt hätte, wenn er zutreffend informiert gewesen wäre (preference misdiagnosis¹⁰).

Sicherlich ist es nicht bei allen medizinischen Interventionen unbedingt erforderlich, die Patientenpräferenz zu ermitteln. So darf bei akuten Beschwerden wie etwa bei einem viralen Magen-Darm-Infekt oder bei akutem Kreuzschmerz das Einverständnis mit symptomlindernden Maßnahmen vorausgesetzt werden. Solche Leistungen, deren Nutzen den Schaden so deutlich überwiegen, dass ihnen praktisch alle Patienten mit dem entsprechenden Problem zustimmen, werden als effektive Versorgung bezeichnet. Davon zu unterscheiden ist die präferenzsensitive Versorgung, die solche Interventionen umfasst, für die sich aus der Evidenz mehr als eine vernünftige Lösung ergibt, häufig einschließlich der Möglichkeit der Nicht-Behandlung.¹¹

Falsche Annahmen von Patienten

Krebs im fortgeschrittenen Stadium ist in aller Regel nicht heilbar. Eine bedarfsgerechte Behandlung erfordert – nicht nur im fortgeschrittenen Krankheitsstadium – eine gemeinsame Therapiezielfindung. Eine vorausschauende Versorgungsplanung gründet unter anderem auf Informationen zur klinischen Situation, zur Prognose, zum Nutzen und Schaden einer Therapie, die gegen den Tumor gerichtet ist, sowie zu palliativer Therapie. Die meisten, aber nicht alle Patienten, wünschen, vollständig über ihre Krankheit informiert zu werden, um auf dieser Grundlage eine individuelle Entscheidung zu treffen.¹² Eine Reihe von Studien zeigt, dass diese individuelle Entscheidung in der Praxis eher die Ausnahme ist. Die Mehrheit der

Patienten mit metastasiertem Darm- oder Lungenkrebs waren falsch über die Therapieziele informiert und hielten eine Heilung für möglich.¹³ Tatsächlich wissen die meisten Patienten zwischen Lebenszeit und -qualität abzuwägen. Viele entscheiden sich für „best supportive care“, wenn der Lebenszeitgewinn durch eine gegen den Tumor gerichtete Therapie nur einige Monate beträgt.¹⁴ Im onkologischen Bereich bestehen – infolge unzureichender Information und Kommunikation – eine Überversorgung an tumorspezifischen Therapien und eine Unterversorgung an palliativmedizinischer Versorgung nebeneinander.¹⁵

Ähnlich liegen die Probleme bei der Versorgung von Patienten mit chronisch stabiler koronarer Herzkrankheit: Eine Gefäßprothese (Stent) beseitigt die Verengung und lindert Beschwerden, verbessert aber nicht die Prognose. Studien zeigen, dass Patienten, die einen Stent erhalten haben, fast ausnahmslos falsch informiert sind und fälschlich von einer Prognoseverbesserung ausgehen. Überversorgung mit Stents geht hier häufig mit Unterversorgung mit Medikamenten einher, die Beschwerden lindern und die Prognose tatsächlich verbessern.¹⁶

Strukturelle Ursachen

Auch der Vergleich der 34 OECD-Länder bestätigt, dass es hierzulande in verschiedenen Bereichen eine Überversorgung gibt: So belegte Deutschland 2012 den ersten Platz in der Häufigkeit der Interventionen an den Herzkranzgefäßen, Operationen von Leisten- und Femoralhernien, Hüftgelenkersatz und brusterhaltender Chirurgie, Platz zwei bei koronaren Bypass-Operationen, Kniegelenkersatz und Gallenblasenentfernung. Unter den Top Ten lag Deutschland zusätzlich bei der operativen Entfernung der Mandeln, der Prostata, der Gebärmutter, des Blinddarms und der weiblichen Brust sowie beim Kaiserschnitt.¹⁷

Die vielfältigen Ursachen für Über- und Unterversorgung sind in den Strukturen des Versorgungssystems und auf der Ebene von Leistungserbringern und -empfängern zu finden. Die Überversorgung mit operativen Leistungen in Deutschland steht beispielsweise in Zusammenhang mit dem Überangebot an Krankenhäusern und Krankenhausbetten – die Anzahl der Betten pro Einwohner, die Krankenhausfälle und die Bettentage pro

Einwohner liegen weit über dem OECD-Durchschnitt. Diese Überkapazitäten mit vielen schlecht ausgestatteten Krankenhäusern waren in gesundheitspolitischen Diskussionen lange Zeit der ignorierte „Elefant im Raum“. Zuletzt hat die Bertelsmann-Stiftung das Augenmerk auf solche strukturellen Treiber von Über- und Unterversorgung gerichtet.¹⁸ Unterversorgung entsteht demnach dadurch, dass Patienten zum Beispiel mit akutem Herzinfarkt in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür nicht ausgestattet und qualifiziert sind. Auch Vergütungssysteme, die entweder die Ausweitung oder die Einschränkung der Leistungsmenge belohnen, haben einen Einfluss, da Ärzte und andere patientennahe Therapieberufe stets darauf reagieren.

Schließlich ist die häufig fehlende oder verzögerte Abkehr von bisher praktizierten Behandlungsweisen, die durch neue Erkenntnisse als wirkungslos oder schädlich erkannt wurden, eine weitere Ursache für Über- und Unterversorgung. Dieses Phänomen wird im angloamerikanischen Raum als „medical reversal“ bezeichnet.¹⁹ Ein Beispiel dafür ist der ungebrochene Enthusiasmus von Kardiologen für das Einsetzen von Stents bei Patienten, die dies ablehnen würden, wenn sie zutreffend informiert wären (s.o.). Zahlreiche weitere Beispiele sind in den „Choosing-Wisely-Listen“ medizinischer Fachgesellschaften zu finden. ■

Zur Vertiefung sei die bislang umfassendste Darstellung von Über- und Unterversorgung in einer vierteiligen Serie im *Lancet* 2017 empfohlen: www.thelancet.com/series/right-care

Die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Was sollte Ihrer Meinung nach wieder mehr ins Gleichgewicht kommen?

„Was Patienten brauchen (objektiv und subjektiv) und was wir Mediziner ihnen an Leistungen zukommen lassen. Das klingt einfach, ist aber schwierig. ‚Wieder mehr‘ suggeriert, dass es früher besser war. Daran habe ich Zweifel.“



Prof. Dr. David Klempner
geb. 1953, ist Internist, Sozialmediziner und ehemaliger Hochschullehrer. Im Herbst erscheint sein Lehrbuch Sozialmedizin in der 4. Auflage.
david.klempner@oth-regensburg.de