

Wie zunehmend Nutzen vorgetäuscht werden muss

Teure Medizin ist schlechte Medizin

Es mehren sich die Hinweise auf eine überschrittene maximale Nutzensgrenze in der Medizin. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt sind die meistgenannten Gründe für die nicht kontrollierbare Kostensteigerung. Bei genauerer Betrachtung handelt es sich aber eher um Schlagworte, um die Gesellschaft zu medicalisieren.

Luzi Dubs*

* Der Autor ist freipraktizierender Orthopäde, unabhängig, und seit 10 Jahren für Nutzenforschung und EBM am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule Winterthur tätig.

Dies ist eine gekürzte Fassung des Vortrages an den 1. Zürcher Gesundheitstagen der AGZ vom 31. März 2007 auf dem Üetliberg auf Einladung der AGZ.

Die folgenden Gedanken erfolgen aus der Optik der evidenzbasierten Medizin, die sich mit der Beschreibung, der Berechnung und der Bewertung des eigentlichen Patientennutzens befasst. Sie bezweckt als ärztliche Denkschule den Schutz der Patientinnen und Patienten vor Täuschungen und systematischen Denkfehlern aller Art.

Immer wieder wird die Verteuerung im Gesundheitswesen stereotyp mit der zunehmenden Überalterung und dem medizinischen Fortschritt begründet. Diese beiden Argumente sollen kritisch beleuchtet werden. Eine Gegenhypothese könnte folgendermassen lauten: Die Teuerung in der Medizin ist geprägt durch eine zunehmende Vortäuschung des Nutzens und durch eine Verzerrung der Risikokommunikation.

Ökonomisch gesehen ist eine Medizin dann wertvoll, wenn Aufwand und Ertrag in einem optimalen Verhältnis stehen. Es mehren sich jedoch die Hinweise, dass diese maximale Nutzensgrenze bereits überschritten ist (Abb. 1). Der Aufwand wird kontinuierlich gesteigert, der entsprechende Nutzensnachweis gelingt nicht mehr.

Zunehmende «Überalterung» und das Problem mit den Normwerten

Bekanntlich gibt es eine strenge Korrelation zwischen zunehmendem Alter und der Häufung von Krankheiten, die einen medizinischen Aufwand und somit auch Kosten auslösen. Dies schliesst aber nicht aus, dass man ebenso im Alter häufiger krank gemacht werden kann. Der kritiklose Umgang mit den Normwerten bildet die Basis dazu. Die Grenze zwischen gesund und krank wird in der Regel anhand einer Gaussschen Verteilungskurve festgelegt. Ein krankhafter Wert liegt dort, wo die doppelte Standardabweichung überschritten ist. In der Pädiatrie kann man lernen, dass im Lauf der Zeit bezüglich Grösse und Gewicht während des Wachstums Messwertveränderungen entstehen,

La médecine chère est une mauvaise médecine

Les indications se multiplient selon lesquelles la limite d'utilité de la médecine est atteinte. Le vieillissement croissant de la population et les progrès de la médecine sont les motifs les plus couramment mentionnés pour expliquer l'augmentation des coûts non contrôlée. Si l'on y regarde de plus près, il s'agit toutefois plutôt de slogans et de clichés visant à médicaliser la société.

die in Perzentilenkurven geeignet dargestellt werden. Wer seine persönliche Perzentilenkurve verlässt, wird als pathologisch eingeschätzt.

Messwerte wie Bodymassindex, Knochendichte, Blutdruck werden an 20jährigen normiert. Nirgendwo steht geschrieben, dass der normale Mittelwert im Laufe der Jahrzehnte sich nicht etwas verändern könnte, ohne dass man von einer «Erkrankung» sprechen muss.

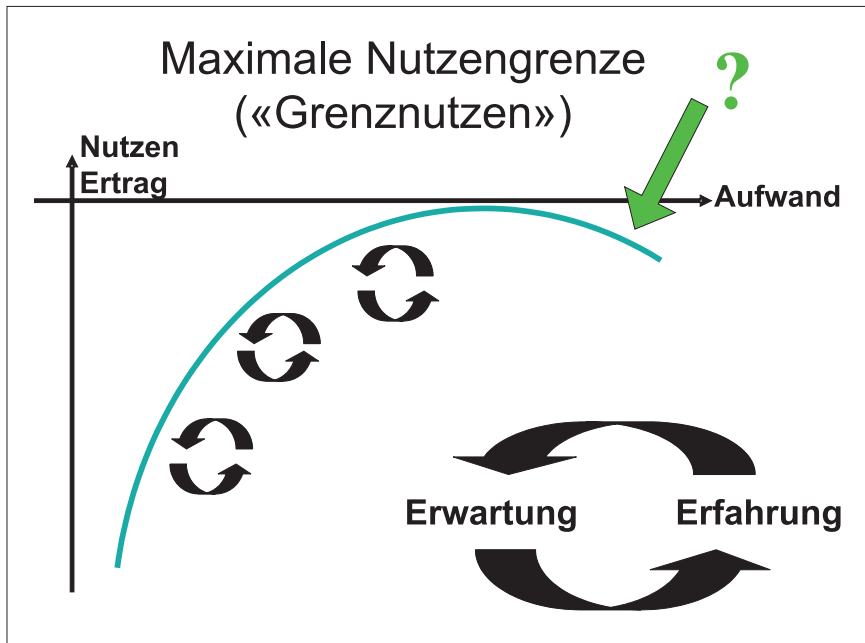
Ein eindrückliches Beispiel ist die Osteoporose. In der Densitometriediagnostik resultiert der altersunabhängige und an 25jährigen Gesunden normierte T-Score, was dazu geführt hat, das Alter als Hauptrisikofaktor für die Osteoporose zu betrachten. Altersabhängige Normkurven (Z-Score) finden heute kaum mehr Beachtung. Auch ein tiefes Körpergewicht als Risikofaktor lässt die Frage offen, ob solche mit einem tieferen Gewicht nicht naturgemäss einen tieferen Knochendichtewert haben. Leider fehlen gewichtsbereinigte Normkurven. Die starke Zunahme der Schenkelhalsfrakturrate in den hohen Lebensjahren, die in gewissen Fachkreisen zu Alarm Anlass gibt, dürfte eher analoges natür-

Korrespondenz:
Dr. med. Luzi Dubs
Facharzt Orthopädische
Chirurgie FMH
Merkurstrasse 12
CH-8400 Winterthur
Tel. 052 213 22 23
Fax 052 212 58 04

dubs.luzi@bluewin.ch
www.dubs-ortho.ch

Abbildung 1

Die Frage nach der überschrittenen maximalen Nutzengrenze unter dem Einfluss der Erfahrungs-Erwartungs-Spirale.



lichen Gewebsermüdungsprozessen entsprechen, wie sie uns aus der Kardiologie (Herzinsuffizienz) und Onkologie (krebsartige Zellentartungen) bekannt sind. Die Diagnose einer Schenkelhalsfraktur bei über 80jährigen erscheint prognostisch hinsichtlich Mortalität vergleichbar mit einer Krebsdiagnose in dieser Altersgruppe mit dem Unterschied, dass der Krebsdiagnose emotional weitaus mehr Bedeutung zugemessen wird, derweil eine Schenkelhalsfraktur einem offenbar reparablen «Gentlewoman»-Delikt entspricht.

Altern ist gefährlich

Es gibt eine strenge Korrelation zwischen Alter und dem Tod. Merkmale wie Körpergewicht, Gewebsermüdung, Reaktionsverlust, Karzinome, Diabetes, Bewegungsmangel korrelieren ebenso mit dem Alter. Somit sind alle Merkmale, die sich mit dem Alter verändern, «lebensgefährlich». Das Älterwerden ist eindeutig die Volkskrankheit Nummer eins! Der eigentliche Goldstandard für alle Messwerte, die den Patienten interessieren, ist der durchschnittliche altersabhängige Fähigkeitsverlust (MARA-Kurve, Abb. 2). Dieser bleibt weiterhin unbekannt und unerforscht, und man scheint sich landauf, landab damit zu begnügen, diesen nicht kennenlernen zu wollen.

Der medizinische «Fortschritt»

Kürzlich wurde eine Interpharmareklame genauer unter die Lupe genommen und die Aus-

sage «Dank neuer Krebsmedikamente sind nach 5 Jahren nach der ersten Diagnose 6 von 10 Patientinnen noch am Leben!» kritischer beleuchtet. Die publizierte Grafik zeigt tatsächlich eine Steigerung der 5-Jahres-Überlebensrate von 50% im Jahr 1977 auf 62% im Jahr 1995. In den Jahren zwischen 1977 und 1995 hat aber durch die geförderte Frühdiagnostik die Zahl der Frühstadien des Brust- und Prostatakrebses um rund 20% zugenommen. Diese Frühstadien führen innerhalb von fünf Jahren nicht zum Tod. Bezeichnenderweise bezieht sich die Angabe auf die Krebserkrankten. Somit handelt es sich nicht um eine Mortalität, entsprechend der Anzahl Todesfälle in der Bevölkerung, sondern um eine Letalität, entsprechend der Anzahl Todesfälle unter den Erkrankten. Es darf daraus geschlossen werden, dass die Verbesserung der Überlebensrate durch die Zunahme der Diagnosen von Krebstumoren in ihren Frühstadien vorgetäuscht wird (Length-Bias, Lead-Time-Bias). Weitere Beispiele verzerrter Risikokommunikation lassen sich mühelos anfügen und betreffen oftmals die verschiedenen Screeningprogramme. In Screeningverfahren sind nicht selten zehnfach höhere Raten von Falsch-Positiven gegenüber den Richtig-Positiven anzutreffen. Alle Testpositiven erhalten dann eine invasivere Fortsetzung der Diagnostik. Es wundert nicht, dass in diesem Geschäft mit der Angst Diagnostikzentren Auftrieb erhalten und der Eindruck entsteht, dass eine Früherkennungsindustrie erblüht ist, die den sauberen Nutznachweis bis heute zumeist noch schuldig ist.

Verzerrte Risikokommunikation mit den Wirkungsgrößen

Darunter versteht man den undifferenzierten Gebrauch der relativen Risikoreduktion, die lediglich eine von der Zeit unabhängige biologische Wirkung ausdrückt. Wenn es aber um den eigentlichen Nutzen für den Patienten in seiner Situation geht, ist die Berechnung der von der Zeit abhängigen, absoluten Risikoreduktion erforderlich. Da die Größenordnungen der absoluten Risikoreduktion in der Regel weniger imponieren, vermeiden Interessenvertreter einer Wirkungshypothese solcherlei Kommunikation bestmöglich.

Hohe Fallzahlen, Signifikanzen und Studienqualität

Ein weiteres untrügliches Zeichen, dass wir uns in der Zone jenseits der maximalen Nutzengrenze befinden, sind die Formen und Größenordnungen, wie wissenschaftliche Publikationen aufgebaut sind. Studien mit hohen Fallzahlen

imponieren, sind aber speziell dann notwendig, wenn kleine Ergebnisunterschiede zu erwarten sind, da letztlich aufgrund statistischer Überlegungen die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5% liegen muss (Signifikanz). Hohe Fallzahlen sind somit ein klares Indiz für kleine Ergebnisunterschiede, die oftmals klinisch bedeutungslos sind. Leider finden sich nur selten Outcome-Messungen mit Inzidenzen, die in den Endpunkten die Anzahl der Patienten angeben, die durch eine Therapie von einem klinisch relevanten unerwünschten Ereignis verschont werden konnten (number needed to treat).

Ein weiterer Hinweis einer verzerrten Risikokommunikation ist die Feststellung, dass bei identischer Fragestellung die Ergebnisunterschiede in den Studien tendenziell kleiner werden, je besser die Studienqualität ist. Was in früheren Studien überzeugend genützt haben soll, wird häufig durch verbesserte Studien in Frage gestellt, der Nutzen wird oftmals sogar vollständig aufgehoben.

Der «Fortschritt» ist oft überbezahlt

Die Markteinführung einer neuen Hüftprothese hat zu einer Preissteigerung um 600 Franken gegenüber dem alten Modell geführt. Im bestmöglichen Fall wäre nutzenbereinigt höchstens ein Mehrpreis von 60 Franken gerechtfertigt. Viel

eher werden Kostensteigerungen in der Medizinindustrie mit den höheren Aufwendungen für Marketing gerechtfertigt, die heute doppelt so hoch ausfallen wie die Aufwendungen für die Forschung.

Wer hat Interesse am Sparen?

Als Schlussfolgerung liegen heute zahlreiche Indizien vor, dass die maximale Nutzengrenze überschritten ist und wir nicht nur stets von medizinischen Fortschritten, sondern leider auch von Rückschritten sprechen müssen.

In diesem überhitzten Klima der inkonsequent kontrollierten Leistungserbringung scheint kaum jemand ein Interesse an einem nutzenbereinigten Leistungs- und Kostenabbau zu haben. Seitens der Politik, die um die Arbeitsplätze besorgt ist, sind keine Signale zu vernehmen. Die Spitäler müssen ihre Bettenauslastung steigern. Systembedingt sind die Medizinindustrie, die Versicherungen und die Ärzteschaft am Umsatz interessiert. Hüben wie drüben fehlen die Anreize, Unnötiges wegzulassen, da nur gemessen und bezahlt wird, was getan wird. Unnötige Leistungen in der Medizin sollten jedoch aus prinzipieller und ethischer Sicht weiterhin als inakzeptabel gelten. Nur der Einbezug der angemessenen Nutzenbewertung verhilft zu einer billigeren und somit guten Medizin.

Abbildung 2

Der mittlere altersabhängige Fähigkeitsverlust (MARA = mean age-related ability) als Grundlage für die Normwertbestimmung, die das Individuum interessiert (Modell für den Bewegungsapparat). (Dubs L. Erlaubt ist, was gefällt. Schweiz Ärztezeitung. 1996;77[12]:485).

