DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 52, S. 88DB01; Ausgabe 11 / 2018

Weniger ist (sehr oft) mehr!

Die enormen Fortschritte in der Grundlagenforschung und in neuen Technologien der Medizin haben in den vergangenen Jahrzehnten nicht in allen Bereichen die Gesundheit individueller Patienten oder der Gesamtbevölkerung verbessert. In vielen Fällen haben sie auch zu einem Zuviel an Medizin mit potenziell negativen Folgen geführt, z.B. Nebenwirkungen, Komplikationen bei nicht indizierten Eingriffen und unnötigen Kosten für Gesundheitssysteme und/oder Patienten. Das ist nicht nur allen Beteiligten offensichtlich, sondern auch durch klinische und gesundheitsökonomische Studien belegt. Oft liegt eine einfache Kausalkette zugrunde – aus Überdiagnostizieren („overdiagnosis“) resultiert Übertherapieren („overtreatment“). Die Schwierigkeit beim Versuch, dieses Problem zu lösen, beginnt bereits bei der Definition von „Zuviel“: Auch bei klarer wissenschaftlicher Evidenz ist das Abwägen von Risiko und Nutzen und damit die Beurteilung, ob eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme beim einzelnen Patienten angemessen ist oder nicht, oft schwierig. Dasselbe gilt auf Bevölkerungsebene für die Kosteneffizienz.

Es gibt eine Reihe von Ursachen für die weit verbreitete übermäßige Anwendung bzw. Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen durch Ärzte und Patienten:

- Für den individuellen Patienten kann ein rationales und evidenzbasiertes Vorgehen durchaus der Intuition widersprechen. Dass neue diagnostische Methoden und das raschere Erkennen und Behandeln einer Krankheit mit modernen Verfahren Vorteile bringen gegenüber einem abwartenden Vorgehen, welches möglicherweise mit Unsicherheiten über die Ursache von Symptomen und deren Prognose verbunden ist, erscheint a priori plausibel. Die unangemessen häufig praktizierte Intervention an Koronarstenosen (für die zuletzt die ORBITA-Studie einmal mehr nur begrenzt Vorteile zeigte; vgl. 1) ist ein klassisches Beispiel dafür. Viele Menschen und die Gesellschaft insgesamt sind immer weniger bereit, Alter, Krankheit, Schmerz, Behinderung, Demenz und Tod als Teil des Lebens zu akzeptieren, so dass die Erwartungshaltung an die Gesundheitssysteme steigt.

- Die weit fortgeschrittene Subspezialisierung der Medizin kann vor allem bei älteren, multimorbiden Patienten (die in vielen klinischen Studien nicht abgebildet sind) zu einer unsinnigen oder gar gefährlichen Zunahme diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen führen – und dies nicht trotz, sondern gerade wegen eines leitlinienkonformen und scheinbar evidenzbasierten Vorgehens. Das wohl häufigste Beispiel dafür ist die geradezu pandemisch vorkommende Multimedikation bei älteren Patienten, obwohl bei manchen Diagnosen (z.B. Diabetes mellitus) eine weniger intensive Therapie durchaus vorteilhaft ist (2).

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

- Einfluss kommerzieller Interessen im Sinne des „medizinisch-industriellen“ Komplexes (vgl. 13): Die Grenzen behandelbarer Erkrankungen werden auf viele Arten – auch unter Zuhilfenahme und Missbrauch der wissenschaftlichen Publikationsprozesse – ausgeweitet, um neue Märkte zu schaffen. Es gilt nicht nur „a pill for every ill“, sondern auch „an ill for every pill“. Pharmazeutische Unternehmer sind in der Planung von Zulassungsstudien von Anfang an mitbeteiligt. Und Studien mit negativen Ergebnissen – die also die Unwirksamkeit einer Maßnahme belegen – werden bekanntermaßen deutlich weniger häufig publiziert als positive Studien. Das Marketing für einen Wirkstoff beginnt lange vor dessen Marktzulassung.

- Finanzielle Interessen der Leistungserbringer: Die Art der Refinanzierung hat wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit der erbrachten medizinischen Leistungen. Dies betrifft nicht nur den Privatsektor, sondern – in international unterschiedlichem Ausmaß – auch die öffentlichen Gesundheitssysteme.

- Angst vor rechtlichen Konsequenzen: Im Zweifel entscheiden Ärzte eher für als gegen eine indiziert erscheinende medizinische Maßnahme – aus Angst, eine Diagnose zu übersehen oder eine Hilfe zu unterlassen, und häufig auch nur, um sich rechtlich „abzusichern“. Es bedarf wesentlich mehr medizinischer und juristischer Argumente, bei einem individuellen Patienten auf eine indiziert erscheinende Maßnahme zu verzichten, als sie einfach „nach Schema“ durchzuführen.

(Anm.: Auf der anderen Seite des Spektrums der Unangemessenheit stehen Erkrankungen, die unterdiagnostiziert und untertherapiert sind – häufig, aber nicht nur aus sozioökonomischen Gründen. „Underuse“ und „Overuse“ sind global sehr ungleich verteilt, aber in allen Gesundheitssystemen nebeneinander anzutreffen).

Die Erkenntnis, dass „weniger“ oft „mehr“ sein kann, ist längst auch Gegenstand kritischer wissenschaftlicher Betrachtungen. Drei führende medizinische Fachzeitschriften haben in den vergangenen Jahren ausführliche Artikelserien zu diesem Thema publiziert: “Less is More Series” (JAMA Intern. Med.; 15), “Too Much Medicine Campaign” (BMJ; 3), “Right Care Series” (Lancet; 4). Die vor fünf Jahren vom American Board for Internal Medicine ins Leben gerufene „Choosing Wisely“-Initiative, die Listen mit überflüssigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen veröffentlicht (5), wurde mittlerweile von vielen Fachgesellschaften übernommen, z.B. DEGIM (16) und SAMW (17). Im Zusammenhang mit diesen Initiativen wurde eine Reihe von Begriffen geprägt, die letztlich gemeinsame Ziele verbinden, nämlich die rationale und angemessene Behandlung von Patienten: Deintensivierung, Priorisierung, Deeskalation, Deprescribing (vgl. 14), rationale Verschreibung, „Shared Decision Making“ (z.B. 6, 7). Folgende Symptome und Erkrankungen, bei denen “Overdiagnosis” und “Overtreatment” besonders häufig zu beobachten sind, wurden in den o.g. Artikelserien abgehandelt (Beispiele): COPD, Frakturneigung, Rückenschmerzen, Thoraxschmerzen, Aortenaneurysma, Mammographie, milde arterielle Hypertonie, Prädiabetes, Gestationsdiabetes, depressive Verstimmung, ADHS, Prädemenz, Schilddrüsenkarzinom, Prostatakarzinom, chronische

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Niereninsuffizienz, Lungenembolie, Polyzystisches Ovarialsyndrom. Die Zahl betroffener diagnostischer Prozeduren (nicht-invasiv und invasiv) und therapeutischer Maßnahmen (von Arzneimitteln bis Operationen) ist unüberschaubar.

Doch es gibt dazu auch Gegenstimmen, und in den vergangenen Monaten war in der Fachliteratur eine interessante Kontroverse zu verfolgen, die die derzeitige Polarisierung der (US-amerikanischen) Gesellschaft widerzuspiegeln scheint: Im N. Engl. J. Med. erschien kürzlich unter dem Titel „The Less-Is-More-Crusade – Are We Overmedicalizing or Oversimplifying?“ ein Artikel (8) der Kardiologin Lisa Rosenbaum (Brigham and Women's Hospital, Boston). Sie ist auch Autorin einer 2015 erschienenen, dreiteiligen Artikelserie im N. Engl. J. Med. (9-11) zu Interessenkonflikten und kommentierte dort die Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Industrie, daraus resultierendem Bias und die Abstimmung über die Deklaration von Interessenkonflikten. In ihrem aktuellen Artikel wirft sie den „Weniger-ist-mehr“-Vertretern Simplifizierung und Verallgemeinerung vor (8). Sie relativiert den Stellenwert finanzieller Interessen und argumentiert unter anderem, dass die hohe Zahl medizinischer Leistungen Ausdruck einer hoch entwickelten und qualitativ hohen Gesundheitsversorgung sei. Eine „nicht evidenzbasierte“ Reduktion der Quantität würde mit nicht vorhersehbaren Risiken einhergehen. Der Kardiologe John Mandrola widerspricht im Online-Portal Medscape.com unter dem Titel „In Defense of Less-Is-More“ dieser Argumentation (12). Abgesehen von der für alle offensichtlichen tagtäglichen Verschwendung im US-amerikanischen Gesundheitssystem sei es eine bekannte Tatsache, dass dieses im Vergleich zu anderen Industrieländern trotz höchster Kosten keine besseren Ergebnisse bringe. Der ganz überwiegende Anteil unangemessener medizinischer Maßnahmen entstehe nicht durch komplexe und unklare Krankheitsfälle (die selbstverständlich einer entsprechend aufwändigen Behandlung bedürfen), sondern durch die große Zahl nur leicht oder gar nicht erkrankter Personen, die unnötigen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren unterzogen werden. Unterschiedliche kommerzielle Interessen seien dabei von ganz zentraler Bedeutung.

Fazit: „Ich bin überzeugt, dass es in dem Streit um medizinische Verschwendung und Übermaß eine richtige Seite gibt. Auf dieser Seite möchte ich stehen. Die Fundamente einer soliden medizinischen Versorgung – dem Patienten zuhören, Entscheidungen gemeinsam treffen und die Literatur kritisch lesen – sind kostengünstig, angemessen und bringen sehr wahrscheinlich bessere Ergebnisse. Mehr und mehr brauchen wir Verteidiger dieser einfachen Grundlagen. Ich werde weiterhin ein stolzer ‚Weniger-ist-mehr'-Verfechter sein. Gegen Verschwendung von Ressourcen an falscher Stelle, Überfluss medizinischer Maßnahmen und Gefährdung dadurch von Patienten zu sein, heißt nicht, gegen individuelle Entscheidung und therapeutischen Fortschritt zu sein.“ Dieser Einschätzung von John Mandrola schließen wir uns an.

Literatur

1. AMB 2018, **52**, 13. Link zur Quelle
2. AMB 2010, **44**, 36. Link zur Quelle
3. http://www.bmj.com/too-much-medicine Link zur Quelle
4. http://www.thelancet.com/series/right-care Link zur Quelle
5. http://www.choosingwisely.org/ Link zur Quelle
6. AMB 2010, **44**, 95. Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

7. AMB 2014, **48**, 80DB01. Link zur Quelle
8. Rosenbaum, L.: N. Engl. J. Med. 2017, **377**, 2392. Link zur Quelle
9. Rosenbaum, L.: N. Engl. J. Med. 2015, **372**, 2064. Link zur Quelle
10. Rosenbaum, L.: N. Engl. J. Med. 2015, **372**, 1860. Link zur Quelle
11. Rosenbaum, L.: N. Engl. J. Med. 2015, **372**, 1959. Link zur Quelle
12. Mandrola, J.M.: Link zur Quelle
13. AMB 2007, **41**, 16. Link zur Quelle
14. AMB 2018, **52**, 23. Link zur Quelle
15. Katz, M.H., et al.: JAMA Intern. Med. 2014, **174**, 1076. Link zur Quelle
16. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM): Link zur Quelle
17. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.