

Überdiagnosen: Wohin führt die Entwicklung?

Jacques Cornuz, Policlinique médicale universitaire, Lausanne



Führen wir im klinischen Alltag zu viele Untersuchungen durch? Ordnen wir zu viele Labortests und Röntgenuntersuchungen an? Fertigen wir unsere Patienten zu schnell ab? Kurz gesagt, machen wir zu viel? Vielleicht ...

Jedenfalls behauptet dies der Artikel von A. Chioloro et al. Hauptsächlich von nordamerikanischen Daten ausgehend, hinterfragen die Autoren unsere medizinische Praxis [1]. Mit Sicherheit besteht ein Spielraum, innerhalb dessen wir ein bisschen weniger tun könnten, ohne das Leben unserer Patienten zu gefährden. Während wir als Ärzte glauben, alles «richtig» zu machen und durch unsere medizinische Versorgung für die Gesundheit unserer Patienten zu sorgen, erfinden wir Krankheiten [2, 3].

Ein Phänomen kritisch zu hinterfragen, ist wichtig. Es ist aber auch nötig, die Gründe dafür herauszufinden, um die Situation verbessern zu können. Und deren gibt es viele. Wenn man sich zum Beispiel die Problematik der Krebs- und Krankheitsscreenings anschaut, so gibt es zahlreiche Gründe dafür, dass diese zu häufig durchgeführt werden [4]. Ein Screening erscheint immer attraktiver, als es in Wirklichkeit ist, und zwar sowohl für den Arzt als auch für den Patienten. Es bestehen folgende Fallstricke: die Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts ohne Veränderung der Prognose (*lead time bias*); die Entdeckung indolenter Tumoren, die nie symptomatisch geworden wären (*length time bias*); die ausschliessliche Angabe der relativen Risikoreduktion, die positiver aussieht als die absolute Risikoreduktion (*number needed to screen*); das Image des Arztes, der sich «gut um seine Patienten kümmert», und zwar nicht nur, wenn sie krank sind, sondern auch vorbeugend. Ein zweiter Punkt ist die «Justizialisierung» der Medizin: die Angst vor einem Gerichtsverfahren, falls ein Patient an Krebs erkrankt, der sich einem Screening hätte unterziehen können, das ihm der Arzt jedoch nicht angeboten hat. Ein dritter Punkt ist die Befürchtung des Patienten, ein zuvor abgelehntes Screening zu bereuen, wenn später eine Krebserkrankung diagnostiziert wird (*anticipated regret*), ein Phänomen, für das sich die wissenschaftliche medizinische Literatur zu interessieren beginnt [5].

Viertens: die geringen Anforderungen mancher Zulassungsbehörden für paraklinische Tests im Vergleich zu Medikamenten. Tests müssen keine klinischen Phase-I-, -II- und -III-Studien durchlaufen. Oftmals wird ein Screeningtest, sobald er die Kriterien der Validität (Sensitivität, Spezifität), Präzision (geringe Variabilität) und Sicherheit erfüllt, in die lange Reihe der Testverfahren aufgenommen! Im Falle eines neuen Screeningtests, für den die wissenschaftliche Datenlage unschlüssig, divergent und unvollständig ist (PSA, Lungenscan), haben wir drei Optionen:

1) Ihn anzuwenden, sobald er das Kriterium der Sicherheit erfüllt, ohne solide Daten über seine Auswirkungen abzuwarten (z.B. bei der PSA-Bestimmung).

2) Nichts zu unternehmen und dem Patienten auch nichts zu sagen, ausser, wenn dieser danach fragt.

3) Proaktiv zu sein und den Patienten die Unsicherheitsfaktoren des Screenings mitzuteilen (falsch-positive oder negative Ergebnisse, Zusatzuntersuchungen).

In gewisser Weise entspricht dies drei möglichen Sichtweisen unseres Berufs. Im ersten Fall der triumphierenden Medizin. Im zweiten Fall einem gewissen ärztlichen Paternalismus («Ich weiss, wie es um die Gesundheit meiner Patienten steht.»). Und im dritten Fall, der meines Erachtens nach empfehlenswertesten Sichtweise, unser Wissen mit dem Patienten zu teilen und gemeinsam eine Entscheidung zu finden. Kurz gesagt, ein Verhalten, das vom JAMA kürzlich als «encouraging patients to ask questions» beschrieben wurde [6].

Einige mögen nun entgegnen: «Wissensteilung? Das machen wir doch schon seit Jahren!» Mag sein. Aber mit welchen spezifischen Kompetenzen (wie wird die Information über ein Risiko mitgeteilt?), welchen Hilfsmitteln (den Broschüren der Pharmaindustrie?), aus welcher Perspektive (Angabe des relativen und/oder absoluten Risikos)? Andere mögen anführen, dass wir dadurch unsere Verantwortung abgeben. Tatsächlich? Und was, wenn unsere Verantwortung gerade darin besteht, die sogenannte *white-coat silence* anzugehen und dafür zu sorgen, dass unsere Patienten informierte Entscheidungen treffen können? Natürlich müssen wir unser Verhalten auf das des Patienten abstimmen und ihn fragen, welche Rolle er im Entscheidungsprozess einnehmen möchte. Mit Patienten, die sagen «Sie wissen schon, was richtig ist, Herr Doktor» geht man natürlich anders um als mit solchen, die deutlich gemacht haben, dass sie über alle «Pros» und «Contras» informiert werden möchten. Angesichts dieser Überlegungen dürfen wir jedoch keinesfalls in einen ärztlichen Nihilismus verfallen: Durch das Screening bestimmter Faktoren (arterielle Hypertonie usw.) und Krankheiten bei Risikopatienten kann die Prognose verbessert werden. Es ist an der Zeit, dass sich Ärzte stärker für die Wissensteilung einsetzen, die oftmals zugleich eine Machtteilung bedeutet!

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Jacques Cornuz
 Directeur de la Policlinique médicale universitaire
 Lausanne
[Jacques.Cornuz\[at\]hospvvd.ch](mailto:Jacques.Cornuz[at]hospvvd.ch)

Literatur

Die vollständige Literaturliste:
www.medicalforum.ch.