

Falsche Heilsversprechen

Die moderne Medizin ist eine Erfolgsgeschichte – gleichwohl wirft sie Probleme auf, die wohl erst im Windschatten des Fortschritts möglich wurden und dramatische Fehlentwicklungen begünstigen.

VON NORBERT SCHMACKE

Medizin ist lebensrettend. Diese Erfahrung macht den fundamentalen Unterschied aus. Bis in das 20. Jahrhundert hinein konnte Medizin Beschwerden lindern, Menschen Zuversicht geben, dem Sterben aber nur zuschauen. Und die

Medizin forderte gleichermaßen mit drakonischen Therapien große Opfer. Wie viele Menschen allein durch den Aderlass umgebracht wurden, der jahrhundertlang als Allheilmittel eingesetzt wurde, entzieht sich den Berechnungsmöglichkeiten der modernen Statistik.

Die moderne Medizin ist dem gegenüber eine Erfolgsgeschichte. Wiederbelebung nach Kreislaufstillstand, künstliche Gelenke, Organtransplantation, Behandlung von Syphilis und Pneumonie gehören zu ihrem Alltag. Virologie und Arzneimittelforschung konnten innerhalb weniger Jahre ein wirksames Behandlungskonzept für Aids-Kranke entwickeln und damit diese zunächst dramatische Bedrohung in eine prinzipiell gut behandelbare chronische Krankheit verwandeln. Eine stolze Bilanz. Und dennoch gibt es Grund zu einer Gegenbilanz, welche die Erfolge nicht kleinredet, aber grundsätzliche Probleme des Medizinsystems benennt, die vermutlich erst im Windschatten des Fortschritts möglich wurden.

Es klingt vielleicht auf den ersten Blick paradox: Das berechtigte Vertrauen in die Medizin liefert das Fundament für drei dramatische Fehlentwicklungen:

1. Sinnvolle Verfahren werden zu häufig eingesetzt

Als der 25-jährige Arzt Werner Forßmann sich 1929 im Selbstversuch einen Katheter bis in das rechte Herz schob, konnte niemand ahnen, dass er damit einem Routineverfahren in der Kardiologie den Weg bahnen würde. Heute ist „großer und kleiner Katheter“ fast schon umgangssprachlich geworden, so oft werden Menschen ambulant, im Krankenhaus und in der

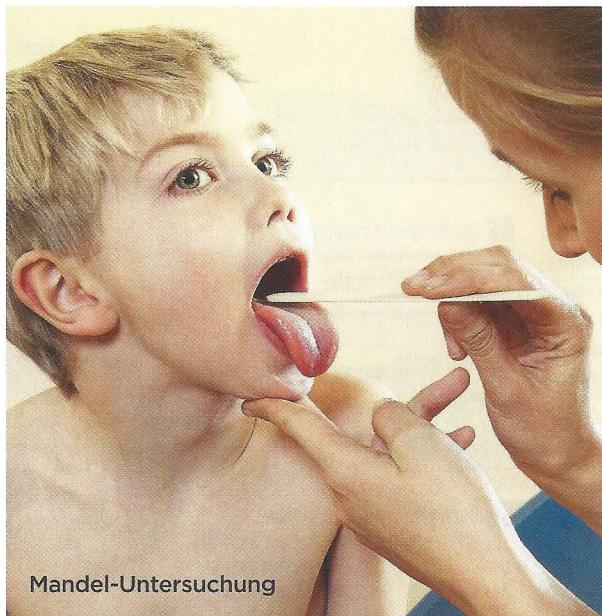
Rehabilitation „kathetert“. Niemand bezweifelt, dass es sich um einen echten Fortschritt in der medizinischen Diagnostik handelt, der zudem seit einer Reihe von Jahren auch unmittelbar therapeutisch genutzt werden kann, um frische Gerinnsel oder Verengungen zu beseitigen.

Die Häufigkeit des Herzkatheters steht aber in keinem Verhältnis zu den von Kardiologen selber geschaffenen Leitlinien: Für viele Patienten, deren Herzkranzgefäße zwar Veränderungen aufweisen, deren Beschwerden sich aber medikamentös gut behandeln lassen, bringen die Katheteruntersuchungen keinen Vorteil an Überleben oder Lebensqualität.

In die Rubrik „sinnvoll, aber zu häufig“ gehört ebenso eine Reihe von Operationen wie die Entfernung der Rachenmandeln, der Gebärmutter und der Vorsteherdrüse. Hierher gehören auch die modernen bildgebenden Verfahren wie Ultraschall, Computertomografie (CT) und Kernspin, mit denen heute in großer Brillanz in den Körper hineingesehen werden kann. Die Folge ist, dass Unmengen von irrelevanten Befunden erzeugt und – im Falle CT – unnötige Strahlendosen verabfolgt werden. Patienten mit Multipler Sklerose wurden lange in der Hoffnung gewiegt, eine frühzeitige Untersuchung im Kernspintomografen ermögliche eine gezieltere Diagnostik und eröffne damit früher eine zielgenaue Behandlung. Eine jüngst durchgeführte kontrollierte Studie zeigt jedoch, dass diese Hoffnung trügt: Die einfache klinische Untersuchung bleibt ausschlaggebend. Es fragt sich allerdings, wie vielen Ärzten und Patienten derartige Studien bekannt sind.

2. Über Nutzen und Schaden der Medizin wird nicht angemessen aufgeklärt

Es ist eine Banalität, dass es keine Therapie ohne Nebenwirkungen geben kann. Aber mit dieser Tatsache angemessen umgehen zu können setzt voraus, dass die medizinischen



Mandel-Untersuchung

pital in Köln. Und Thomas Straubhaar, Chef des Hamburgischen Weltwirtschaftsinstituts, fordert eine Debatte über den Preis des Lebens, etwa über die Frage, ob das knappe Geld für lebensverlängernde Maßnahmen im Alter eingesetzt werden solle oder nicht doch besser für die Versorgung der Jüngeren.

Nun wird im deutschen Gesundheitswesen längst an vielen Ecken gespart. Doch die Rationierung geschieht heimlich und folgt keinen systematischen Überlegungen. So kommt es, dass die Bürger noch nie so viel Geld für ihre Krankheitsvorsorge bezahlen mussten, aber das Gefühl haben, im Krankheitsfall selten so schlecht versorgt worden zu sein wie heute.

Am Anfang des Quartals bekommt jeder Hypochonder mit leichtem Unwohlsein flott einen Termin beim Facharzt, weil noch Geld im System ist. Am Ende des Quartals jedoch, wenn es für den Arzt nicht mehr viel zu verdienen gibt, werden auch die ernstesten Fälle auf später vertröstet. Mal verschreibt ein Doktor teure Präparate, mal billige – kommt ganz darauf an, ob er sein Richtgrößenvolumen schon ausgeschöpft hat oder nicht. In einigen Regionen Deutschlands leiden die Patienten unter einem dramatischen Mangel an Fachärzten, in vielen anderen Gegenden dagegen herrscht Ärzteschwemme (siehe Kasten).

Die vielen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte haben das Problem eher verschärft statt gelöst. Seit der damalige Bundessozialminister Herbert Ehrenberg (SPD) im Jahr 1977 den Begriff „Kostendämpfung“ einführte, ist jede Regierung beim Versuch gescheitert, der Verschwendung im Gesundheitswesen planvoll entgegenzuwirken.

Die Zuschüsse für Mutter-Kind-Kuren wurden erst gekürzt und dann wieder erhöht. Mal mussten die Krankenkassen mehr Gymnastikkurse anbieten und mal weniger. Fußpilz wurde weitestgehend zur Privatsache erklärt, für die Behandlung von Lippenbläschen hingegen kommt in vielen Fällen weiterhin die Solidargemeinschaft auf. Wer schlecht hören kann, gilt als krank und bekommt ein Hörgerät. Wer hingegen schlecht sieht, gilt nicht als krank und muss die Brille deshalb selbst bezahlen.

Das System ist dadurch ebenso ineffizient wie ungerecht – eine weltweit einzigartige Mischung aus „Unter-, Über- und Fehlversorgung“, so der Titel

eines Gutachtens des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen.

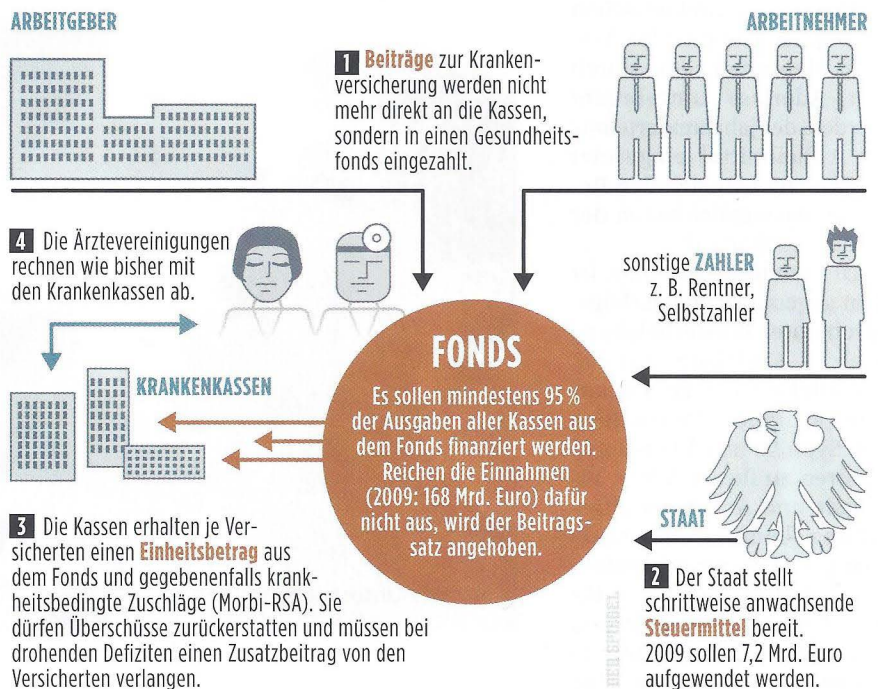
Ein drastisches Beispiel für Mangelwirtschaft ist die Art, wie mit Spendernieren umgegangen wird. Es gibt in Deutschland etwa 70 000 Nierenkranke, die mehrmals jede Woche zur Blutwäsche müssen. Über 8000 Patienten warten auf eine Spenderniere. Doch pro Jahr gibt es nicht einmal 3000 Organspenden.

Jeder neue Nierenkranke muss sich deshalb hinten an die Schlange stellen und darauf hoffen, dass er eine mehrjährige Wartezeit überlebt, bis er endlich

einen vergleichsweise kleinen Nutzen bringen. In Großbritannien, wo, gemessen an der nationalen Wirtschaftskraft, ein Viertel weniger für die Gesundheit aufgewendet wird als in Deutschland, hat das staatliche Gesundheitsinstitut Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence) eine strenge Formel entwickelt, was eine Therapie kosten darf. Demnach dürfen die Kosten für eine Arzneimittelbehandlung, die die Lebenserwartung eines Patienten um ein Jahr verlängert, nur in Ausnahmefällen 44 000 Euro übersteigen. Und so kommt

Die große Umverteilung

Wie der Gesundheitsfonds funktioniert



an die Reihe kommt. Bedauerlicherweise wird bis dahin auch die Gefahr, dass sein Körper das fremde Organ abstößt, viel größer sein. Aus medizinischer Sicht wäre es sinnvoll, die Patienten nicht nach langer Wartezeit mit einer Spenderniere zu versorgen, sondern möglichst früh. Doch bislang drückt sich die Politik davor, die bestehende Vergabepraxis in Frage zu stellen.

In anderen Ländern hingegen hat sich schon vor längerer Zeit die Überzeugung durchgesetzt, dass knappe Mittel für das staatliche Gesundheitswesen nicht da ausgegeben werden sollten, wo sie nur

es, dass ein sehr teures Darmkrebspräparat des Pharmakonzerns Roche in Großbritannien nicht erstattet wird. Studien haben ergeben, dass es das Sterben nur um wenige Monate verzögert.

Dabei ist das britische Nice im internationalen Vergleich noch großzügig. In Australien gelten zusätzliche Arzneikosten von etwa 25 000 Euro pro gewonnenem Lebensjahr als vertretbar. Auch im schwedischen Gesundheitswesen werden lebensverlängernde Maßnahmen nur in engen finanziellen Grenzen bezahlt. Und in Neuseeland sind es teils sogar nur gut 10 000 Euro für ein Jahr länger leben.

Maßnahmen tatsächlich auch indiziert sind. Die Hormon- („Ersatz“-)Therapie, die Frauen mit Beginn der Wechseljahre über Jahrzehnte als Mittel gegen das Altern verordnet wurde, ist eindrucksvolles Beispiel für das Überschreiten erlaubter Grenzen in der Medizin.

Dabei schien alles so logisch zu sein: Der Östrogenspiegel fällt mit dem Eintritt der Wechseljahre dramatisch ab, und Herzinfarkte sind bis zu dieser Lebensphase bei Frauen deutlich seltener als bei Männern. Also schloss die Medizinerzunft messerscharf: Wenn man die Hormone ersetzt, verhindert man Gefäßkatastrophen wie den Herzinfarkt. Dieses Versprechen wurde grandios erweitert: weniger Schlaganfälle, weniger Demenz, weniger Depression, Aufhalten des Alterungsprozesses schlechthin. Ein wahrlich willkommenes Heilsversprechen.

Alles falsch, wie inzwischen auch von allen seriösen Fachgesellschaften konzediert wird: Hormone können ausschließlich bestimmte Beschwerden in den Wechseljahren lindern, aber zur Verhütung von Erkrankungen taugen sie nicht. Schlimmer: Frauen, die über viele Jahre Hormone einnehmen, haben ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Blutgerinnsel und Brustkrebs.

Ohne die legendäre, 2003 publizierte amerikanische „Women's Health Initiative Study“, die Risiken und Nutzen mit der notwendigen methodischen Sorgfalt untersucht hatte, würden weiter Millionen Frauen unnötig gefährdet. Das Beispiel zeigt noch etwas anderes, außerordentlich Bedrückendes. Die zusätzlichen, unnötigen Erkrankungen und Todesfälle stellen eine stumme Epidemie dar, da im Einzelfall praktisch nicht beweisbar ist, dass die Hormoneinnahme ursächlich war. Nur in den Daten kontrollierter Studien wird deutlich, wie groß die Opfer unkontrollierter Massenexperimente sein können: ein scheußlicher Begriff zugegebenermaßen, aber er trifft das Problem im Kern.

3. Neue Behandlungsmöglichkeiten werden zu früh flächendeckend eingesetzt

Ärzte wie Laien sind leicht mit der Losung zu beeindrucken, der medizinische Fortschritt müsse so rasch wie möglich in die Praxis gelangen. Und schnell werden „Innovationsfeinde“ ausfindig gemacht: die Krankenkassen, skeptische Wissenschaftler, der Gemeinsame Bundesausschuss. Am leichtesten gelingt die Einführung neuer Behandlungsverfahren in der Krebstherapie: Wer wagt es schon, Erfolgsmeldungen zu hinterfragen, die bei bislang schwer beeinflussbaren Tumoren den Wandel versprechen?

Schaut man sich aber an, auf welchem Niveau die zuständige Europäische Zulassungsbehörde EMEA in den letzten Jahren Krebsmedikamente positiv bewertet hat, dann muss man erschrecken: Häufig erlauben die zugrundegelegten klinischen Studien weder eine Aussage zur Verlängerung der Überlebenszeit noch zu bedeutenden Nebenwirkungen. Der Patient kann dies nicht wissen, er wird im guten Glauben belassen, das modernste und damit auch beste der möglichen Medikamente zu erhalten.

Ähnlich könnte es demnächst Männern mit Prostatakrebs ergehen. Eine neue Bestrahlungsmethode ist in Vorbereitung, die Protonentherapie, und sie verspricht, wesentlich schonender zu behandeln als die bisherigen Therapien. Das ist eine hochwillkommene Botschaft, weil die bisherigen Be-

handlungen mit Skalpell und Strahlen häufig Inkontinenz und Impotenz hervorrufen. Ob aber die Protonentherapie wirklich besser und schonender ist, wäre nur mit kontrollierten klinischen Studien zu ermitteln. Und ob es diese jemals geben wird, muss sehr bezweifelt werden. Es steht zu befürchten, dass mit dem Werben für ein vermeintlich schonendes Verfahren noch mehr alte Männer mit Prostatakrebs operiert werden, die ihren Krebs ohne die Aktivitäten der Medizin problemlos mit ins Grab genommen hätten.

Hoffnungen wecken ohne Fundament? Der unkontrollierten Einführung neuer Behandlungsverfahren folgt eine verhängnisvolle Doppelproblematik: Erstens wird keine Klarheit über den Nutzen neuer Verfahren hergestellt, zweitens bleibt in der Regel das Ausmaß unnötiger Schäden unbekannt, weil für beides eben nicht systematisch Zahlen erhoben werden. Die Schäden sind nicht immer so sichtbar wie bei den Opfern des voreiligen Einsatzes von Operationsrobotern zum Hüftgelenkersatz, die nachoperiert werden mussten und in erheblichem Umfang bleibende Behinderungen erlitten.

Fazit

Die Bilanz lautet: Der Mensch profitiert heute von der modernen Medizin mehr als in allen Generationen vorher und ist zugleich gefährdet, an einem Übermaß von Medizin zu leiden und zu früh neuen Behandlungsmethoden ausgesetzt zu werden. Häufiger als vermutet ist Abwarten oder Vertrauen in alte, bewährte Behandlungsverfahren dem Hoffen auf die neuesten Errungenschaften überlegen. Aber es ist offenkundig schwierig, der notwendigen gesunden Skepsis gegenüber den Angeboten der Medizin zum Durchbruch zu verhelfen, weil diese mit einem fast unerschütterlichen Vertrauensvorschuss rechnen kann.

Selbst der im Jahr 1999 veröffentlichte Skandalbericht des amerikanischen Institutes of Medicine („To Err is Human“) hat bislang keine Kehrtwende im Umgang mit einem der größten Probleme der Medizin einleiten können, den Behandlungsfehlern. Immerhin schätzt der Bericht, dass Todesfälle infolge ärztlicher Behandlungsfehler Platz 8 der Todesursachenstatistik einnehmen.

Ärzte wie Patienten sind gut beraten, angepriesenen Fortschritten mit gesunder Skepsis gegenüberzutreten. Die Ärzte haben dabei die Bringschuld, ihre Patienten fair über Nutzen und Schaden empfohlener Untersuchungs- und Behandlungsverfahren aufzuklären.

NORBERT SCHMACKE



Der Internist und Sozialmediziner, 60, lehrt als Professor am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und leitet die dortige Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. 2005 veröffentlichte er das Buch „Wie viel Medizin verträgt der Mensch?“ (Kompakt Verlag).