

Briefe an die SÄZ

Vortäuschung von Nutzen

Brief zu: Wille N, Schlup J. Den Nutzenzuwachs kennen, um den Kostenzuwachs bewerten zu können. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(32):984–5.

Löblich ist die FMH-Initiative, dem Kostenzuwachs die Veränderungen des Nutzens gegenüberzustellen, was methodisch mit der allmählich zur Kenntnis genommenen Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER) auch quantitativ in eine Beziehung gebracht werden kann. Bei der Lektüre des Artikels von Nora Wille und Jürg Schlup, welche zahlreiche Mitteilungen nationaler Institutionen unseres Gesundheitswesens zitieren, entstehen spätestens beim Thema der Krebsfallzahlen erste Indizien, welche auf eine Vortäuschung von Nutzen hinweisen. Die Steigerung der Krebsfälle von 30 000 im Jahr 1996 auf 42 000 im Jahr 2015 kann man wohl in einen gewissen Zusammenhang mit der demographischen Tatsache bringen, dass immer mehr ältere Leute ins krebsanfällige Alter kommen. Diese deutliche Änderung der Prävalenz steht jedoch wohl eher mit der Tatsache im Zusammenhang, dass durch die Früherkennungsprogramme (Mamma, Prostata, Melanom usw.) mehr Erkrankungen in den Frühstadien erfasst worden sind, welche wegen der Vorverlagerung der Diagnose (noch) gar nicht ins Endstadium geraten sind. Diese Zunahme an Erkrankten kann dadurch entscheidend verantwortlich sein, dass die Anzahl Todesfälle wegen der Erkrankung zurückgegangen ist bzw. die Anzahl der Überlebenden zugenommen hat. Im Text werden leider Letalität und Mortalität vermischt. Die Letalität (Tödllichkeit) betrifft die Erkrankten, die Mortalität (Sterblichkeit) betrifft die Gesamtbevölkerung. Es kann somit nicht ausgesagt werden, ob die Reduktion der Letalität einem medizinischen Nutzen gleichkommt. Zudem ist im Zeitalter des «Konkurrenzkampfes der Todesursachen» die Mortalität wegen einer bestimmten Erkrankung lediglich ein sekundärer Endpunkt. Der primäre, für die Patienten entscheidende Endpunkt ist immer noch die Gesamtmortalität. Es ist äusserst wichtig, dass in der angekündigten ärztlichen Nutzendiskussion die Aussagen der monothematischen Interessensvereinigungen sorgfältig gewürdigt werden.

Dr. med. Luzi Dubs, Winterthur

Der Nutzen ist real

Replik auf den Leserbrief von Dr. med. Luzi Dubs

Es freut uns wenn Aussagen zum Nutzenzuwachs auch innerhalb der Ärzteschaft kritisch gewürdigt und kontrovers diskutiert werden. Der Vorwurf einer Vortäuschung von Nutzen ist jedoch unbegründet und die vorgebrachten Argumente sind nicht stichhaltig: Der Anstieg der Krebs-Neuerkrankungen kann nicht nur in einen «gewissen Zusammenhang» mit der Demographie gebracht werden – letztere ist eindeutig der «Hauptgrund für die Zunahme der Krebsfälle» (1; S. 9). Während z.B. bei 30- bis 34-Jährigen innerhalb eines Jahres 87 Neuerkrankungen auf 100 000 Personen kommen, sind es bei 65- bis 69-Jährigen bereits 1494 Neuerkrankungen. Die Alterung der Bevölkerung zieht somit zwangsläufig deutlich mehr Krebs-Neuerkrankungen nach sich [2]. Eine Betrachtung der altersstandardisierten, also für die Demographie kontrollierten Raten zeigt hingegen ein zwischen 1998 und 2012 nahezu unverändertes Erkrankungsrisiko (1; S. 9).

Bei dem Anstieg von 30 000 Krebs-Neuerkrankungen im Jahr 1996 auf 42 000 im Jahr 2015 handelt es sich um eine Zunahme der Inzidenz, nicht der Prävalenz, wie Sie schreiben. Dieser Unterschied ist wichtig, weil die von Ihnen angesprochene Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts die Prävalenz unbestritten erhöhen kann, wenn die Krankheit neu auch bei Patienten im Frühstadium, ergo mehr Personen, bekannt ist. Die Anzahl der Neuerkrankungen ist hingegen nicht vom Zeitpunkt der Diagnose abhängig.

Es ist unbestritten, dass die Überdiagnostik von Erkrankungen, die sonst unentdeckt bleiben würden, Letalitätsangaben positiv verzerren kann und dass die Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts eine längere Überlebenszeit vorspiegeln kann. Der in unserem Artikel angesprochene Rückgang der Sterblichkeit (und wir meinen auch genau diese) stellt jedoch einen realen Nutzen in dem von Ihnen angemahnten Sinne dar: Die altersstandardisierten

sterberaten pro 100 000 Einwohner für Krebs sind zwischen 1983 und 2012 bei Männern um 36% und bei Frauen um 27% zurückgegangen [3].

Der Zuwachs der Lebenserwartung der 40- bis 84-Jährigen zwischen 1981 und 2010 ist in den hoch entwickelten Ländern zu über 20% dem Rückgang der Krebsmortalität zu verdanken [4]. Dieser reale Nutzen wird u.a. durch verbesserte Früherkennung und Behandlungsmöglichkeiten *ermöglicht* – nicht vorgetäuscht!

Dr. phil. Nora Wille, Dr. med. Jürg Schlup

- 1 BFS, NICER, SKKR (Hrsg.). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel, 2016.
- 2 NICER & BFS Tabellen Tool (px-x-1403030300_161) Krebs: Anzahl und jährliche Rate der Neuerkrankungen und Todesfälle nach Sprachregion, Krebslokalisation, Geschlecht und Altersgruppe; publiziert am 27.9.2016.
- 3 Heusser R, Nosedo G (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015: Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Schweizer Krebsbulletin 2/2016;168–72.
- 4 Cao B et al. Cancer and the limits of longevity. BMJ, 24.6.2017.

Karikatur Doppelblindstudie

Brief zum Cartoon in SÄZ Nr. 34

Sehr geehrter Herr Bendimerad
Ihre Karikatur «Doppelblind Studie» in der Nummer 34 der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 23.8.2017 befremdet mich! Sollte ich sie persönlich nehmen, so wäre sie gar verletzend. Ich liebe Karikaturen und verwende solche regelmäßig auch in Fortbildungen und Vorträgen. Das Befremdende an Ihrer Zeichnung – welche vom Stil her durchaus attraktiv ist – hat damit zu tun, dass Sie damit ein traditionelles gesellschaftliches Vorurteil schüren, dem man kaum Herr werden kann. Dass die Psychiatrie und deren Vertreter, seit es diese gibt, eher Ängste und Befremden auslösen und es in unserer Kultur nach wie vor als beschämend oder gar anrühlich gilt, sich mit einer Fachperson um sein «Innenleben» zu kümmern, hat kurz zusammengefasst damit zu tun, dass ich, zumal als Psychoanalytiker und Psychiater, das verkörperne, um dessen Verständnis wir uns bemühen – das Unbewusste. Sigmund Freud hatte von der dritten großen Kränkung der Menschheit gesprochen: Festzustellen, dass wir nicht Herr im eigenen Haus sind, dass wir in unserem täglichen Denken und Handeln von vielen unbewussten Motiven geleitet werden und uns un-

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabeformular zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

ser konflikthafes Innenleben immer wieder Dinge tun lässt, welche eben nicht rational sind. Wie erwähnt arbeite ich als Psychoanalytiker – genau: mit Couch und allem, was dazugehört. Mehrheitlich arbeite ich als Kaderarzt an einem bedeutenden Regionalspital und verbringe dabei die meiste Zeit auf den verschiedenen «somatischen» Abteilungen, von der Intensivmedizin über die Geburtshilfe, Chirurgie und Medizin bis zur Palliativmedizin. Regelmäßig schaue ich mir auch die EKGs der Patienten und Patientinnen an, für deren Behandlung ich zugezogen werde, und ich kann Ihnen versichern, dass wir diese nicht wie eine Karikatur überfliegen ... Psychiater und Psychiaterinnen sind in erster Linie Ärzte und Ärztinnen, mit allem, was dazugehört. Will ich als solcher die mir anvertrauten Patienten ganzheitlich zu verstehen versuchen, so versteht es sich von selbst, dass ich mich auch für Laborwerte, Röntgenbilder u. a. m. interessiere. Kurz: Ihre Karikatur zeugt von Unkenntnis. Sie scheinen nicht zu wissen, dass durchschnittlich in jedem 6. Spitalbett ein Patient liegt, der u. a. auch ein relevantes psychiatrisches Leiden hat, welches zumeist nicht erkannt und oft ungenügend oder unkorrekt behandelt wird. Sie wissen ebenfalls nicht, dass im Bereich der Psychiatrie ein

enormer Nachwuchsmangel besteht, was z. T. mit der immer weiter abnehmenden Attraktivität dieses Fachgebietes zu tun hat (auch der ökonomischen!), wo doch erwiesen ist, dass gerade in unserer hochentwickelten Gesellschaft psychisches Leiden im Zunehmen begriffen ist. Es würde mich freuen, wenn Sie in zukünftigen Karikaturen zur Psychiatrie versuchen würden, das Interesse und Verständnis für diese zu wecken.

Dr. med. Stefan Zlot, Bern

Die heutige IV ist nur noch eine Teilversicherung für einige Privilegierte

Brief zu: Kurth H. Geld ist keine medizinische Begründung für den Krankheitsverlauf. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(34):1065.

Dass die IV bei der Beurteilung gesundheitlicher Invalidität die sozialen Teilursachen aufgrund des IV-Gesetzes groteskerweise grundsätzlich nicht würdigt, ist nicht nur ein leider allzu gut bekanntes Faktum, sondern ein eigentlicher Skandal, der nach einer internationalen Ahndung und Sanktionierung verlangt. Dass psychosoziale Faktoren an den meisten

Invaliditätsfällen oft sehr erheblich mitbeteiligt sind, ist wissenschaftlich längst erwiesen und sollte heute auch der allerletzten Versicherung und Politik bekannt sein. Wenn das IV-Gesetz so beibehalten wird, auf Kosten unzähliger Betroffener, deren Berentung aus Spargründen verweigert oder sistiert wird, dann dürfte man nicht mehr von einer allgemeinen Invalidenversicherung (für alle) sprechen, sondern von einer hochselektiven, hochrestriktiven Teilversicherung für einige auserwählte Invalide, die den Vorzug genießen, keine nachweisbaren oder nachgewiesenen sozialen Teilkomponenten ihrer Behinderungen aufzuweisen. Frau Kurth schreibt, ganz zu Recht, die IV müsse bei einem Rentenentzug «gesundheitlich eine Besserung nachweisen». Wer aber weiss, wie die IV ihre Versicherten begutachten lässt, etwa durch Institute, die von ihr oft existenzsichernd abhängig sind, kann sich in etwa vorstellen, wie dieser «Nachweis» jeweils abläuft und ausfällt. Leider deckt es sich mit den äusserst bitteren, oft geradezu skandalösen realen Erfahrungen, die man in solchen Fällen auf der Seite der Betroffenen und ihrer Ärzte leider machen muss.

Dr. med. Niklaus Gaschen, Bern

Aktuelles Thema auf unserer Website –

www.saez.ch/de/tour-dhorizon



Interview mit Dr. med. Philip Bruggmann, Schweizer Hepatitis-Strategie

«Das Wissen über Hepatitis ist ungenügend»

Weshalb die Ärzteschaft mehr testen und frühzeitig Therapien einleiten sollte.



Rückblick: Nationales Symposium Integrierte Versorgung

Tagungsbericht mit Videointerviews