

Lisa M. Schwartz H. Gilbert Welch Steven Woloshin

DIE DIAGNOSE FALLE

Wie Gesunde zu
Kranken erklärt werden

riva



Inhalt

Vorwort zur deutschen Ausgabe	9
Unsere Diagnosebegeisterung	11
Kapitel 1 Der Anfang <i>Aus Menschen werden Patienten mit Bluthochdruck</i>	23
Kapitel 2 Wir ändern die Regeln <i>Wie Zahlen geändert werden, damit Sie Diabetes, einen hohen Cholesterinspiegel und Osteoporose bekommen</i>	43
Kapitel 3 Wir können mehr sehen <i>Wie apparative Untersuchungen Ihnen Gallensteine, Knorpelschäden im Knie, Bandscheibenvorwölbungen, Bauchaortenaneurysmen und Blutgerinnsel anhängen</i>	68
Kapitel 4 Wir suchen intensiver nach Prostatakrebs <i>Vorsorgeuntersuchungen beweisen, dass Krebs zu oft diagnostiziert wird</i>	87
Kapitel 5 Wir suchen intensiver nach anderen Krebsarten	111
Kapitel 6 Wir suchen intensiver nach Brustkrebs.....	128
Kapitel 7 Wir stoßen unerwartet auf Inzidentalome, die Krebs sein könnten.....	153

Kapitel 8	Wir suchen intensiver nach allem Möglichen <i>Wie apparative Untersuchungen Ihnen (und Ihrem Baby) weitere Probleme bescheren</i>	171
Kapitel 9	Wir verwechseln DNS mit Krankheit <i>Wie Gentests Ihnen fast jede Krankheit anhängen.....</i>	189
Kapitel 10	Die Faktenlage	218
Kapitel 11	Durchschauen Sie das System.....	240
Kapitel 12	Behalten Sie den Überblick	263
Fazit	Mit weniger Diagnosen nach Gesundheit streben ...	281
Dank		299
Anmerkungen.....		301

Der Anfang

Aus Menschen werden Patienten mit Bluthochdruck

Am besten beginnen wir am Anfang. Und am Anfang der Überdiagnose steht die Diagnose und Behandlung eines weitverbreiteten Zustandes: Bluthochdruck.

Schon nach dem ersten Absatz spüre ich das Unbehagen meiner Kollegen – vermutlich denken sie: »Will er uns wirklich raten, Bluthochdruck nicht mehr zu diagnostizieren? Wir diagnostizieren und behandeln ihn jetzt schon zu wenig!« In der Tat ist die Diagnose und Behandlung des Bluthochdrucks eine unserer wichtigsten ärztlichen Maßnahmen. Und es stimmt, dass wir es nicht häufig genug tun. Es gibt Menschen mit unentdecktem Bluthochdruck, die von einer Behandlung enorm profitieren würden.

Aber es stimmt auch, dass wir zu viel des Guten tun. Manche Menschen werden unnötig diagnostiziert und behandelt – sie sind Opfer der Diagnosefalle. Bluthochdruck war angeblich der erste Zustand, der bei symptomlosen Menschen behandelt wurde.¹ Vor dem Ende des 20. Jahrhunderts verschrieben die Ärzte meist nur jenen Patienten Medikamente, die Krankheitssymptome aufwiesen. Aber der Bluthochdruck hat das geändert. Plötzlich bekamen Menschen ohne Beschwerden – die keine gesundheitlichen Probleme wahrnahmen – eine Diagnose und Medikamente. Aus Menschen wurden Patienten – es war ein wirklich erstaunlicher Paradigmenwechsel. Die Suche nach Bluthochdruckdiagnosen bei Menschen ohne Symptome konnte bei einigen symptomatische Krankheiten verhindern, jedoch auf Kosten derjenigen, denen eine Diagnose gestellt wurde, obwohl sie

nie an den Symptomen des Bluthochdrucks gelitten hätten und auch nicht daran gestorben wären. Mit anderen Worten: auf Kosten von Überdiagnosen.

Ein Zustand, der behandelt werden muss

Ich arbeite in einem kleinen Krankenhaus des Kriegsveteranenministeriums in White River Junction, Vermont. Früher kümmerte ich mich einen oder zwei Monate im Jahr um Patienten, die so krank waren, dass sie in dieses Krankenhaus aufgenommen wurden. Eines Abends führte ich ein Aufnahmegespräch mit einem siebenundfünfzig Jahre alten Mann, der mit starken Schmerzen in der Brust in die Notaufnahme gekommen war. Mr. Lemay berichtete, er habe diese Schmerzen immer häufiger. Manchmal traten sie auf, wenn er zu Fuß unterwegs war oder sich auf andere Weise anstrengte, und bisweilen spürte er Schmerzen, wenn er gar nichts tat.

Der Begriff *Brustschmerzen* hat in der Medizin eine fast magische Bedeutung. Er verlangt sofortiges Handeln und kann eine ganze Serie von Tests und Maßnahmen auslösen. Der Grund ist, dass Brustschmerzen mitunter auf einen Herzinfarkt hinweisen – die häufigste Todesursache in den Vereinigten Staaten. Wenn ein Patient Brustschmerzen nur erwähnt, fühlen wir uns gedrängt, sehr schnell mehrere Vorkehrungen zu treffen. Wir verabreichen ihm Sauerstoff, geben ihm Aspirin und überprüfen sein Elektrokardiogramm (EKG). Mr. Lemays EKG war deutlich abnorm. Es zeigte, dass ein Teil seines Herzens nicht genug Sauerstoff bekam. Das war ein Zeichen für einen bevorstehenden Infarkt.

Aber noch etwas war ausgesprochen abnorm. Sein Blutdruck betrug 202/117. Der Blutdruck wird mit zwei Zahlen gemessen, die erste (in diesem Fall 202) steht für den systolischen Blutdruck, den höchsten Druck in den Arterien, der sofort nach der Kontraktion des Herzens entsteht. Die zweite Zahl (hier 117) ist der diastolische Blutdruck, der niedrigste Druck in den Arterien. Dies ist der Druck unmittelbar vor der Kontraktion des Herzens, wenn das Herz

ganz erschlaft ist. Wird ein Arzt gefragt, welcher Blutdruck normal sei, nennt er gewöhnlich die Zahlen 120/80. Die Frage ist: Ab wann ist der Blutdruck abnorm? Die meisten Ärzte stimmen darin überein, dass ein systolischer Druck über 160 oder ein diastolischer Druck über 90 abnorm hoch ist. Und wir alle sind der Meinung, dass 202/117 abnorm hoch ist. Richtig hoch. Sogar sehr, sehr hoch.

Da ein drohender Herzinfarkt eine ernste Sache ist, nahm ich Mr. Lemay in die Intensivstation auf. Wir verabreichten ihm Medikamente, um seinen Blutdruck zu senken, und seine Brustschmerzen verschwanden rasch. Er bekam keinen Infarkt. Nun ja, nach heutigen Maßstäben vielleicht doch. Die Geschichte spielt Anfang der neunziger Jahre, bevor wir routinemäßig den Troponinspiegel untersuchten (einen sehr empfindlichen Indikator für Herzschäden). Damals stellten wir die Diagnose anhand des Elektrokardiogramms und relativ grober Labortests. Ich vermute, dass wir bei Mr. Lemay heute einen kleinen Herzinfarkt diagnostizieren würden – einen subendokardialen Herzmuskelinfarkt. Wie dem auch sei, einige Tage später fuhr er nach Hause. Das war vor über fünfzehn Jahren. Und seither ist er nicht mehr im Krankenhaus gewesen.

Mr. Lemay ist heute zweiundsiebzig. Ich sehe ihn etwa zweimal im Jahr in der Ambulanz. Er ist sehr gesund. Ich habe sehr wenig für ihn getan, mit einer Ausnahme: Ich habe dafür gesorgt, dass sein Blutdruck nicht zu hoch wird. Das ist nichts Besonderes. Es ist nicht schwierig. Dafür braucht man bestimmt keinen Arzt (Schwestern, praktizierende Pflegeexperten und Arzthelferinnen können das ebenso gut). Aber man kann mit ziemlicher Sicherheit sagen, dass es für Patienten wie Mr. Lemay den Unterschied zwischen Leben und Tod bedeutet. Man kann zwar nie sicher sein; aber ich bin davon überzeugt, dass er schon vor Jahren gestorben wäre, wenn ich seinen Bluthochdruck nicht diagnostiziert und angemessen behandelt hätte. Natürlich kam er nicht wegen des Bluthochdrucks in die Notaufnahme, sondern wegen der Schmerzen in der Brust. Doch selbst wenn er keine Symptome gehabt hätte, sondern nur einen anhaltenden Blut-

druck von 202/117, würde ich behaupten, die Behandlung hat ihm das Leben gerettet. Lassen Sie mich erklären, warum ich mir dessen so sicher bin.

Die Auswirkungen des Bluthochdrucks

Obwohl Ärzte seit gut hundert Jahren den Blutdruck messen können, dauerte es lange, bis sie die Gefahren des Bluthochdrucks erkannten. Man wusste beispielsweise, dass Präsident Franklin D. Roosevelt einen hohen Blutdruck hatte – er war zur Zeit seiner Wiederwahl im November 1944 höher als 200/100 –, aber es ist unklar, ob seine Ärzte dies als Problem betrachteten. Sechs Monate später kam es zu einer Krise: Er hatte starke Kopfschmerzen und verlor das Bewusstsein. Sein Blutdruck betrug 300/190. Kurze Zeit später starb er an einer starken Gehirnblutung.²

Noch in den fünfziger Jahren hielten Fachärzte einen hohen Blutdruck bei manchen Patienten sogar für notwendig, weil er die lebenswichtigen Organe mit genügend Blut versorge. Die Versicherungsgesellschaften wussten hingegen schon damals, wie gefährlich Bluthochdruck war. Sie hatten beobachtet, dass das Sterberisiko bei Menschen mit hohem Blutdruck erhöht war, und darum weigerten sie sich oft, sie zu versichern.³

Mitte der sechziger Jahre beschloss die Veteranenbehörde (heute das Veteranenministerium, abgekürzt VA) den Nutzen einer Behandlung jener Menschen zu untersuchen, die zwar einen hohen Blutdruck, aber keine Symptome hatten. Sie gab eine Studie in Auftrag, bei der mehrere ihrer Kliniken zusammenarbeiteten. Diese VA-Studie wählte Männer aus (damals waren fast alle Veteranen Männer), bei denen man Bluthochdruck entdeckt hatte, als sie eigentlich aus ganz anderen Gründen im Krankenhaus lagen. Die Forscher ermittelten den Blutdruck der Männer nach ihrer Entlassung und nahmen diejenigen in die Studie auf, die während ihres Krankenhausaufenthalts einen durchschnittlichen diastolischen Blutdruck zwischen 115 und 129 hatten (die also nach heutigen Maßstäben an schwerem dias-

tolischem Bluthochdruck litten). Da der Gedanke, Menschen ohne Symptome mit Medikamenten zu behandeln, so ungewöhnlich war, achteten die Forscher darauf, dass die Teilnehmer ihre Medikamente tatsächlich einnahmen. Bevor ein Patient teilnehmen durfte, musste er sich einem Test unterziehen, der belegte, dass er regelmäßig ein Medikament einnehmen würde, selbst wenn er sich wohlfühlte.

Dieser Test sah so aus: Jeder potenzielle Teilnehmer bekam zwei Schachteln mit Tabletten (zwei, weil die Forscher korrekt annahmen, dass Patienten in Behandlung zwei Medikamente brauchen würden) und eine Anleitung, wie die Arzneien einzunehmen waren. Die eine Tablette war eine unwirksame Zuckertablette, die andere enthielt Vitamin B₂, auch Riboflavin genannt. Zwei Wochen später trafen sich die Teilnehmer mit Mitarbeitern der Studie, die nachzählten, wie viele Tabletten die Schachteln noch enthielten. Wenn die Zahl stimmte, nahmen die Forscher an, dass das Medikament vorschriftsmäßig eingenommen worden war. Allerdings überprüften sie ihre Patienten noch durch einen einfachen Urintest. Riboflavin färbt den Urin nämlich hellgelb, und die Farbe fluoresziert unter UV-Licht. Fast 50 Prozent der potenziellen Teilnehmer bestanden den Test nicht und wurden daher entlassen, weil man nicht darauf vertrauen konnte, dass sie ihre Medikamente regelmäßig einnehmen würden.

Dieses Ergebnis zeigt, wie groß der Paradigmenwechsel war. Damals nahmen die Menschen einfach nichts ein, wenn sie keine Symptome hatten. Heute ist das normal. In modernen Studien über Bluthochdruckmedikamente werden meist weniger als 20 Prozent der Teilnehmer ausgesondert, weil sie ihr Medikament nicht regelmäßig einnehmen.⁴

Diese Studie war ein echtes Experiment: Die Teilnehmer wurden in zwei Gruppen eingeteilt, und der Zufall entschied, welcher Gruppe ein Patient zugewiesen wurde. Eine Gruppe wurde wegen Bluthochdruck behandelt (sie bekam Hydrochlorothiazid und zusätzlich entweder Reserpin oder Hydralazin). Die andere Gruppe bekam