

Wiederherstellungschirurgie bei Krebspatienten im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik

Abstracts der Round-table Diskussion, DGPW-Kongress, 13. 10. 2005 in Ulm

Em. Prof. Dr. med. Albrecht Encke

Chirurgische Universitätsklinik Frankfurt/Main)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Der erste Satz der Ärztlichen Berufsordnung lautet: *Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.*

Mehr denn je sind wir angesichts begrenzter Ressourcen verpflichtet, bei der Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und bei der Erstellung von medizinischen Leitlinien auch vernünftige Kostenaspekte gegenüber der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten zu berücksichtigen. Diese Einsicht ist nicht neu. Im Jahre 1924 publizierte der Internist Kraus aus der Charite in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift Leitsätze des Reichsgesundheitsrates der Ärzte für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlung der Kranken, die nachlesenswert sind (Dt. Med. Wschr. 1924; 50:391-393).

Der Konflikt von Individualnutzen (Medizinischer Inhalt) und Sozialnutzen (Wirtschaftlichkeit) ist ein Problem der Gesundheitssysteme aller Länder. Priorität muß dabei nach unserem ärztlichen Selbstverständnis der Individualnutzen behalten.

Bei der Behandlung von Krebserkrankungen und der damit verbundenen Wiederherstellungschirurgie müssen allerdings auch unter dem Gesichtspunkt des Individualnutzens aufwändige radikale und eingeschränkte Verfahren zur Palliation und Verbesserung der Lebensqualität gegeneinander abgewogen werden.

Entscheidend sind einmal die kurz-, mittel- und langfristige Prognose der Grunderkrankung, aber auch die Präferenzen des Patienten nach entsprechender, der Situation angemessener Aufklärung. Die Mitwirkung des Patienten bei der Entscheidung zu einer radikalen oder eingeschränkten Maßnahme wurde in der Vergangenheit vernachlässigt.

Als klinische Beispiele für eine differenzierte Entscheidungsfindung können die Behandlung des Mammacarcinoms, des Prostatacarcinoms, des kolo-rektalen und des Gallengangscarcinoms, von Lebermetastasen und die aufwendigen Rekonstruktionsverfahren zum Extremitätenerhalt in der plastischen Chirurgie bösartiger Weichgewebstumoren ebenso wie die Osteosynthese zur Stabilisierung von Spontanfrakturen dienen.

Die Errichtung von interdisziplinären, problemorientierten Zentren (Comprehensive Cancer Centers) erscheint hilfreich für Ärzte und Patienten.

Wichtigste Fragen:

1. Welche Alternative können die Medizin bzw. die medizinischen Fachgesellschaften zur Vermeidung der therapeutischen Fremdbestimmung durch die Ökonomie anbieten?
2. Die Generierung und Implementation qualitativ hochwertiger medizinischer Leitlinien.
3. Die Förderung der Versorgungsforschung zur Evaluation der Ergebnisse der Wiederherstellungschirurgie bei Krebserkrankungen.

Das Thema "Wiederherstellungschirurgie bei Krebspatienten im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik" kann nicht isoliert diskutiert werden und muss deshalb im Kontext gesundheitspolitischer Diskussionen und Weiterentwicklungen betrachtet werden. In diesem Zusammenhang sind neben rein gesundheitspolitischen Fragestellungen auch gesellschaftspolitische Dimensionen bis hin zur Globalisierung angesprochen.

Eine Vision muss sein die Versorgung unter qualitativen wie auch quantitativen Gesichtspunkten den Menschen in unserem Lande auch unter Berücksichtigung der Demographie, des medizinischen Fortschritts und der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung perspektivisch zu sichern und weiter zu entwickeln. Als Ziele lassen sich daraus eine hochwertige qualitative Versorgung, ein effizienter Einsatz der Ressourcen und eine hohe Effektivität herleiten. Um diese Ziele zu erreichen bedarf es einiger wesentlicher Grundsätze in unserem Gesundheitssystem. Hierzu gehören einmal die Transparenz der Strukturen sowie des Leistungsgeschehens. Des Weiteren gehören dazu eine durchgängige Patientenorientierung in den Strukturen wie in den Prozessen, sowie eine Vernetzung unterschiedlicher Sektoren oder eine Überwindung der Sektoren. Darüber hinaus bedarf es eines Qualitätswettbewerbes sowie einer Eigenverantwortung der Menschen und Institutionen.

Um die Ziele zu erreichen bzw. um die formulierten Grundsätze umzusetzen, sind neue Instrumente in unser Gesundheitssystem eingeführt worden. Aus Sicht der Krankenhäuser sind dies insbesondere die Einführung des neuen DRG-Systems, die Möglichkeit neue Behandlungsformen im Krankenhaus durchzuführen, Integrationsverträge abzuschließen und Medizinische Versorgungszentren einzurichten. Ob und in welchem Umfang diese Instrumente dazu geeignet sind, die oben genannten Ziele zu erreichen, darüber wird zu diskutieren sein.

Im Zusammenhang mit der immer wieder gestellten Frage, ob Ökonomie und Ethik überhaupt auf einen Nenner gebracht werden können, vertrete ich die Auffassung, dass die Ökonomie mit ihren Instrumenten durchaus wertvolle Hilfestellung für Qualität und Effizienz auch im Gesundheitssystem bringen kann und muss. Ökonomie darf nur nicht als Selbstzweck verstanden werden. Weitergehend würde ich sogar behaupten, dass die Ökonomie zwingend notwendig ist, da wir nicht davon ausgehen können, dass Ressourcen unbegrenzt zur Verfügung stehen. Bei knappen Ressourcen auf Ökonomie zu verzichten würde aber zwangsläufig zur Verschwendung führen. Verschwendung in der Gesundheitswirtschaft würde aber gleichzeitig mit ethischen Grundsätzen nicht in Einklang zu bringen sein.

Speziell auf die Thematik eingehend ist darüber hinaus festzustellen, dass es innerhalb des Gesundheitssystems darum gehen muss, gewisse Prioritäten zu setzen. Damit hängt auch die Frage der Eigenverantwortung einerseits und Solidarität der Gesellschaft andererseits eng zusammen. Was kann der Einzelne selbst tragen und welche Risiken werden solidarisch getragen?

Die strikte Anwendung des ökonomischen Prinzips, d. h. eines sinnvollen, wenn nicht gar rationalen Verhältnisses zwischen Input (also Aufwand gleich Kosten) und Output (also Nutzen) erscheint bei der Beurteilung von therapeutischen Massnahmen bei Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen oftmals fragwürdig. Stattdessen wird argumentiert, dass gerade bei diesen Patienten das ärztliche Ethos zur Handlung verpflichtet und dass letztlich alles versucht werden sollte, um den schwerstkranken Patienten zu retten. Dabei wird oft verkannt, dass Ökonomie und Ethik gerade im Hinblick auf dieses spezifische Patientenkontext mitnichten im Widerspruch stehen, sondern nahezu vollständig deckungsgleichen Maximen folgen. Die Behandlung von schwerstkranken Tumorkranken mit teilweise infausten Prognosen muss nämlich darauf abzielen, Nutzen und Aufwand in ein vernünftiges Verhältnis zu setzen, um dem Patienten unnötige iatrogene Torturen ohne jegliche Verbesserung seiner Lebens- bzw. Überlebenssituation zu ersparen.

Das bestehende Dilemma liegt darin, dass die Effizienzdimension der therapeutischen Massnahmen in den allermeisten Studien bislang nicht berücksichtigt wurde und deshalb hierzu so gut wie keine Daten vorliegen. Weiterhin ist nur auf der Basis von extrem groben Rastern nachvollziehbar, welche Individualfaktoren massgeblichen Einfluss auf die Effektivität einer spezifischen therapeutischen Massnahme haben und damit über die Outcome-Dimension bestimmen. Die statistischen Überlebenskurven sagen über das zu erwartende Individualergebnis letztlich nichts aus. Die statistisch gemessenen Überlebensraten, die selbst bei fortgeschrittenen Karzinomen mit ungünstiger Prognose 20 % und mehr betragen können, rechtfertigen in keiner Weise einen systemischen Rationierungsansatz, um unnötige Kosten zu sparen. Vielmehr wird es darauf ankommen, wesentlich feinkörniger, beispielsweise auch auf der Basis genotypischer Untersuchungen das Zusammenspiel der einzelnen Faktoren im Hinblick auf die Nutzenprognose der eingesetzten therapeutischen Massnahme zu verstehen. Dies gestaltet sich allein schon aus methodischen Gründen als überaus schwierig, muss aber dringend weiter vorangetrieben werden.

Im Sinne einer Ökonomie der solidarisch finanzierten Ressourcen ist es auch aus qualitativen und damit eben gerade aus ethischen Gesichtspunkten sinnvoll und notwendig, die komplexe und interdisziplinäre Behandlung von Tumorkranken in wenigen grossen Zentren zu bündeln. Für den deutschen Gesundheitsmarkt bedeutet dies, dass 40 Zentren bundesweit eher die Obergrenze darstellen. Die dort kumulierte Erfahrung erlaubt

1. in kurzer Zeit mehr über die oben erwähnte multifaktorielle Beziehung zwischen Individualfaktoren und Outcome zu verstehen,
2. Skaleneffekte zu realisieren, die die prinzipiell hohen Fixkosten auf grössere Stückmengen allozieren, und
3. eine qualitativ hochwertigere und damit für den Patienten benefiziellere Versorgung zu ermöglichen.

Es deutet Vieles darauf hin, dass die Effizienzreserven bei der Versorgung von Tumorkranken des Kopf-Hals-Bereichs immens sind, und dass eine Adressierung derselben durch adäquates Management auch zu einer Verbesserung der Effektivität der Behandlung führt. Solange diese Reserven nicht konsequent, d. h. auch mit entsprechenden Versorgungsstrukturen gehoben sind, ist eine Diskussion über die ethische Vertretbarkeit einer Begrenzung von medizinischen Leistungen obsolet.

Der medizinische Fortschritt der letzten 30 Jahre hat zu Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie zahlreicher Erkrankungen geführt. Damit verbunden ist jedoch eine erhebliche Kostensteigerung. Ein Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Eine 30jährige Patientin mit einem parossalen Osteosarkom der proximalen Tibia mit Übergreifen des Tumors auf den distalen Femur wird nach neoadjuvanter Chemotherapie in der Orthopädischen Universitätsklinik Hamburg vorgestellt. Die Diagnostik mittels MRT zeigt, dass der Tumor durch eine weite Resektion Extremitäten erhaltend zu resezierbar ist. Alternativ käme eine Oberschenkelamputation in Frage. Eine Oberschenkelamputation bedeutet eine OP-Zeit von ca. 1 ½ Stunden, beinhaltet ein niedriges OP-Risiko und bedarf postoperativ der Versorgung mit einer Exo-Prothese. Die Patientin wäre nach ca. 2 Monaten wieder voll belastungsfähig. Die extraartikuläre Resektion mit prothetischem Ersatz des Kniegelenkes und Streckersatz durch Gastrocnemiusplastik bedeutet eine OP-Zeit von ca. 6 Stunden, hat ein hohes Risiko einer postoperativen Infektion mit der Notwendigkeit von Revisionseingriffen bis hin zur nachfolgenden Amputation, erfordert postoperativ eine Entlastung der Extremität in Streckstellung von ca. 6 Wochen und ist erst nach 3 Monaten wieder voll belastungsfähig. Somit ist der Extremitätenerhalt, der meistens von den Patienten gewünscht wird, als risikoreicheres und teureres Therapieverfahren bei gleichem onkologischem Ergebnis zu betrachten.

Das Beispiel zeigt, dass der Fortschritt in der Medizin – Entwicklung der technischen Voraussetzungen wie hier der Prothese, die es erst seit ca. 30 Jahren gibt, sowie der operationstechnischen Möglichkeiten – eine Therapieoption anbietet, die mit deutlich höheren Kosten verbunden ist. Der Fall wirft somit folgende Fragen auf:

1. Ist der technische Fortschritt wirklich ein Fortschritt, wenn die Belastungen für den Patienten durch die Operation und das Operationsrisiko deutlich erhöht sind?
2. Sind wir aus ethischen Gründen verpflichtet, dem Wunsch des Patienten nach körperlicher Integrität zu folgen, wissend dass wir gleichzeitig die Gesellschaft mit höheren Kosten (Diagnostik, OP, Folge-OP, Vorhaltung spezialisierter Zentren) belasten?
3. Sind wir berechtigt, viel Geld in die Forschung zu investieren, wissend dass schon heute das medizinisch Mögliche nicht für alle bezahlbar ist?

Wie derzeit alle medizinischen Bereiche steht auch die Wiederherstellungschirurgie bei Krebspatienten unter einem zunehmenden ökonomischen Druck. Der medizinisch-technische Fortschritt und die Alterung der Bevölkerung treiben die Gesundheitsausgaben in die Höhe, während gleichzeitig die Einnahmen stagnieren. Die resultierende Diskrepanz zwischen medizinisch sinnvoll Machbarem und (solidarisch) finanzierbarem erfordert Einschnitte, d.h. Rationierungen, im Versorgungssystem, da der Kostendruck nicht hinreichend durch Rationalisierungsreserven aufgefangen werden kann. Damit stellt sich auch in der Wiederherstellungschirurgie immer häufiger die Frage, ob das gesamte Spektrum der Möglichkeiten noch ausgenutzt werden kann bzw. soll. Diese Frage hat dabei zwei Dimensionen, eine individuelle und eine gesellschaftliche:

(1) Zum einen ist in Bezug auf den individuellen Krebspatienten zu fragen, ob er von einem rekonstruktiven Eingriff noch profitieren kann, d.h. insgesamt mehr Nutzen als Schaden haben wird. Hierfür in ethischer Hinsicht einschlägig sind die klassischen medizinethischen Prinzipien des Nutzens, Nichtschadens und des Respekts der Autonomie des Patienten. Besondere Schwierigkeiten bereitet hierbei häufig die prognostische Unsicherheit.

(2) Zum anderen ist in überindividueller Perspektive zu fragen, ob aufwändige Wiederherstellungsoperationen angesichts der knappen Kassen überhaupt noch zu finanzieren sind. In ethischer Hinsicht werden hierbei Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aufgeworfen: An welchen *Kriterien* soll sich die Zuteilung kostenintensiver Maßnahmen orientieren? Wer Nach welchen *Verfahren* können begrenzte Ressourcen fair verteilt werden? Wer soll über die Verteilungskriterien entscheiden? Hier kann man zwei verschiedene Formen der Rationierung unterscheiden, die jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile aufweisen. Bei der *expliziten* Rationierung wird anhand ausdrücklicher, für alle Fälle verbindlicher Kriterien entschieden, während bei der *impliziten* Rationierung die Zuteilungsentscheidungen von ärztlicher Seite im individuellen Arzt-Patient-Kontakt gefällt werden. Aus ethischer Perspektive ist eine explizite Rationierung mittels Versorgungsstandards zu bevorzugen, da diese transparent, konsistent, medizinisch rationaler und durch die Gleichbehandlung der Patienten auch gerechter ist. Bei der Erstellung dieser Standards sollte vor allem auch das Kosten-Nutzen-Profil medizinischer Maßnahmen berücksichtigt werden, um einen – auch ethisch gebotenen – effizienten Mitteleinsatz zu fördern. Allerdings dürfen Patienten, denen nur mit sehr teuren Therapien geholfen werden kann, der Zugang zur Versorgung aus Gerechtigkeitsgründen nicht vollständig verschlossen werden.

Individuelle und gesellschaftliche Allokation sind dabei nicht unabhängig von einander. Jede Maßnahmen, die im Einzelfall nicht durchgeführt wird, spart dem Gesamtsystem Geld. Solange es aber noch keinen gesellschaftlichen Konsens über die maßgeblichen Verteilungskriterien und -standards gibt, erscheint das Vorenthalten von Maßnahmen im Einzelfall allein aus Kostengründen ethisch problematisch. Die Zuteilung sollte sich vielmehr an dem individuellen Nutzen-Schaden-Verhältnis und den Präferenzen des Patienten orientieren. Dies sind nicht immer auf eine Maximaltherapie ausgerichtet, sodass sich – sekundär (!) – durchaus Einsparungen ergeben können.

Wer die Diskussionen um die Gesundheitsreform und die Suche nach einem für alle gerechten Verteilungssystem mitverfolgt, kann ins Zweifeln darüber kommen, ob sich ein solches System finden lässt. Zu weit klaffen die individuellen Erwartungshaltungen an die Medizin und die damit verbundenen Kosten einerseits und die ins Wanken gekommenen Möglichkeiten des Sozialstaats andererseits auseinander. Die ethische Herausforderung besteht darin zu verhindern, dass das alte Sprichwort Wirklichkeit wird: „Gott schickt jedem die Schmerzen, Heilung aber nur den Reichen.“

Als theologischer Ethiker beruht mein Beitrag einmal auf dem biblischen Verständnis von Gerechtigkeit, dessen Ethos sich nicht in der Forderung nach Gerechtigkeit im Sinne gleicher Verteilung von Gütern erschöpft, sondern wesentlich auf die persönliche Zuwendung baut, die besonders den Armen, Schwachen und Benachteiligten gilt. Das meint im Sinne jüdisch-christlicher Philosophie die Verantwortung für das konkrete „Du“ eines anderen. In diesem intersubjektiven Prozess werden die ethischen Normen und Werte geprägt, nicht vorrangig auf Grund rein rational-philosophischer oder empirischer, naturwissenschaftlicher oder ökonomischer Untersuchungen. Für die Praxis gibt dies der Einzelfallentscheidung und der individuellen Verantwortung aller Beteiligten füreinander besonderes Gewicht.

Weil das Christentum Heil und irdisches Wohl nicht voneinander unterscheidet, sondern einander zuordnet, ist das Bemühen um Heilung, um die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit legitim und im Sinne der Nächstenliebe auch geboten. Meinen zweiten Akzent möchte ich deshalb auf den Begriff der Heilung legen, der mir in den Spannungsfeldern heutiger Medizin zu einseitig gebraucht wird. Eine christlich geprägte Sicht von Gesundheit ist nicht einfach gleichbedeutend mit einem *Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens* und eines *Freiseins von Krankheit und Gebrechen* (WHO). Gesundheit meint vielmehr die *Fähigkeit zum Leben*, welche die *Fähigkeit zum Leiden* einschließt und dabei die Begrenztheit menschlichen Leben, das „existentielle Limit“, nicht verleugnet.

Aus langjähriger seelsorglicher Begleitung krebserkrankter Patienten ist mir ein Verständnis von Heilung wichtig geworden, das sich nicht in einer „*restitutio ad integrum*“, der Wiederherstellung einer Störung erschöpft. Heilung kann - neben der Selbstheilung oder des kurativen Wiederherstellens durch medizinische Hilfe - auch geschehen durch das Leben lernen mit Grenzen, Behinderungen und Einschränkungen. Manche Tumorkranke lernen in einem langen Krankheitsverlauf auch mit dem Gedanken an das eigene Sterben zu leben. Zu diesem Verständnis von Heilung gehört dann wesentlich das Schaffen neuer Beziehungen zu sich selbst, zu anderen Menschen, für Glaubende zu Gott, bei manchen Patienten sogar dem Tod gegenüber.

Es liegt auf der Hand, dass derartige Prozesse gute Begleitung von interdisziplinären Behandlungsteams bedürfen, in denen einfühlsame Wahrhaftigkeit und die nötige Zeit dafür eine wichtige Rolle spielen. Gleichzeitig braucht es das Bestreben, Spannungsfelder wie das zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik durch ein Zusammenspiel von individueller und sozial-solidarischer Verantwortung erträglich zu gestalten und zu entspannen.