

Wiederherstellungschirurgie bei Krebspatienten im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik

Andreas Schapowal¹, Thomas Wigant², Doris Henne-Bruns³

¹Schweizerische Akademie für Medizin und Ethik, ²Caritas-Krankenhaus, Bad Mergentheim, ³Abteilung Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinik Ulm

Einleitung

Weltweit reichen die Ressourcen im Gesundheitswesen nicht aus, um allen Erkrankten die optimale Betreuung zu ermöglichen. Die Gründe für die immer knappere Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen sind vielfältig. Der medizinische Fortschritt in Diagnostik und Therapie führt ebenso zu höheren Kosten wie die höhere Lebenserwartung, die niedrigere Geburtenrate, die wirtschaftliche Lage mit vermehrter Arbeitslosigkeit, sowie die steigenden Kosten für Personal- und Sachkosten. Entsprechend sind die letzten 20 Jahren der deutschen Gesundheitspolitik durch ständige Reformen gekennzeichnet, ohne dass ein Durchbruch erzielt werden konnte.

Der Grundsatz „*Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes*“ in unserer Ärztlichen Berufsordnung verpflichtet jeden einzelnen Arzt zu verantwortungsvollem Handeln sowohl seinem Patienten als auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten gegenüber.

Bei der Behandlung von Krebserkrankungen und der damit verbundenen Wiederherstellungschirurgie müssen schon unter dem Gesichtspunkt des Individualnutzens allein aufwändige radikale gegen eingeschränkte Verfahren der Palliation gegeneinander abgewogen werden: Welche Therapie verbessert mit Wahrscheinlichkeit die Lebensqualität im Einzelfall mehr? Entscheidend sind dabei die Präferenzen des Patienten nach der Situation angemessener Aufklärung über die kurz-, mittel- und langfristige Prognose der Grunderkrankung und die zur Verfügung stehenden Optionen der Behandlung.

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.

Bei der 43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie in Ulm fand am 13. 10. 2005 eine Roundtable-Diskussion zum Thema „Wiederherstellungschirurgie bei Krebspatienten im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik“ statt. Teilnehmer waren Prof. Dr. med. em. Albrecht Encke, Emeritus für Chirurgie an der Universität Frankfurt und Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftli-

chen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Dipl.-Ök. Heinz Kölking, Geschäftsführer Diakoniekrankenhaus, Rotenburg/Wümme und Präsident Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Prof. Dr. med. Matthias Schönermark, Professor für Management, Medizinische Hochschule Hannover, Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns, Direktorin der Abteilung Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Ulm, PD Dr. med. Georg Marckmann MPH, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen, Dipl.-Theol. Thomas Wigant MA, Medizinethiker an der Universitätsklinik Heidelberg, sowie als Diskussionsleiter PD Dr. med. Dr. h. c. Andreas Schapowal, Präsident Schweizerische Akademie für Medizin und Ethik.

In der Diskussionen wurden wesentlichen Fragen aus den Bereichen Chirurgie, Gesundheitsökonomie und Medizinethik diskutiert:

Ist der technische Fortschritt wirklich ein Fortschritt, wenn die Belastungen für den Patienten durch die Operation und das Operationsrisiko deutlich erhöht sind? Wo sind Defizite in der Forschung? Gibt es genug Kooperation und Transparenz unter den Medizinern? Wird die Versorgungsforschung zur Evaluation der Ergebnisse der Wiederherstellungschirurgie bei Krebserkrankungen genug gefördert? Sind wir berechtigt, viel Geld in die Forschung zu investieren, wissend dass schon heute das medizinisch Mögliche nicht für alle bezahlbar ist? Sind die bestehenden Leitlinien ausreichend, oder müsste mit Nachdruck an der Generierung und Implementierung qualitativ hochwertiger medizinischer Leitlinien weiter gearbeitet werden? Ist das vorliegende Zahlenmaterial der Partner im Gesundheitswesen für eine faire Nutzen-Risiko-Kosten-Abwägung der Wiederherstellenden Chirurgie ausreichend, transparent und für alle verfügbar? Was kann der Einzelne selbst tragen und welche Risiken werden solidarisch getragen (Bürgerversicherung – Grundversorgung – Eigenleistung – Risikoversicherung – „Caring capacity versus carrying capacity“)? Welche Alternative können die Medizin bzw. die medizinischen Fachgesellschaften zur Vermeidung der therapeutischen Fremdbestimmung durch die Ökonomie anbieten? Ist ein zentrales, korrekt und umfassend geführtes Tumorregister dem föderales System vorzuziehen? Sollte eine Qualitätskontrolle der Zentren durchgeführt werden und Grundlage für Entscheidungen sein? Sind Rationalisierung oder Rationierung Option für unsere Gesellschaft, um die Kosten zu senken? Wie können wir die medizinische Versorgung auf dem wünschenswerten Niveau unter veränderten Rahmenbedingungen sichern? Wie können die knappen Ressourcen im Gesundheitsbereich unseres Landes so effizient und so effektiv wie möglich eingesetzt werden? Wie kann man die Wiederherstellungschirurgie im Kontext der Diskussion zur Gesundheitsökonomie einordnen? 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? Welche Rolle spielen Alter, Lebenserwar-

tung, Ko-Morbidität des Patienten? Sollte eine Triage durchgeführt werden, wenn ja, durch wen? Sind Prävention, Prophylaxe und Palliation nicht nur sinnvoll, sondern auch Kosten sparend und deshalb vordringlich zu fördern? Müsste ein gesellschaftlicher Diskurs über das Menschen- und Weltbild, über spirituelle Gesundheit, über Sterbebegleitung und Patientenverfügung offen geführt, von Medizinerinnen, Theologen, Gesundheitsökonominnen und Politikerinnen offen geführt werden, um einen Konsens zu erzielen, oder ist das in unserer pluralistischen, säkularisierten Gesellschaft nicht wünschenswert?

Vergessene Dimensionen von Gerechtigkeit und Heilung

Beitrag von Dipl.-Theol. Thomas Wigant MA zur theologischer Ethik

Wer die Diskussionen um die Gesundheitsreform und die Suche nach einem für alle gerechten Verteilungssystem mitverfolgt, kann ins Zweifeln kommen, ob sich ein solches System finden lässt. Zu weit klaffen die individuellen Erwartungshaltungen an die Medizin und damit verbundene Kosten einerseits und die an ihre Grenzen gekommenen Möglichkeiten des Sozialstaats andererseits auseinander.

Die ethische Herausforderung besteht in der Praxis darin zu verhindern, dass ein altes Sprichwort Wirklichkeit wird: „Gott schickt jedem die Schmerzen, Heilung aber nur den Reichen.“ Dieser Beitrag aus der Perspektive theologischer Ethik richtet den Blick auf Dimensionen der Begriffe Gerechtigkeit und Heilung, die der aktuellen Debatte um die Reform des Gesundheitswesens wichtige Impulse geben können.

1. Gerechtigkeit – mehr als die gleiche Verteilung von Gütern

An der notwendigen Diskussion darüber, wo im Gesundheitssystem gespart werden muss und wie Ressourcen gerecht verteilt werden können, führt kein Weg vorbei. Die öffentliche Diskussion geschieht mit einer großen Sensibilität, um was bzw. um wen es im Gesundheitssystem letztlich geht. So war im Herbst 2004 die Empörung nicht nur unter Medizinerinnen und Pflegenden groß, als der damalige kaufmännische Vorstand des Leipziger Universitätsklinikums am 29. 9. 2004 in der Leipziger Volkszeitung den Vergleich zwischen einer Klinik und einer Autowerkstatt vornahm und beiden zu 98,5% die gleichen Gene zuschrieb. Bei allen möglicherweise gegebenen betriebswirtschaftlichen Parallelen schien hier in der Argumentation eine Grenze überschritten zu sein, die ein Gespür für eine weitere Dimension von Gerechtigkeit offenbart, der hier nachgegangen werden soll.

Gemäß biblischem Verständnis erschöpft sich das Ethos von Gerechtigkeit nicht in der Forderung nach gleicher Verteilung von Gütern. Es beruht wesentlich auf der persönlichen Zuwendung, die besonders Armen, Schwachen und Benachteiligten gilt. Es geht dabei um die Verletzlichkeit des Menschen in all ihren Dimensionen, die einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen voraussetzt.

Jüdisch-christliche Philosophie macht hier die Verantwortung für das konkrete „Du“ eines anderen Menschen fest. In der Begegnung von Mensch zu Mensch, im intersubjektiven Prozess werden ethische Normen und Werte geprägt, nicht allein auf Grund empirischer, naturwissenschaftlicher oder ökonomischer Untersuchungen.

Entsprechend verweist die Bundesärztekammer beispielsweise darauf, dass therapiebegrenzende Entscheidungen nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden dürfen, sondern jeweils im Einzelfall in der Begegnung zwischen Patient bzw. dessen Stellvertreter und Arzt im Behandlungsprozess getroffen werden müssen [Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2004; 19,; Präambel, Dokumentation 1-2]. Für die Praxis gibt dies der Einzelfallentscheidung und der individuellen Verantwortung aller Beteiligten füreinander besonderes Gewicht.

Eine Konsequenz daraus könnte etwa sein, verstärkt Strukturen ethischer Reflexion an Kliniken und Krankenhäusern einzurichten, wie z. B. klinische Ethikkomitees oder Ethikberatungsdienste, die helfen können, diesen Entscheidungsspielraum nutzen und tragfähige Entscheidungen treffen zu können.

2. „Therapie“ als heilsame Begegnung und Beziehung

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. Ein zweiter Akzent sei deshalb auf Dimensionen des Wortes „Heilung“ gelegt, die in den Spannungsfeldern heutiger Medizin Gefahr laufen, vergessen zu werden.

Eine christlich geprägte Sicht von Gesundheit ist nicht einfach gleichbedeutend mit einem „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und eines Frei-seins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO). Gesundheit meint vielmehr die Fähigkeit zum Leben, die wiederum die Fähigkeit zum Leiden einschließt und dabei die Begrenztheit menschlichen Leben, das „existentielle Limit“, nicht verleugnet.

Neben den heilenden Möglichkeiten der Medizin im Sinne eines kurativen Eingreifens, kennt schon die Bedeutungsfülle der griechischen Vokabel *θεραπεύειν* (*therapeúein*) andere Dimensionen, die von „Diener sein, freundlich behandeln, zu gewinnen suchen“ bis zu „pflegen, sorgfältig behandeln, heilen“ reichen [Gemoll, Wilhelm: Griechisch-Deutsches Schul- und Handwörterbuch. München 1954: 3722]. Es geht also um einen Beziehungsprozess, der gestaltet sein will, und nicht um eine rein handwerklich ausgerichtete Tätigkeit. In der Tradition anthropologischer Zugänge zu medizinischen Behandlungen und der Entwicklung der psychosomatischen Medizin, wie sie gerade in Heidelberg prägend wurde (Viktor von Weizsäcker, Ludolf von Krehl u.a.), unterscheidet der lange dort lehrende Medizinethiker Dietrich Ritschl vier verschiedene Weisen von Heilung [Ritschl, Dietrich: Zur Theorie und Ethik der

Medizin. Neukirchen-Vluyn 2004: 220 ff.]. Diesen Ansatz aufgreifend, kommt in ärztlicher und pflegerischer Behandlung von Patienten heilendes Tun nie an ein Ende, so lange ein Mensch lebt. Es erschöpft sich nicht in der Wiederherstellung einer Störung. Heilung kann - neben der Selbstheilung oder dem kurativen Wiederherstellen durch medizinische Hilfe - auch geschehen durch ein Leben lernen mit Grenzen, Behinderungen und Einschränkungen. Manche Tumorpatienten lernen in einem langen Krankheitsverlauf auch mit dem Gedanken an das eigene Sterben zu leben. Zu dieser vierten Weise 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 guter Begleitung von interdisziplinären Behandlungsteams bedürfen, in denen einfühlsame Wahrhaftigkeit und die nötige Zeit dafür eine wichtige Rolle spielen. Spätestens hier stoßen wir wieder auf das Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik. Gefragt ist in notwendiger Ergänzung ökonomischer Expertise das Bestreben, dieses Spannungsfeld durch ein Zusammenspiel von individueller und sozial-solidarischer Verantwortung erträglich zu gestalten. Dazu braucht es vor allem eines: Menschen, die Zeit, Kraft und Kompetenz haben, heilende Beziehungen zu gestalten.

Tumorchirurgie im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsökonomie und Ethik

Beitrag von von Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns aus Sicht der Chirurgin

Der medizinische Fortschritt der letzten 30 Jahre hat zu Verbesserungen in der Diagnostik wie Therapie zahlreicher Erkrankungen geführt. Damit verbunden ist jedoch auch eine erhebliche Kostensteigerung. Ein Fallbeispiel soll dieses 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 in Hamburg vorgestellt (die Falldokumentation wurde freundlicherweise von Herrn Prof. Dr. med. Jürgen Bruns zur Verfügung gestellt). Die Diagnostik mittels MRT zeigt, dass der Tumor durch eine weite Resektion Extremitäten erhaltend zu reseziieren 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 voll wieder 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. sechs Wochen und ist nach drei Monaten erst wieder voll belastungsfähig.

Somit ist der Extremitätenerhalt, der meistens von den Patienten gewünscht wird, als risiko-reicheres und teureres Therapieverfahren zu betrachten bei gleichem onkologischem Ergebnis.

Das Beispiel zeigt, dass der Fortschritt in der Medizin, wie z. B. die Entwicklung der technischen Möglichkeiten (Prothese) sowie die Entwicklung neuer Operationstechniken Therapieoptionen anbietet, welche mit deutlich höheren Kosten verbunden sein können. Das Fallbeispiel wirft somit folgende Fragen auf:

Ist der technische Fortschritt wirklich ein Fortschritt, wenn die Belastungen für den Patienten durch die Operation und das Operationsrisiko deutlich erhöht sind?

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?

Sind wir berechtigt, viel Geld in die Forschung zu investieren, wissend, dass schon heute das medizinisch Mögliche nicht für alle bezahlbar ist?

Betrachtet man die Belastungssituation für den Patienten etwas detaillierter, so ist festzustellen, dass sich die zwei Therapieoptionen bezüglich der Art der Belastung deutlich unterscheiden. Mit der Amputation der Extremität ist zwar eine geringere OP-Komplikationsrate bzw. Belastung durch die Länge der stationären wie ambulanten Behandlung verbunden, jedoch ist davon auszugehen, dass der Verlust einer Extremität eine erhebliche psychische Belastung, bedingt durch den Verlust der körperlichen Integrität, darstellt.

Die Frage, welche Belastungssituation für den Patienten die schwerer wiegende ist, wird sich präoperativ nur bedingt beantworten lassen. Jeder Patient hofft bzw. geht davon aus, dass auch große Eingriffe ohne Komplikationen durchgeführt werden können. Erst mit der individuellen Erfahrung, z. B. einer Protheseninfektion und daraus folgend längerfristigen Hospitalisation mit zahlreichen Wiederholungseingriffen wird er sich selbst ggf. die Frage stellen, ob der Wunsch nach Extremitätenerhalt seinen Preis wert war.

Nur durch eine detaillierte Aufklärung und Beratung des Patienten in Abhängigkeit von seiner Gesamtsituation (Alter, Komorbidität, Aktivität etc.) kann man versuchen, das individuelle Operationsrisiko sowie die Grenzen der Belastbarkeit zu evaluieren. Hierbei sollten weder der Ehrgeiz des Operateurs noch die potentiell entstehenden Kosten die individuelle Beratung des Patienten beeinflussen.

Das dabei bestehende Problem der Doppelfunktion des Arztes im Sinne der Verantwortung zum einen dem einzelnen Patienten gegenüber bzw. zum anderen der Gesellschaft gegenüber hat schon der Philosoph Hans Jonas in seinem Werk „Technik, Medizin und Ethik“ themati-

siert: „Denn natürlich war unser anfängliches Bild von Singularverhältnis zwischen Arzt und Patient, so als ob sie allein auf der Welt wären, eine Fiktion, die nur die therapeutisch primäre, aber nicht die ganze Pflichtbeziehung des Arztes ausdrückt. Immer ist der Plural mit dabei. Denn immer ist der Arzt auch Beauftragter der Gesellschaft und Diener der öffentlichen Gesundheit.“ [Jonas, Hans: Technik, Medizin und Ethik, Suhrkamp Taschenbuchverlag, 1. Auflage 1987: 1544].

In der individuellen Patientenentscheidung wird sich der Arzt dieses Konfliktes immer wieder bewusst werden, ohne dass es eine allgemein gültige Lösung bei knapper werdenden Ressourcen geben kann. Jede allgemein gültige Lösung (Kriterienkatalog) würde immer die Ausgrenzung eines ganzen Patientenkollektives bedeuten, d. h. selektionieren. Zum komplexen Problem der Selektion bzw. zur Frage nach ihrer Berechtigung sei an dieser Stelle auf Hans Jonas' Ausführungen zu Technik, Medizin und Ethik verwiesen.

Ein analoger Konflikt ist auch für den Bereich Forschung offensichtlich. Die Verbesserung der Versorgung bedingt Entwicklungskosten ggf. in der Folge höhere Therapiekosten, bedingt durch aufwändigere Verfahren. Eine Begrenzung der Forschung per se ist weder möglich noch rational begründbar, da allein die Hypothese „neue Entwicklung = höhere Kosten für das Gesundheitswesen“ in dieser verflachten Form nicht haltbar ist.

Schlussbemerkungen

Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion waren sich einig, dass Ärzte angesichts begrenzter Ressourcen mehr denn je verpflichtet sind, bei der Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vernünftige Kostenaspekte gegenüber der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten zu berücksichtigen. Voraussetzung für Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen sind die Transparenz der Strukturen des Gesundheitssystems und des Leistungsgeschehens. Alternativen der Medizin bzw. der medizinischen Fachgesellschaften zur Vermeidung der Fremdbestimmung der Therapie durch die Ökonomie sind dringend erforderlich. Qualitativ hochwertige medizinische Leitlinien, die vernünftige Kostenaspekte mit einbeziehen, müssen erarbeitet, implementiert und periodisch aktualisiert werden. Die Versorgungsforschung zur Evaluation der Ergebnisse der Wiederherstellungschirurgie bei Krebserkrankungen muss nachhaltig gefördert werden. Die Errichtung von interdisziplinären, problemorientierten Zentren (Comprehensive Cancer Centers) erscheint hilfreich für Ärzte und Patienten. Eigenverantwortung von Menschen und Institutionen sollten ebenso gefördert werden und lohnenswert sein wie der Qualitätswettbewerb von Krankenversicherungen und medizinischen Einrichtungen.

Die Frage der Eigenverantwortung einerseits und der Solidarität andererseits hängen eng zusammen: Was kann der Einzelne selbst tragen und welche Risiken werden solidarisch getra-

gen? Der aktuell erneut begonnene politische Diskurs sollte in einen von der breiten Mehrheit der Bevölkerungen mitgetragenen Konsens münden. Wenn alle am Gesundheitswesen Beteiligten sich in „Ehrfurcht vor dem Leben“ im Sinne der Philosophie von Albert Schweitzer, mit grossem Engagement und gegenseitigem Respekt um die Lösung der komplexen Probleme bemühen, sollte dies gelingen.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Dr. h. c. Andreas Schapowal
Schweizerische Akademie für Medizin und Ethik
Hochwangstr. 3
CH-7302 Landquart
E-mail: andreas@schapowal.ch