

Palliativmedizin: ein Fall von Rationierung?

Ein anderer Blick auf die Debatte um
Priorisierung in der Medizin

Norbert Schmacke

Von Rationierung und Routinen

Rationierung von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen ist in Deutschland nach wie vor ein Tabuthema. Noch immer wird in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig verkannt, dass man nicht nicht rationieren kann: Es gibt kein anerkanntes Maß für „genügende“ Leistungen, und es gibt vor allem eine gewissermaßen stillschweigend akzeptierte bis verkannte Hierarchie bezüglich der Durchsetzungsfähigkeit von Leistungen im Finanzierungssystem. Rationierung im engeren Sinne liegt einer Definition der zentralen Ethikkommission gemäß dann vor, *„wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden.“* (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) 2000). Inzwischen mehren sich die Stimmen, die eine explizite wissenschaftlich getriebene und öffentlich geführte Debatte um Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen fordern. Dies ist ein relativer Fortschritt, weil es sich nie auszahlt, wie der Volksmund sagt, den Kopf in den Sand zu stecken. Die exponentiell wachsende Lite-

ratur zur Frage der Rationierung medizinischer Leistungen¹ klammert allerdings, so der Grundgedanke der nachfolgenden Ausführungen, eine zentrale Frage in aller Regel aus: Wodurch werden die mächtigen Versorgungsroutinen in der Medizin bestimmt? Die nachfolgenden Ausführungen gehen von der Annahme aus, dass es ausgesprochen schwierig ist, den Alltag in Klinik und Praxis mit seiner inneren Logik auf den Prüfstand zu stellen. Wie ausführlicher gezeigt werden soll, üben nun aber genau die dominanten Handlungsmuster in Praxis und Klinik einen gewaltigen Einfluss auf die Verteilungsspielräume in der Versorgung aus. Dies gilt in besonderem Maße für das Verhältnis von Kuration und Palliation. Es stellt sich heraus, dass die „Rule of Rescue“ weit über den sich selbst verstehenden Ansatz hinaus mächtig ist: Das „Retten von Leben“ oder die „Priorisierung lebensrettender Maßnahmen“ erscheint als ein nicht weiter begründungspflichtiges Ziel, dem sich alle anderen Ziele unterzuordnen haben. Dies führt in der Praxis dazu, dass auch das bloße Versprechen einer Heilung immer noch wirkmächtig bleibt, wenn selbst auch nur die leiseste Aussicht auf eine Lebensverlängerung illusionär ist. Palliation im Sinne von grundlegender Orientierung auf Lebensqualität bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen jenseits aller Versprechungen auf Verlängerung der Lebensdauer hat demgegenüber zwar in den letzten Jahrzehnten an Ansehen gewonnen, gerät aber im Alltag unter enormen Konkurrenzdruck gegenüber den sogenannten kurativen therapeutischen Ansätzen. Die Situation verkompliziert sich noch dadurch, dass seit kurzem vor allem für den Einsatz der Chemotherapie bei weit fortgeschrittenen Tumorleiden unter der Überschrift „Palliation“ auch dann geworben wird, wenn der Nachweis einer Verbesserung der Lebensqualität in den zugrunde liegenden klinischen Studien nicht erbracht wird. Kein anderer Begriff ist so sehr geeignet, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdebatten zu verunmöglichen wie Krebs. Dies soll zunächst an drei Beispielen der Krebstherapie veranschau-

1 Am 27.11.2009 wies PubMed für Rationing Health Care rund 9600 Nachweise auf, zeitgleich lieferte für diesen Suchbegriff scholar.google.com 108.000 Hinweise, google.de 1.540.000 Hinweise.

licht werden, um die schwierige Positionierung der Palliativmedizin in den Alltagsroutinen der Medizin zu verdeutlichen und danach eine Gesamtbilanz zum Thema „Rationierung bzw. Posteriorisierung von Palliativmedizin“ vorzustellen.

Thema Prostatakrebs

Es kann in Kenntnis der Studienlage zur Behandlung des Prostatakarzinoms kein Zweifel aufkommen, dass die Hauptbetroffenengruppe älterer Männer bei Anwendung radikaler Behandlungsmethoden (vollständige Entfernung oder Bestrahlung der Vorsteherdrüse) sehr oft unter einem Übermaß an Nebenwirkungen (Impotenz und Inkontinenz) leidet, und dass die Überlegenheit des radikalen Vorgehens bezüglich erhoffter Lebenserwartung zumindest im fortgeschrittenen Lebensalter gegenüber einem konservativen Vorgehen (Abwarten und symptomatisches Behandeln bei Auftreten von Beschwerden) nicht gegeben ist. Neue Hoffnungsträger wie die Protonentherapie, denen aufgrund höherer „Treffsicherheit“ ein geringeres Maß an Nebenwirkungen zugesprochen wird, sind bislang in Studien nicht ausreichend untersucht. In dieser Situation erscheint das aktive bis aggressive Werben für den Einsatz der Früherkennungsuntersuchung mittels PSA (prostataspezifisches Antigen) ethisch besonders problematisch: Fehlt doch für dieses Screeningverfahren bislang der Nachweis eines Nutzens im Sinne der Gleichung „Früh erkannt, besser behandelt“. Massenhaftes PSA-Screening steigert aber systematisch den Umfang von Fehl- und Überversorgung, weil Männer in eine Diagnostik- und Therapiebahn geraten, von der sie nicht im erwarteten Sinne profitieren. Stieß die hier zugespitzte Bilanz zum Thema Früherkennung und Therapie des Prostatakarzinoms in der Urologenschaft bis vor kurzem auf scharfe Zurückweisung, so wird sie inzwischen von namhaften Fachvertretern in etwas zurückhaltender Diktion geteilt: „Studien legen nahe, dass die aktive Überwachung bei Tumoren mit geringem Progressionsrisiko eine Therapieoption darstellt“

(Weissbach & Altwein 2009). Weiter führen die hier zitierten Autoren ein Wortspiel ins Feld: „Zu Recht titelt ein Editorial mit der Frage ‚Prostate Cancer: are we over-diagnosing or under-thinking?‘ Es schließt mit den Worten ‚Think more!‘“ Die Urologen tun sich schwer mit der sperrigen Forschungslage, und die Patienten erfahren häufig nichts von der Option Zuwarten². Und während in einer der angesehenen internationalen Zeitschriften, dem British Medical Journal, zu lesen ist „Overdiagnosis and overtreatment are a concern when using serum concentrations of PSA to screen for prostate cancer“ (Holmström et al. 2009), fordert die Amerikanische Gesellschaft für Urologie zeitgleich die Herabsetzung des Screening-Alters für PSA auf 40 Jahre³. Im Endergebnis bedeutet dies im Falle des Prostatakarzinoms bis heute: Der überwiegende Teil der Ressourcen im Umgang dieser Krebserkrankung fließt in ein hoch problematisches System von sogenannter Früherkennung und in zum Teil äußerst eingreifende Behandlungsverfahren, deren Nutzen-Schaden-Bilanz für sehr viele Männer als ungünstig bewertet werden muss. Diese Routinen stellen aus medizinischer, ethischer und ökonomischer Sicht ein großes Problem dar. Sie binden nicht zuletzt Ressourcen, die für mehr Aufklärung und Unterstützung betroffener kranker Männer dringend benötigt würden.

Thema Lungenkrebs

In der ebenfalls angesehenen internationalen Zeitschrift Lancet findet sich 2009 eine Studie, welche über einen Fortschritt bei der Behandlung des fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms berichtet. Diese Krebsform gehört zu den ausgesprochen schwer zu behandelnden Erkrankungen mit ungünstiger Prognose. Gemessen

2 Dieses Aufklärungsdefizit versuchen inzwischen sogenannte Entscheidungshilfen zu beseitigen, s. psa-entscheidungshilfe.de (letzter Zugriff 04.12.2009).

3 <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/psa09.pdf> (letzter Zugriff 04.12.2009)

wurde die Verlängerung der Lebenserwartung dieser Patienten nach Hinzugabe eines modernen Antikörpers zur klassischen Chemotherapie in einem kontrollierten Vergleich. Die Kernaussage in der Veröffentlichung lautet: "Addition of cetuximab to platin-based chemotherapy represents a new treatment option for patients with advanced non-small-cell lung cancer". Diese sogenannte neue Behandlungsoption führte der Studie gemäß zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Überlebenszeit von 10,1 auf 11,3 Monate. Die Forschergruppe leitet daraus die Berechtigung ab, diese erweiterte Kombinationstherapie als neuen Standard zu bezeichnen, der bei allen betroffenen Patienten als Therapie der ersten Wahl zu verwenden sei (Pirker et al. 2009). Erstaunt diese Schlussfolgerung schon auf den ersten Blick, wird ihre Fragwürdigkeit noch deutlicher, wenn das Leiden der Kranken an den Nebenwirkungen mit ins Blickfeld genommen wird. So heißt es bei Kritikern dieser Publikation: „This extra time was accompanied by a substantially higher rate of febrile neutropenia, along with higher frequencies of acne-line rash, diarrhea, and infusion-related reactions“ (Fojo & Grady 2009). Anders formuliert: Die letzten Lebensmonate dieser schwer erkrankten Menschen sind oft durch eine besonders ausgeprägte Schädigung der körpereigenen Immunabwehr, durch belästigenden Hautausschläge und Durchfälle gekennzeichnet. Bei den zitierten Kritikern handelt es sich ebenfalls um ausgezeichnete Kenner der Krebstherapie; es wird somit deutlich, dass es innerhalb der Onkologie einen in der allgemeinen Öffentlichkeit noch nicht wahrgenommenen Streit gibt, wie derartige Entwicklungen inkrementeller Fortschritte, die mit massiven Nebenwirkungen behaftet sind, tatsächlich zu bewerten sind. Entgegen dem strahlenden Optimismus der Studienleitung kommen diese Autoren zu dem Ergebnis: „The only reasonable conclusion is that a magic anticancer bullet aimed at an important target missed by a wide margin“ (Fojo & Grady 2009). Der Krieg gegen den Krebs hat, anders gesagt, danach eine weitere bittere Niederlage erlitten. Ein zweites Mal muss festgehalten werden: Die gewaltigen Mittel derartiger Therapien bei weit fortgeschrittenen, metastasierten Tumoren fließen heute in neue Verfahren, deren Nutzen vor allem unter Berücksichtigung der massiven Nebenwirkungen aus-

gesprochen schlecht belegt erscheint. Derartige zum Teil hoch aggressive Behandlungsverfahren werden immer häufiger bis kurz vor dem Tod eingesetzt, ehe dann der desillusionierende Satz fällt: „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Einer der früheren Herausgeber des New England Journal of Medicine zitierte in diesen Zusammenhängen einen ihm bekannten Krebspezialisten wie folgt: „One oncologist told ‚Chemo is our cardiac cath, or our arthroscopy‘ implying that chemo offers a profitable ‚procedure‘ for the oncologist analogous to the invasive procedures in other medical and surgical specialties“ (Kassirer 2005, S. 38). Auch wenn man unmittelbare ökonomische Motive bei Behandlern nicht unterstellt, zeigt sich an diesem Beispiel, wie notwendig ein öffentlich geführte Debatte um reale und irreale Therapieziele, vor allem aber um die Lebensqualität bei einer Vielzahl von schwerst erkrankten Tumorpatienten wäre.

Thema Erythropoietin (EPO)

EPO wird in der Onkologie als wegweisender Fortschritt zur Behandlung der häufig vorhandenen Tumor-Anämie (Blutarmut) verstanden. In der Tat ist es möglich, den Gehalt an rotem Blutfarbstoff durch Injektionen mit EPO zu steigern und dadurch Symptome der Blutarmut zu verbessern. Lange Zeit wurden Befürchtungen über Nebenwirkungen dieser Therapie klein geredet. 2009 publiziert die schon genannte Fachzeitschrift Lancet dann in einer kritischen Studienbewertung das folgende ernüchternde Ergebnis: „Treatment with erythropoiesis-stimulating agents in patients with cancer increased mortality during active study periods and worsened overall survival. The increased risk of death associated with treatment with these drugs should be balanced against their benefits“ (Bohlius 2009). Wenn man diese Metaanalyse mit den Ergebnissen der zitierten Studie zur Behandlung des Lungenkarzinoms kontrastiert, so kommt man zu folgender erstaunlichen Bilanz: Während eine ausgesprochen eingreifende neue Behandlungsform mit minimaler Lebensverlängerung und

gravierenden Nebenwirkungen gegenüber der bisherigen Standardtherapie als großer therapeutischer Fortschritt bezeichnet wird, bleibt das Wissen um die Gefahr der Lebensverkürzung durch EPO bei der Behandlung der tumorbedingten Blutarmut bislang fast ein Geheimwissen. Derartige wichtige „Daten“ werden in der Regel den betroffenen Patientengruppen vorenthalten. Die Zeiten des Nicht-Aussprechens der Diagnose Krebs sind zwar weitgehend vorbei, dies ist aber noch nicht überall damit verbunden, die Betroffenen in verständlicher Weise über den Stand der Therapieforschung zu unterrichten, so dass sie in der Lage sind, Einfluss auf Behandlungsoptionen zu nehmen.

Befähigung zur Kommunikation

Palliativmedizin gewinnt im Verlauf vieler schwerer Erkrankungen systematisch an Bedeutung; dies gilt keineswegs nur für Krebserkrankungen. Je höher die durchschnittliche Lebenserwartung in einer Bevölkerung ist, umso offenkundiger wird der Bedarf an Symptom lindernder und unterstützender Beratung und Behandlung. Palliation aber hat es bei der vorfindlichen Fixierung auf Kuration um jeden Preis sehr schwer. Dies schlägt sich auch im Erwerb von zentralen ärztlichen Kompetenzen nieder: Selbst Kernziele der Mediziner Ausbildung (wie ein sicherer Umgang in der Behandlung chronischer Schmerzen) sind bis heute schwer zu erreichen. Ein wesentlicher Grund ist nach internationalen Einschätzungen die nicht ausreichende Würdigung symptomatischer Behandlung durch die zuständigen Ausbildungsstätten, die medizinischen Fakultäten: „One of the difficulties faced in reaching this goal is the education of those who are the clinical teachers and role models of the current students and residents“ (Cleary & Carbone 1997). Anders formuliert: Es gibt nicht genügend kompetente Dozenten, welche die heranwachsende Mediziner generation mit Schmerztherapie und Palliativmedizin vertraut machen könnte. Noch stiefmüt-

terlicher als die Schmerztherapie wird immer noch das Erlernen einer angemessenen Gesprächsführung im Umgang mit Tumorkranken behandelt. Ein Zitat aus dem Munde eines Krebskranken im Rahmen einer Studie zur Sicht von Patienten auf die Arzt-Patienten-Beziehung spricht Bände: „The physician explained what it was like. He was tormented, and of course you have to understand his difficulties in delivering the message. It must be difficult. So therefore I think a course in psychology would be of great importance. It would be good for the doctors, especially doctors working in this area“ (Friedrichsen et al. 2008). Stollick (2002) weist bei seinem Plädoyer für moderne Curricula der Palliativmedizin auf den vielleicht am stärksten tabuisierten Schwachpunkt der bisherigen Mediziner Ausbildung hin, nämlich auf die fehlende Reflexion der Ängste jeder neuen Arztgeneration bei der Thematisierung von Sterben und Tod: „This model of care should include the students facing their own death. Otherwise, they will not understand their dying patients, and they will develop the tendency to lie to their patients, a lie that interferes with the patient’s quality of death“ (Stollick 2002). So lautet die Bilanz dieser Überlegungen: Palliativmedizin fristet ein Schattendasein, solange sie in der Ausbildung der Medizinstudenten und in der Facharztweiterbildung nicht genau so fest verankert ist wie die kurative Medizin. 2009 wurde das Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen an der Universität Witten Herdecke für das Curriculum Palliativmedizin mit dem Oskar-Kuhn-Preis ausgezeichnet: In diesem Curriculum wird erstmals an einer deutschen medizinischen Fakultät mit Medizinstudenten über ihre Ängste im Umgang mit dem Thema Sterben und Tod ausdrücklich angesprochen und behandelt⁴.

4 <http://www.oskar-kuhn-preis.de/oskar-kuhn-preis/preistraeger/> (letzter Zugriff 04.12.2009).

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Wie könnte im Gesundheitswesen ein Wandel eingeläutet werden, der dem wachsenden Bedarf nach Palliativmedizin gerecht wird? Das Problem ist global, selbst wenn es feine Unterschiede zwischen einzelnen Ländern geben sollte. Das Canadian Centre for Policy Alternatives hat hierzu einige richtungsweisende Aussagen getroffen:

- ▶ Das System muss sich endgültig auf den demografischen Wandel einstellen: „Demographic trends are not the looming disaster they are often made out to be in the media. We have lots of time to gradually respond to the challenges posed by an aging population, including a restructuring of health care services (such as home care and residential home) more consistent with an older population.“ Anders formuliert: Noch immer wird die weiter zunehmende Lebenserwartung pauschal als Überforderung der Finanzierungssysteme und als Katastrophe thematisiert, gleichzeitig aber wird es unterlassen, die notwendigen Veränderungen in den Versorgungsangeboten und -strukturen konsequent zu erforschen und einzuleiten.
- ▶ Große Summen werden in Befolgung des Modells der Akutmedizin für Kuration im letzten Lebensjahr ausgegeben: „A large proportion of health care expenditures occur in the last year of life.“ Anders formuliert: Die parzellierte und spezialistisch orientierte Heilkunde hat es bis heute weitgehend versäumt, die Bedürfnisse einer weiter alternden Bevölkerung am Lebensende systematisch zu erforschen und für die Entwicklung neuer Behandlungskonzepte zu nutzen.
- ▶ Heute wird die Frage der gewonnenen Lebensqualität durch die kurative Medizin bei vielen Erkrankungen vernachlässigt: “Billions could disappear into extremley expensive end-of-life treatments that prolong life by days or weeks, but do little to restore health or enhance quality of life“ Anders formuliert: Die moderne Medizin erweitert ihre Heilungsversprechen auf dem Boden ihrer gro-

ßen Behandlungserfolge unkritisch in Bereiche hinein, in denen an die Stelle durch „kurative Medizin“ verursachter Über- und Fehlversorgung dringend mehr kompetente Palliativversorgung treten müsste.

- ▶ Viele ältere Menschen stehen der kurativen Maximaltherapie kritisch gegenüber: “It is not obvious that expensive end-of-life treatments are what are desired by dying seniors nor that such interventions improve quality of life” (Lee 2006). Anders formuliert: Es fehlt an qualifizierter Forschung zu den Erwartungen alter und hochbetagter wie schwer erkrankter Menschen an die Medizin, während ihnen gern pauschal ein unkritisches Anspruchsdenken unterstellt wird.

Nun wird immer wieder eingewendet, dass Menschen vor allem angesichts des nahenden Todes nach jedem Strohalm greifen und insofern die vorgebrachten Überlegungen zu wissenschaftlich fundierten Nutzen-Schadens-Bilanzen wenig hilfreich seien. Und es wird sogar so sein, dass immer wieder auch sinnlos erscheinende Behandlungsversuche eingefordert werden, „um alles versucht zu haben“. Richtig ist aber auch, dass Menschen in der Lage sind, über die Option „Beendigung der sogenannten Kuration“ weitaus autonomer zu entscheiden als gemeinhin gerade unter Ärzten angenommen wird. Hierzu sei exemplarisch auf eine randomisierte, kontrollierte Studie hingewiesen, welche den Nutzen von Ethik-Konsultationsdiensten im Krankenhaus für die Entscheidungssituation „Einsatz von Intensivmedizin bei Schwerstkranken“ untersucht hat. Das Ergebnis war nicht nur, dass derartige kompetente Beratung von Kranken und ihren Angehörigen bei gleicher Lebenserwartung zu einer Abnahme der Krankenhaustage und der Kosten geführt hatte, sondern vor allem mit einer hohen Zufriedenheit aller Beteiligten verbunden war. In seltener Einigkeit beurteilten Patienten, Angehörige und Ärzte diesen Ansatz der Deeskalation in der Medizin als in hohem Maße Nutzen stiftend (Schneiderman et al. 2003). Es muss hinzugefügt werden, dass die Autoren dieser Studie darauf hingewiesen haben, dass derartige Fortschritte vermutlich nicht ohne Investition in entsprechend qualifizier-

tes Personal erreichbar sind: „Because these benefits were achieved by highly skilled and experienced consultants, it is not certain how successful other hospitals will be when adoption this intervention“ (Schneiderman 2005). Statt einer Bilanzierung dieses Abschnittes seien zwei Fragen gestellt: Warum gibt es nicht mehr solcher Studien? Und warum wird in eine derartige Humanisierung der Patientenversorgung nicht konsequenter investiert?

Wertschätzung und Unterfinanzierung von Palliativmedizin

Optimistisch betrachtet, erfährt Palliativmedizin aktuell in Politik, Gesetzgebung, Fachgesellschaften und Öffentlichkeit erfreulicherweise deutlich größere Aufmerksamkeit als vor etwa 20 Jahren. Erst allmählich wird deutlich, welche Verengungen mit der Fixierung auf Kuration für die Versorgung Schwerkranker verbunden sind. Noch aber wird überwiegend skandalisiert und nicht realistisch wahrgenommen, dass in einer Bevölkerung mit hoher und weiter steigender durchschnittlicher Lebenserwartung der Umfang der im klassisch medizinischen Sinne nicht „heilbaren“ Erkrankungen zwangsläufig zunimmt – und dass dies auch bei optimistischer Einschätzung des medizinischen Fortschritts so bleiben wird. Bei vielen chronischen Erkrankungen und Tumorleiden tritt schon lange Zeit vor der eigentlichen Sterbephase das Ziel der Linderung und Verbesserung der Lebensqualität ganz in den Vordergrund. Die enormen Fortschritte der Medizin insbesondere in den letzten 50 Jahren haben dies fast „vergessen“ gemacht. Es ist evident, dass der strikte Gegensatz von Palliation und Kuration insofern schon lange unfruchtbar ist und dass nach Wegen der Integration von Palliation in die Alltagsroutinen gesucht werden muss. Dabei

ist unstrittig, dass primär für die Kuration gedachte Behandlungsansätze auch palliativ eingesetzt werden können, wenn es etwa um die Verkleinerung von Tumoren geht, um Luftnot zu lindern oder Abflusshindernisse zurückzudrängen. Leider ist aber zu konstatieren, dass es offenkundig keinen tragfähigen Konsens in der klinischen Medizin darüber gibt, was unter Palliativmedizin im Kern zu verstehen ist. Eindeutig aber ist, dass Palliativmedizin zu einem festen Bestandteil guter Medizin und Pflege werden muss. Palliativ“medizin“ muss dabei systematisch auch psychosoziale und seelsorgerische Angebote beinhalten, im englischen ist insofern besser von „palliative care“ die Rede. Palliation erfordert Kompetenzerwerb in der grundständigen Ausbildung wie der Weiterbildung, und natürlich ist gute Versorgung in diesem Sinne an angemessene Personalschlüssel und Zeitkontingente gebunden. Sie erfordern aber –und dies wird vermutlich massiv unterschätzt - vor allem die Förderung einer entsprechenden Grundhaltung, wonach Palliation in der Planung guter Medizin gleichberechtigt neben dem Ziel der Lebensverlängerung und Heilung zu stehen hat. Die Konnotationen zu Palliativmedizin entscheiden maßgeblich mit, ob diese als echter Aufbruch zu neuen Ufern verstanden wird. Vielfach wird Palliativmedizin in einem unzulässig verkürzten, im Kern sogar falschen Sinne als Betreuung „hoffnungsloser Fälle“ verstanden. Viele Leistungserbringer werden aber wohl nach wie vor davon überzeugt sein, dass sie bereits angemessen auf die Probleme Schwerstkranker eingehen und eine Umorientierung gar nicht notwendig ist. Mehr Forschung zu und mehr Versorgung durch Palliativmedizin wird aber, so die Kernthese dieser Ausführungen, nur dann selbstverständlich werden, wenn irre führende Versprechungen der Medizin in die Schranken gewiesen werden können. Sonst bleibt es dabei, dass Palliativmedizin als bedauerliches Beispiel für nicht ausdrückliche, besser vielleicht „nicht verstandene“ Rationierung zu begreifen ist.

Versucht man nun, diese Überlegungen in die Debatte um Priorisierung in der Medizin einzubringen, so lautet die Kernhypothese: Es gibt gewachsene, überwiegend implizite Priorisierungen und Posteriorisierungen im medizinischen Alltag, die einer Hierarchie der Wertschätzungen der erbrachten Leistungen entsprechen. Der tatsäch-

lich vorhandene Fortschritt der Medizin führt zu einer systematischen Überschätzung der Therapieversprechungen. Semantisch findet dies seinen Niederschlag in einem „naiven“ Begriff von Kuration, demzufolge Arzneimittelverordnung, Strahlentherapie und Chirurgie in der konkreten Anwendung automatisch mit dem Heilungsversprechen verbunden sind. Das Muster „Kuration“ wird häufig solange aufrechterhalten, bis die Fragwürdigkeit klassischer Heilverfahren für Patienten, Angehörige und Ärzte nicht mehr zu übersehen ist. Dann folgt gerade im Bereich der Krebsbehandlung oft der grausame Satz „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Und innerhalb dieses Verständigungsmusters gewinnt Palliation dann den Charakter der Sterbebegleitung, während tatsächlich eine Nutzen stiftende Palliativmedizin viel umfassender eingesetzt werden kann. Dieses noch immer verschüttete Verständnis von Palliation hätte mit einer einfühlsamen Aufklärung über die Grundkrankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten zu beginnen, müsste verlässliche psychosoziale Begleitung Schwerkranker voraussetzen dürfen und schließlich alle die Lebensqualität einschränken den krankheitsbedingten Beschwerden aufgreifen – das bekannteste, aber keineswegs einzige Beispiel hierfür ist die qualifizierte Schmerzbehandlung. Die geschilderten Beispiele aus der Onkologie stehen nicht isoliert da; in einer Gesellschaft mit erfreulich hoher und weiter wachsender durchschnittlicher Lebenserwartung nimmt die Dimension nicht oder nur eingegrenzt kurabler Erkrankungen generell zu. Palliativmedizin steht in der Gefahr, trotz ihres zweifelsfrei gewachsenen Ansehens in Öffentlichkeit und Wissenschaft noch lange als Medizin zweiter Güte, als Cinderella-Disziplin missverstanden zu werden. Die Rede ist insofern von Erwartungen und Haltungen in und gegenüber der Medizin. Es besteht ein enger Zusammenhang zu den ökonomischen Gesetzen des Versorgungssystems. Zum einen stellt die Palliativmedizin keinen lukrativen Sektor dar, sie ist aber bei guter flächendeckender Qualität relativ personalintensiv. Zum anderen bindet die „kurative“ Medizin den Großteil der Ressourcen und erweist sich unabhängig vom Nachweis ihres konkreten Nutzes als außerordentlich durchsetzungsstark. Palliativmedizin wird systematisch posteriorisiert. Seit etwa 20 Jahren gewinnt andererseits die Debatte um die

Patientenzentrierung der Medizin an Gewicht. Die systematische Erhebung der Patientenperspektive wird wieder selbstverständlicher. Vielleicht liegt hierin eine Chance, dass das offenkundige Ungleichgewicht zwischen „Kuration“ und „Palliation“ ehrlicher gesellschaftlich verhandelt wird als es heute der Fall ist. Man kann auch der Auffassung sein, dass derartige Schief lagen bloßer Ausdruck von Fehlversorgung sind, weil es keinen manifesten finanziellen Mangel im System gibt. Die Posteriorisierung der Palliativmedizin wird aber nur dann beendet werden können, wenn in Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit über Nutzen und Schaden geltend gemachter medizinischer Innovationen noch selbstverständlicher gesprochen wird, als dies im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin heute schon der Fall ist.

Literatur

- Bohlius, J. et al. (2009): Recombinant human erythropoiesis-stimulating agents and mortality in patients with cancer: a meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*, 373: 1532-1542.
- Cleary, J. F. & Carbone, P. P. (1997): Palliative Medicine in the Elderly. *Cancer*, 80: 1335- 1347.
- Fojo, T. & Grady, C. (2009): How Much Is Life Worth: Cetuximab, Non-Small Cell Lung Cancer, and the \$ 440 Billion Question. *Journal of the National Cancer Institute*, 101: 1044-1048.
- Friedrichsen, M. J. et al. (2008): Breaking bad news in the transition from curative to palliative care – patient’s view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer*, 8: 472-478.
- Holmström, B., Johansson, M., Bergh, A., Stenman, U. H., Hallmans, G., Stattin, P. (2009): Prostate specific antigen for early detection of prostate cancer: longitudinal study. *BMJ*, 339:b3537.
- Kassirer, J. P. (2005): *On the Take. How Medicine’s Complicity With Big Business Can Endanger Your Health*. Oxford University Press, New York.
- Lee, M. (2006): Is BC’s Health Care System Sustainable? A Closer Look at the Costs of Aging and Technology. Canadian Centre for Policy Alternatives. *BC Office*, http://www.policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_2006/aging_healthcare.pdf
- Pirker, R./ Pereira, J. R./Szczesna, A./von Pawel, J./Krzawski, M./Ram-lau, R. et al. (2009): Cetuximab plus chemotherapy in patients with advanced non-small-cell lung cancer (FLEX): An open randomized phase III trial. *The Lancet*, 373 (9674), 1525-1531.
- Schneiderman, L. J. (2005): Ethics consultation in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 11(6):600-604.

- Schneiderman, L. J. et al. (2003): Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290: 1166-72).
- Stollick, M. (2002). Overcoming the tendency to lie to dying patients. *American Journal of Hospice Palliative Care*, 19: 29-34
- Weissbach, L./Altwein, J.(2009): Aktive Überwachung oder aktive Therapie beim lokalen Prostatakarzinom? *Deutsches Ärzteblatt*, 106(22): 371-376.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Deutsches Ärzteblatt*, 97(15): A-1017-A-1023.