

STANDORTE

Palliativmedizin unter Betrachtung des demographischen Wandels Was kann sich die Gesellschaft leisten?

Norbert Schmacke¹

Immer wieder wird behauptet, dass die medizinische Versorgung wegen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts längerfristig unfinanzierbar wird. Die Palliativmedizin erscheint innerhalb dieser Betrachtungen häufig als weitere kosten-treibende Innovation. Demgegenüber ist festzustellen, dass Versorgungsforschung zur Palliativmedizin, die mehr Klarheit über Chancen und Grenzen, Nutzen und Kosten unterschiedlicher palliativmedizinischer Konzepte liefern könnte, ausgesprochen rar ist. Der Artikel zeigt auf, dass die Gründe hierfür nicht, wie gern unterstellt wird, in spezifischen methodischen Problemen zu suchen sind, sondern in der Posteriorisierung entsprechender Forschungsfragen in einer über die Maßen auf Heilungsversprechen orientierten Medizin.

Demographischer Wandel und Kostenentwicklung

Es wird generell davon ausgegangen, dass der Bedarf an Palliativmedizin wegen des demographischen Wandels zunehmen wird. Vieles spricht dafür, dass in einer weiter alternden Gesellschaft die Zahl von Krebs- und Demenzerkrankten, von Menschen mit schwerster Herzinsuffizienz und Schlaganfallfolgen weiter zunehmen muss ([18], S. 32f.). Damit wächst der Bedarf an Palliation ohne Frage. Wie robust diese Schätzungen sind, weiß niemand wirklich, da es schwer ist, den optimistisch stimmenden Befund der „compression of morbidity“ (mehr Men-

schen erreichen hohes Alter in relativ gutem Zustand) [7–9] mit denkbaren Worst-Case-Szenarien zu verrechnen. Sicher ist aber, dass die oft vorfindlichen apokalyptischen Kostenberechnungen nicht auf seriösen Füßen stehen.

Unter den Ökonomen, die empirisch arbeiten, besteht weitgehend Einigkeit, dass der Faktor „Alter“ bzw. „Alterung der Gesellschaft“ nicht der entscheidende kostentreibende Faktor innerhalb der vorfindlichen Kostendynamik ist. Der Grandseigneur der US-amerikanischen Gesundheitsökonomie, Uwe Reinhardt, spricht geradezu von einem Mythos [17]. Demgegenüber ist richtig, dass im Gegensatz zur Einschätzung der Kostenentwicklung in der Medizin gute Daten zur Kostenentwicklung einer qualifizierten Langzeitpflege bislang fehlen. Verbunden mit dem Blick auf die Debatte um den Faktor „Innovation“ für die Kostendynamik lässt sich festhalten: Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass Palliativmedizin nicht finanzierbar sein sollte, weil die Wachstumskomponenten auf der Ausgabenseite infolge der Alterung der Gesellschaft oder des medizinischen Fortschritts gigantisch steigen. Richtig ist allerdings, dass alle personalintensiven Unterstützungs-, Entlastungs- und Pflegeleistungen jenseits der klassischen ärztlichen Leistungen in den bisherigen Überlegungen zur Kostendynamik nur unzureichend auftauchen.

Um Palliativmedizin einen angemessenen Raum zu verschaffen, ist es zunächst ratsam, sorgfältig zu verfol-

gen, welche unwirksamen oder mit nur geringem Zusatznutzen versehenen Investitionen im Bereich der Versorgung alter und hochbetagter Menschen getätigt werden bzw. geplant sind. Um es etwas pointiert zu formulieren: Wenn das Alter unsinnigerweise medikalisiert wird und Unsummen in fragwürdige Diagnostik und Therapie gesteckt werden, dann findet de facto eine besonders starke Rationierung in denjenigen Bereichen statt, deren Durchsetzungskraft im Kampf um die Ressourcen relativ schwach ist. Hierzu gehört sicher heute noch die Palliativversorgung. Man spricht in der Systemforschung geradezu von „Cinderella“-Feldern der Versorgung.

Verkürzungen in der Debatte um Palliativmedizin

Es kann davon ausgegangen werden, dass Palliativmedizin zum einen überwiegend als Ablösung der kurativen Medizin verstanden wird, wann immer das Heilungsversprechen aufgegeben werden muss. Zum anderen wird Palliativmedizin in starkem Maß mit der Linderung des Leidens von Krebskranken in weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien assoziiert. Beide Denkmuster sind problematisch. Dies soll am Beispiel der Debatte um das Thema „end-stage heart failure“ erläutert werden. Die Situation von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittener Herzinsuffizienz verdeutlicht, wie künstlich die schlichte Trennung zwischen kurativer und palliativer Medizin ist. Wotton et al. haben in einer qualitativen Studie zur Behandlung dieser Patientengruppe folgende Ergebnisse herausgestellt:

- Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte tun sich schwer mit der Akzeptanz des terminalen Stadiums einer Herzinsuffizienz und bestehen auf ihren Therapiemustern „bis zum letzten Atemzug“.
- Auch den Angehörigen fällt es schwer, das Unausweichliche eines

nahe bevorstehenden Todes zu akzeptieren.

- Die Einbindung des Palliativteams wird zu oft als „allerletzter“ Gedanke und nicht als integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts gesehen.
- Umgekehrt ist ein stabiles Konzept für Patientinnen und Patienten mit „end-stage heart failure“ darauf angewiesen, dass kompetente technologische und pharmakologische Hilfen leicht erreichbar sind.
- Schwierig bleibt auch in vorbildlichen interdisziplinären Teams die Frage der Federführung [26].

Es geht also demnach sowohl um ausreichende Angebote palliativer Versorgung für diese Patientengruppe wie die Abstimmung mit der Akutmedizin, deren Weiterentwicklung immer wieder auch Rückwirkungen auf den angemessenen Zeitpunkt der Einbindung von Palliativteams haben kann. Als Stichwort sei hier die intermittierende ambulante Infusion mit positiv inotropen Substanzen genannt [15]. Anders betrachtet ist es tendenziell unmöglich, die Grenze zwischen dem kurativen und dem palliativen Charakter der Herzinsuffizienzbehandlung überhaupt scharf zu ziehen.

Die Notwendigkeit einer besseren Integration von palliativer und kurativer Behandlungsintention wird dadurch unterstrichen, dass die altersstandardisierten Überlebensraten bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz sich trotz der Fortschritte der Kardiologie nicht wesentlich verändert haben und z.T. schlechter sind als die Überlebensraten von Krebspatienten. Ruhedyspnoe, Schmerzen, Angst, Verwirrtheit und Depression stehen oft im Vordergrund und erfordern ein anderes Behandlungskonzept, als die Akutkardiologie es anzubieten hätte. Von kardiologischer Seite wird vermehrt darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass Ärzte bezüglich der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz aus den Erfahrungen der Krebstherapie lernen: so mit Patienten und Angehörigen darüber zu reden, dass die klassischen therapeutischen Ansätze zur Neige gehen werden [23].

Gleichzeitig zeigen Befragungen mit dieser Patientengruppe, wie viel diesen Patientinnen und Patienten an lindernder Behandlung liegt [14].

Integration oder Addition von Palliativmedizin?

Es bleibt eine sehr schwierige Frage, wie Akut- und Palliativmedizin wirklich sinnvoll kooperieren können, wie dieser scheinbare Antagonismus im Denken und Handeln der Professionellen und der Patienten wie deren Angehöriger wenigstens ein Stück weit aufgelöst werden kann. Die bessere Integration der beiden Konzepte von Akut- und Palliativmedizin scheint nicht zuletzt aus ethischer Sicht erforderlich zu sein, weil die Signale in Richtung Hoffnung und Erwartungen an die Helfer aus Patientensicht im Grunde nicht in zwei verschiedenen Therapiesystemen aufgehoben sein dürfen. Geschieht dies doch, kommt der entsetzliche Satz zur Geltung: „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Gibson formuliert dies im Licht der US-amerikanischen Debatte um die Palliativmedizin wie folgt: „For widespread acceptance of palliative care, the separation from curative treatment must be abandoned ... In contrast, if palliative care is initiated only when the decision is made to stop aggressive treatment, it will become associated with the ‚terrible choice‘ and society will gain a very narrow view of the benefit it can render“ ([10], S. 486).

Das Thema Integration lässt sich vielleicht am klarsten am Entscheidungskonflikt „Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen“ verdeutlichen. Viel zu unbekannt ist die vorliegende Forschung zur Frage, ob es möglich ist, den Einsatz der Intensivmedizin humaner und wirtschaftlicher zugleich zu gestalten. Hier ist auf die randomisierte, kontrollierte Studie zur Reichweite und Effizienz ethischer Beratung auf Intensivstationen hinzuweisen, die Schneiderman et al. 2003 im *Journal of the American Medical Association* vorgelegt haben [22]. Es zeigt sich, dass ein Zugehen auf Patienten und deren Angehörige mit dem Ziel des gemeinsamen Nachdenkens über die Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Maßnahmen bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen höchst sinnvolle Ziele miteinander vereinbaren kann: nämlich die Reduktion fragwürdiger aktiver Maßnahmen auf der Intensivstation mit hoher Zufriedenheit der Patienten bzw. deren Angehöriger – ohne dass die

Überlebenszeiten der Patienten in der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe unterschiedlich gewesen wären. Auch White et al. haben mittels Textanalysen aufgezeichneter Gespräche zwischen Behandlern und Patienten wie deren Angehörigen über derartige therapeutische Weichenstellungen in der Intensivmedizin gezeigt, dass die Beachtung wichtiger Elemente von „shared decision making“ mit einer Zunahme der Patientenzufriedenheit einhergeht [25]. Dieser Befund ist keineswegs trivial, da er einen Weg andeutet, über kompetente Kommunikation sowohl die Befürchtungen vor einer „seelenlosen Apparatedizin“ wie einer „Rationierung am Lebensende“ erfolgreich anzusprechen. Dies kann freilich nur gelingen, wenn die künstliche Trennung zwischen Palliativmedizin und Kuration radikal in Frage gestellt wird.

Aktuelle Reformvorschläge und Umsetzungsprobleme

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hatte in zwei Stellungnahmen zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006 und zu einem einschlägigen Vertragsentwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung formuliert, dass bei aller Wertschätzung der hier vorliegenden Absichtserklärungen es an wesentlichen Konkretionsschritten ebenso fehle wie an überzeugenden interdisziplinären Ansätzen [3, 4]. Es gibt Details in den vorgelegten Kostenabschätzungen, die auf tiefer liegende Probleme verweisen. So müssen nach Vorstellungen der Deutschen Hospiz Stiftung bundesweit 660 ambulante Palliativdienste entstehen, jeweils aus zwei Ärzten, acht Pflegerinnen und einem Sozialarbeiter bestehend, die in Kooperation mit dem Hausarzt eingesetzt werden. Dies soll 670 Mio. Euro kosten, finanziert durch Umschichtungen vom stationären in den ambulanten Bereich [5]. Das Bundesgesundheitsministerium kommentierte diese Berechnungen zustimmend, die Ministerin beruft sich dann ihrerseits auf die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und rechnet mit 330 Palliativteams für eine flächendeckende Versorgung, Kosten 230 Mio. Euro. Dem stellt das Ministerium Wirtschaftslichkeitsreserven in der Arzneimittel-

STANDORTE

versorgung in Höhe von 2,9 Mrd. Euro gegenüber [1]. Alle Erfahrungen der Gesundheitssystemforschung lehren, dass es unmöglich ist, derartige ökonomische Prognosen für die Ermittlung einer flächendeckenden Versorgung und deren Finanzierung anzustellen und dass es eher um eine schrittweise Implementierung geht, deren Effekte durch hochwertige Begleitforschung zu ermitteln wären. Dies sollte auch für die jetzt in das Sozialgesetzbuch als Pflichtleistung aufgenommene spezialisierte ambulante Palliativmedizin gelten (§ 37 b SGB V).

Vorbilder für Versorgungsforschung

Es stellt sich somit noch einmal anders betrachtet die Frage, in welcher Weise eine Intensivierung von Forschung zur Zukunft der Palliativmedizin Nutzen stiften könnte. Im Kontext der Kosten-debatte (demographischer Wandel/medizinischer Fortschritt) erscheint eine spanische Studie interessant, in der eine gesundheitsökonomische Vorher-nachher-Untersuchung zu den Gesamtkosten der Versorgung von Krebskranken „Gegenwart versus 1992“ durchgeführt wurde. Als Vergleichsdaten standen zur Verfügung: Krankenhausverweildauer, Inanspruchnahme von Palliativbetten, Realisierung des Wunsches, zu Hause zu sterben, Inanspruchnahme von Notfallambulanz und Ausmaß eines umfassenden Case-Managements. Die Ergebnisse machen Mut, auch wenn die gewählte Methodik der Erhebung Fragen zur Robustheit der Daten aufwirft. Immerhin deutet diese Arbeit nämlich darauf hin, dass eine stärkere Gewichtung von Palliativversorgung nicht zur Kostensteigerung führen muss [11]. Belastbarer sind aus Forschungssicht immer kontrollierte Vergleiche zwischen einer jeweiligen Reformoption und der Regelversorgung. Es ist an der Zeit, dass solche Studien vermehrt eingefordert, konzipiert und finanziert werden. Gerade der demographische Wandel erfordert die Erprobung unterschiedlicher Modelle eben nicht nur einzelner Methoden der kurativen Versorgung, sondern ganzer Betreuungskonzepte [6].

Man geht fehl in der Annahme, die Palliativmedizin tue sich in Deutschland besonders schwer. Der Standort

der Palliativmedizin ist offenbar nirgends auf der Welt stabil definiert und etabliert [16]. In einer Publikation des Ethikzentrums der Universität Montana in den USA heißt es: „American society is failing to provide humane care for people who are dying. Unnecessary physical suffering continues even in our most prestigious institutions, and the enormous burden on family caregivers remains unrecognized“ [2]. Die Robert Wood Johnson Foundation der USA – bekannt für die Förderung von Systeminnovationen – ergriff die Initiative, in den letzten Jahren 22 Modellvorhaben zur Herausbildung innovativer palliativmedizinischer Konzepte zu finanzieren [19] (s.a. [10]). Dabei wurden ländliche und großstädtische Bereiche ebenso umfasst wie stationäre und ambulante Settings und unterschiedlichste Patientengruppen aus verschiedenen sozialen Schichten der Bevölkerung. Eine genaue Auswertung dieser Vorhaben steht aus, aber die Frage nach der Übertragung einer Reihe modellerprobter Ansätze in die Breitenversorgung wird bejaht, und – gemessen an historischen Kontrollen und Vergleichen mit der Regelversorgung – zeigt sich auch hier bislang keine durchgängige Tendenz zu einem Kostenschub. Alle Modelle gehen von der Überzeugung aus, dass palliative Versorgung integraler Bestandteil der Angebote sein muss: „A key strategy is to build palliative care into the ‚genetic code‘ of existing healthcare infrastructure“ ([10], S. 487).

Schlussbetrachtung

Die Beantwortung der Frage, was sich die Gesellschaft morgen und übermorgen im Bereich der palliativen Versorgung leisten kann, hängt davon ab, wie gut es gelingt, integrierte Konzepte der Versorgung zu entwickeln, die den unterschiedlichen Patientengruppen und den heterogenen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen. Dies zeigt auch die Analyse vorhandener Studien zur Bedeutung ambulant eingesetzter palliativmedizinischer Spezialistenteams: Gemessen an den Indikatoren Dauer des Verbleibens im häuslichen Milieu, Abnahme der Krankenhausstage, Patientenzufriedenheit wie Symptomkontrolle können Spe-

zialistenteams, insbesondere wenn sie verlässlich multiprofessionell organisiert sind, einen Fortschritt darstellen [12, 13]. Ein offenbar generalisierbarer Befund der Systemforschung lautet: Die Qualität der medizinischen Regelversorgung lässt sich am ehesten steigern, wenn Offenheit für eine neue Rollenverteilung unter den Fachberufen da ist und wenn das Wissensmanagement optimiert wird, auch unter Einbezug moderner Informationstechnologien [24]. Dies spricht für die bekannte These, wonach ein reines „add on“-Prinzip bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems weniger Nutzen stiftet als auf Integration bedachte Konzepte [20]. Dass es so wenig Forschung zu derartigen Fragen gibt, hängt vermutlich mit zwei Dingen zusammen: Die Praktiker sind davon überzeugt, die richtigen Lösungen gefunden zu haben, und die Mainstream-Forschung interessiert sich für die Fragen der Optimierung von Versorgungssystemen tendenziell nicht: Versorgungsforschung dieser Art sorgt nicht in vergleichbarer Form für Impact-Faktoren von Wissenschaftlerkarrieren wie biomedizinische und klinische Forschung.

Zum Ausgangspunkt zurück: So wenig der demographische Wandel dämonisiert werden darf, so sicher ist auch, dass eine weitere Verschiebung des Krankheitspanoramas mit einer Veränderung der Versorgungsbedarfe ansteht. Noch so wirksame Präventionsmodelle und eine noch so innovative Therapiefor-schung werden am Ende nicht verhindern können, dass mit weiterem Anwachsen der durchschnittlichen Lebenserwartung Demenz, Krebserkrankungen, koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz den Alltag der Versorgung noch stärker bestimmen werden als heute. Insoweit muss die Frage „Was kann sich die Gesellschaft leisten?“ erst einmal umformuliert werden: „Wie erzeugen wir die erforderliche Aufmerksamkeit dafür, dass Lindern von Leid und Trösten von Kranken und deren Angehörigen innerhalb der Behandlungskonzepte der modernen Gesellschaften angemessene Wertschätzung erhalten?“ Es geht auch um den Mythos des Heilens, den die tatsächlich ausgesprochen erfolgreiche Medizin um sich herum geschaffen hat [21], es geht damit auch um die

Decouvrierung unrealistischer Heilserwartungen. Es ist noch ein utopisches Ziel, die Begriffe „Kuration“ und „Palliation“ durch das Ziel „angemessene, durch gute Forschung belegte Versorgung“ zu ersetzen.

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Pressemitteilung 20. 10. 2005. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005 (www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressemitteilung/pdf/2005_4/pmnr_238_Palliativmedizin.pdf, zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
2. Byock I, Twohig JS, Merrigan M, et al. Promoting excellence in end-of-life care: a report on innovative models of palliative care. *J Palliat Med* 2006;9:137–51.
3. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Stellungnahme zu den von der Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen vorgelegten „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2006 (<http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20607%20Eckpunkte.pdf>, zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Stellungnahme zum „Vertragsentwurf zur palliativmedizinischen Versorgung auf der Grundlage § 73 c SGB V“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2006 ([http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20608%20KBV-Entwurf%20RV%20\(60817\).pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20608%20KBV-Entwurf%20RV%20(60817).pdf), zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
5. Deutsche Hospiz Stiftung. Gesetz zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen. Gesetzesentwurf mit Begründung, 2006. Dortmund: Deutsche Hospiz Stiftung, 2006 (www.hopize.de/ftp/pall_lg_06.pdf, zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
6. Feldman PH, Kane RL. Strengthening research to improve the practice and management of long-term care. *Milbank Q* 2003;81:179–220.
7. Fries JF. The compression of morbidity. *Milbank Mem Fund Q* 1983;61:397–419.
8. Fries JF. Compression of morbidity in the elderly. *Vaccine* 2000;18:1584–9.
9. Fries JF. Frailty, heart disease, and stroke: the compression of morbidity paradigm. *Am J Prev Med* 2005;29:Suppl 1:164–8.
10. Gibson R. Palliative care for the poor and disenfranchised: a view from the Robert Wood Johnson Foundation. *J R Soc Med* 2001;94:486–9.
11. Gomez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, et al., Grupo de Evaluacion-SECPAL. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:522–32.
12. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998;12:317–32.
13. Higginson IJ. Evidence based palliative care. There is some evidence – and there needs to be more. *BMJ* 1999;319:462–3.
14. Levenson JW, McCardly EP, Lynn J, et al. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:Suppl:S101–9.
15. Lopez-Cancales AL, Carron C, Schwartz J. Need for hospice and palliative care services in patients with end-stage heart failure treated with intermittent infusion of inotropes. *Clin Cardiol* 2004;27:23–8.
16. National Quality Forum. A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality. A consensus report. Washington: National Quality Forum, 2006.
17. Reinhardt U. Health care for the aging baby boom: lessons from abroad. *J Econ Perspect* 2000;14:71–83.
18. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut, 2006.
19. Robert Wood Johnson Foundation. Promoting excellence in end-of-life care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (<http://www.promotingexcellence.org/i4a/pages/Indextfm?pageID=3588>, zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
20. Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, et al. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliat Med* 1999;13:3–17.
21. Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Bonn: Kompart, 2005.
22. Schneiderman LJ, Gilmer T, Taetzel HD, et al. Effect of health consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:1166–72.
23. Stewart S, McMurray JJV. Palliative care for heart failure. *BMJ* 2002;325:915–6.
24. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006;1:2 (www.implementationscience.com/content/1/1/2, zuletzt geprüft am 20. 4. 2007).
25. White DB, Braddock CH, Berecknyei S, et al. Towards shared decision making at the end of life in intensive care units. *Arch Intern Med* 2007;6:461–7.
26. Wotton K, Borbasi S, Redden M. When all else has failed: nurses' perception of factors influencing palliative care for patients with end-stage heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2005;20:18–25.

Korrespondenzanschrift
Prof. Dr. Norbert Schmacke
Fachbereich Human- und
Gesundheitswissenschaften
der Universität Bremen
und Leiter der Arbeits- und
Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung
Wilhelm-Herbst-Straße 7
28359 Bremen
Telefon (+49/421) 218-8131
Fax -8135
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de