

Über die Gefahr einer Ökonomisierung der Ethik

Wann ist Wirksamkeit in der Tumortherapie auch Patientennutzen?

Ist eine wirksame Therapie für alle Betroffenen gleichermaßen von Nutzen? Lässt sich eine Intervention in der Onkologie auch dann ökonomisch vertreten, wenn sie nur einer Minorität nützt, die Gesamtpopulation aber nicht statistisch signifikant davon profitiert?

Studienergebnisse werden an – bis auf das Tumorleiden gesunden – streng selektierten Idealpopulationen gewonnen. Wird Wirksamkeit bescheinigt, dann erfolgt der Einsatz bei „jedermann“, gleich welchen Alters, welcher Komorbidität oder Komedikation. Der Nutzen stellt sich erst später, nach dem Einsatz in der täglichen Routine heraus. Nur durch Beobachtung bei praktischer Anwendung, durch sorgsame Pharmakovigilanz zeigt sich, ob Wirksamkeit auch Nutzen bringt.

Abgesehen davon, dass Nutzen etwas sehr persönliches ist, individuell geprägt, eine Mischung von objektiven Daten wie Lebenserwartung oder Symptomkontrolle einerseits und subjektivem Empfinden, Lebensqualität andererseits, gilt Nutzen für den Soziologen vornehmlich als „Body Count“ gemessen in Überlebensraten.

Dort, wo der „Body Count“ für Soziologen und Politiker nicht signifikant angehoben werden kann, liegt es aus ökonomischen Gründen nahe, Budgets zu kürzen, Patienten „auszulagern“, den Zugang zu den „unnützen“ teuren Therapien zu erschweren, die Messlatte für die Zulassung anzuheben, „Off Label“ mit Regressen zu bedrohen, zu zentralisieren und durch Rarifizierung des medizinischen Onkologen in wenige Zentren, Warteschleifen volkswirtschaftlich wirken zu lassen.

„Body Count“ allein kann keine Messlatte sein

Davon betroffen ist der in der Onkologie teuerste Abschnitt der Behandlung, die Phase in der der Tumor metastasiert und nur noch eine palliative Therapie möglich ist. Dritt- und Viert-Linien-Therapien sind bei den meisten Tumorentitäten, insbesondere z. B. dem Mamma- und Kolonkarzinom heute aber gang und gäbe. Sie erlauben es, dem Patienten einen guten Allgemeinzustand nachhaltig zu bewahren und Kranksein in der terminalen Phase immer weiter zu verkürzen. Der Patient kann so bis kurz vor dem Tode ein autonomes Leben führen.

Dabei gelingt es nur ausnahmsweise und wenn, dann nur bei einer Minorität, die Lebensdauer signifikant zu verlängern.

Kurzsichtige Forschungspolitik fordert ihren Tribut

Das Interesse der onkologischen Forschung fokussiert auf die Entwicklung neuer wirksamer Substanzen und liegt als Folge einer kurzfristigen Forschungspolitik der 1990er Jahre inzwischen nahezu ausschließlich in der Hand der Pharmaunternehmen. Nun über die hohen Kosten einer selbstverschuldeten Entwicklung Krokodilstränen zu vergießen charakterisiert die Deutsche Gesundheitspolitik. Alles was sie zuwege bringt, ist bei Industrie, Ärzteschaft und Patienten Kosten zu „dämpfen“, dem Flickenteppich der Reförmchen weitere Teile anzusteppen, anstatt die Schwachstellen des Systems zu analysieren und Lösungswege zu erarbeiten.

Diesem Problem stehen allerdings alle Gesundheitssysteme gegenüber, insbesondere die staatlichen. Daher sind in solchen Ländern, z. B. den Niederlanden, Großbritannien und Skandinavien in den vergangenen zehn Jahren neben den oben geschilderten „Kostendämpfungen“ auch Maßnahmen ergriffen worden, die zum Ziel haben, die Zahl der zu Behandelnden zu minimieren, sei es durch Blockade des Zugangs zu kausaler, kurativer Therapie oder die stationär palliativmedizinisch zu Versorgenden loszuwerden. Hilfreich sind hier die Verordnung häuslicher Versorgung durch Assistenzpersonal und im Sinne eines „sozial verträglichen Frühablebens“ (C. Vilmar 1998) die terminale Sedierung, ärztlich assistierter Suizid, also Maßnahmen, die eine Ökonomisierung der Ethik fördern und drohen, unsere moralischen Prinzipien zu unterlaufen. Dieser Entwicklung eines volkswirtschaftlich effektiven Remedur unseres Deutschen Gesundheitssystems ist rechtzeitig Einhalt zu gebieten.

Palliativmedizin ist keine Nebensache

Palliativmedizin ist Grundlage jeder ärztlichen Tätigkeit insbesondere in der Onkologie und gemeinsame Schnittbene nicht nur der medizinischen sondern auch der psychosozialen, pflegerischen und allgemeinärztlichen Aufgaben.



Prof. Dr. med. Ulrich R. Kleeberg
Hämatologisch-onkologische Praxis
Altona, Hamburg
E-Mail: urkleeberg@hopa-hamburg.de

Palliativmedizin als interprofessionelles wissenschaftliches Gebiet zu fördern wird dann von besonderer Bedeutung, wenn ökonomische Zwänge eine utilitaristische Gesundheitspolitik vorgeben und den Bedarf des individuellen Kranken übergehen.

Ärztliche Interventionen fußen auf wissenschaftlichen Grundlagen. Jedoch wird eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung in der Umsorgung Krebskranker umso schwerer, je näher sich das Leben seinem Ende zuneigt. So bedarf es gerade in dieser letzten Krankheitsphase neben Erfahrungswissen wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zur somatischen wie psychosozialen Linderung von Be-

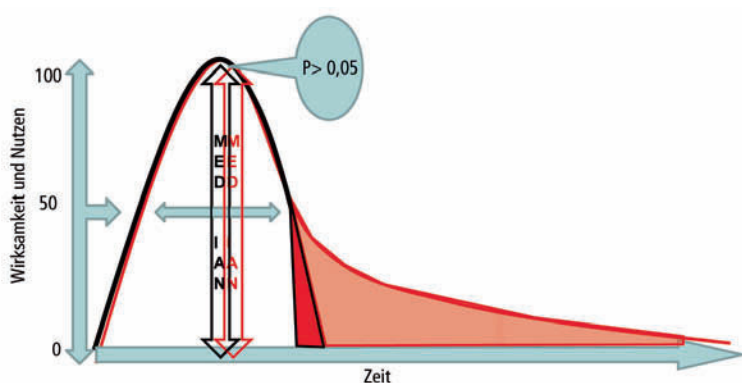


Abbildung 1. Bewertung von Wirksamkeit und Nutzen einer therapeutischen Intervention. Der markierte rechte Randbereich beschreibt die „Grenzpopulation“, der aus dieser Intervention ein hochsignifikanter Nutzen entsteht, ohne dass dieser an einer Rechtsverschiebung des Medianen für die Gesamtpopulation offenkundig wird.

schwerden, auf die sich die Arbeit des onkologischen Teams gründen kann.

Eine Abtrennung der Palliativmedizin von der kausalen onkologischen Therapie beraubt den individuellen Kranken in der Spätphase seiner dann eben nicht mehr „kurablen“ Erkrankung, einer hilfreichen, somit nützlichen Option. Diese kann zur Verbesserung seiner persönlichen Lebensqualität und -dauer beitragen, ohne für die Gesamtheit einen Nutzen in Form einer statistisch signifikanten Lebensverlängerung zu bewirken.

Demographisch, soziologisch und durch Innovationen bedingte Kostensteigerung als Grund für den zunehmenden Schwund solidarischer Hilfe vor Augen, erwächst der Palliativmedizin eine bedeutende Aufgabe für das Gesundheitswesen. Weniger aus humanitärem als aus ökonomischem Beweggrund dürfte das BGM in der vergangenen Legislaturperiode die Etablierung der Palliativmedizin im ambulanten Bereich verordnet haben. AAPV und SAPV, die „Allgemeine und Spezielle Ambulante Palliativ Versorgung“ soll Krankenhäuser und Facharztmedizin „entlasten“, gemeint ist aber, die Kostenträger finanziell entlasten. Die Gefahr liegt dar-

in, dass hierdurch – wie in einigen unserer Nachbarländer – ein Weg geöffnet wird, den Zugang zu den teuren kausalen Interventionen insbesondere in der palliativen Erkrankungsphase zu erschweren.

Im europäischen Umfeld, insbesondere in den Niederlanden und Großbritannien werden Interventionen nach ihrem allgemeinen Nutzen bewertet, den „quality adjusted life years“ (QALY), und auch nur dann bedingt zugelassen, wenn sich Nutzen in einer im allgemeinen soziologischen Sinne relevanten Verlängerung des Überlebens ausdrücken lässt. Ohne Beachtung der Lebensqualität und psychosozialer Bedürfnisse, ohne individuelle Besonderheiten auch der Tumorbiologie (Prädiktionsmarker) zu berücksichtigen, gilt z. B. für das IQWiG, dem deutschen Kontroll- und Entscheidungsgremium, eine Lebensverlängerung von sechs bis acht Wochen bereits als „ohne Nutzen“ und ist damit abzulehnen (29. DKK, Berlin 2010). Unberücksichtigt bleibt dabei der rechte Randbereich, der „Flügel“, der gemäß Gauß'scher Verteilungskurve bewertete Nutzen der Gesamtpopulation (vergl. Abb. 1). Es ist offenkundig, dass Kranken aus diesem teuren, ihnen Nutzen bringenden therapeutischen Randbereich eine wirksame und nützliche Therapie verweigert wird, weil sie bei ausschließlicher Bewertung der medianen Signifikanz in der Gesamtpopulation untergeht. So nimmt es nicht wunder, wenn im europäischen Umfeld mit Euthanasie sehr „liberal“ umgegangen wird, Euthanasie z. B. in Form einer sog. „terminalen Sedierung“ auf, (vorerst?) allerdings vergeblichen Wunsch der BeNeLux-Staaten, als „Therapiemodalität“ in die europäischen S3-Leitlinien zur Palliativmedizin mit aufgenommen werden sollte (Jahreskongress der EAPC Wien 2009), ein Antrag aus Ländern, wo bereits ein Teil der Pflegefälle auf Palliativstationen nicht eines natürlichen Todes stirbt. „Sozialverträgliches Frühableben“, Unwort des Jahres 1998, wird damit ökonomisch vertretene Realität.

Die DKG hat ihre Aufgabe erkannt: Palliativmedizin ist in ihrer Verbindung mit der Palliativ-Onkologie, ein wirksamer Schutz vor einem solchen „schlüpfrigen Pfad“, auf dem unsere ethischen Grundsätze zunehmend kompromittiert werden. Wir Deutschen müssen dieser Entwicklung nicht nur wegen unserer nationalsozialistischen Vergangenheit sehr aufmerksam begegnen.

Palliativmedizinische Forschung in der Onkologie ist keine Nebensache, sie gewinnt zunehmend an praktischer, gesundheitspolitischer und ethischer Bedeutung. ■

Thv. Ulf Kleeberg