

Die Vorsorgemedizin im Spannungsfeld von Ethik, Ökonomie und gesellschaftlichen Ansprüchen ¹

Manfred Kanatschnig, Klagenfurt

„Vorsorgen ist besser als Heilen.“ Diese logisch klingende Aussage soll in diesem Vortrag untersucht und hinterfragt werden, im wissenschaftlichen, ethischen und ökonomischen Sinn. Primärprävention hat den Anspruch, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, Sekundärprävention bzw. Screening will durch rechtzeitiges Erkennen von Krankheiten im Frühstadium deren Ausbreitung vermeiden bzw. deren bessere Therapie oder auch Heilung ermöglichen.

Mein Hauptaugenmerk in dieser Arbeit wird angesichts zunehmender Diskussionen das Screening von bösartigen Erkrankungen betreffen. Am Beispiel des PSA-Screenings, das der Verminderung der Erkrankungs- und Sterberate an fortgeschrittenem Prostatacarcinom dienen sollte, möchte ich aufzeigen, welche rationalen und oft auch irrationalen, ethischen und vielleicht auch unethischen Diskussionen und Entscheidungen in diesem Feld ablaufen. Die inzwischen auch wissenschaftlich belegten Nachteile des Screenings werden oft zu wenig transparent dargestellt. Und abschließend möchte ich auf die Möglichkeit einer individuellen, "humanen Vorsorge" verweisen, die das "sprechende" und "berührende" Arzt-Patientenverhältnis wieder in den Vordergrund stellt.

1. Einleitung:

Vorsorge sollte ein Teil der ärztlichen Tätigkeit sein:

„Der Arzt soll sich bemühen, die Gesundheit seiner Patienten

- zu erhalten, zu pflegen, zu sichern, und, nach Möglichkeit
- wiederherzustellen“

Zweifelsohne liegt das Hauptaugenmerk in der derzeitigen Medizin auf dem „Wiederherstellen“ von Gesundheit, etwas herablassend als „Reparaturmedizin“ bezeichnet.

Dies widerspricht eigentlich ganz dem gängigen (Vor-?)Urteil: „Vorbeugen (also Prävention) ist besser als heilen.“

Ein besonderes Kennzeichen unserer heutigen Medizin (und Wissenschaft) sollte es sein, Hypothesen zu hinterfragen, zu überprüfen, scheinbar klare Handlungsmuster auf den Prüfstand von Wissenschaft, aber vor allem auch Ethik zu stellen: „Ist es gut so, wie wir derzeit handeln, oder könnten wir es besser machen?“

Mein heutiges Thema ist also die Vorsorge, Prävention. Wir unterscheiden Primär- und Sekundärprävention.

¹ Vortrag, gehalten am 5. Kärntner Ethiktag, Treffen, 25. November 2011.

Primärprävention

Primärprävention zielt auf das Verhindern von Krankheiten bzw. den Erhalt von Gesundheit ab – eine Aufgabe, die sich heutzutage andere Berufsgruppen (Journalisten, Lehrer, Ernährungsberater, Psychologen, ...) mit den Ärzten teilen. In der Ärzteschaft führt dieser eigentlich wichtige Teil der Medizin ein Schattendasein. Mögliche Gründe dafür könnten sein: Wenige wissenschaftliche Daten, fehlende Messbarkeit des Erfolgs, damit keine Bezahlung als „kassenärztliche Leistung“, keine spezielle Ausbildung die Primärprävention betreffend, etc...

Sekundärprävention

Ich werde allerdings mein Hauptaugenmerk auf die zweite Seite der Prävention, die Sekundärprävention, also die Früherkennung von Krankheiten, lenken, und da speziell auf die Krebsfrüherkennung, ein derzeit sehr umstrittenem Thema, und dieses wissenschaftlich, aber auch philosophisch zu betrachten versuchen.

2. Wissenschaft

Erkenntnistheoretische Betrachtung

Von Seiten der Erkenntnistheorie gilt nach wie vor der Spruch von Francis Bacon in der Renaissance: „Die Wahrheit ist eine Tochter der Zeit“ (mit dem Nachsatz: „Nicht der Autorität“). Das verstärkt die primäre Aussage der Wichtigkeit des Infragestellen von wissenschaftlichen Thesen, v.a. aber auch das Infragestellen seiner eigenen Überzeugungen.

Sekundärprävention am Beispiel des Prostatacarcinoms

Anhand dieses Beispiels möchte ich folgende Hypothese überprüfen: „Screening führt zu einer Früherkennung von Tumoren, damit effizienteren Behandlung, Besserung des Überlebens und auch besseren Lebensqualität.“

Falls diese Hypothese nicht zutrifft: Sollte dann nicht das Geld der Sozialversicherung in etwas anderes investiert werden?

Gerade in den letzten Monaten geriet das vielgerühmte PSA-Screening, also die Bestimmung des PSA-Werts² als Vorsorgeuntersuchung des Prostatacarcinoms, v.a. in den USA vermehrt in Diskussion. Schon primär war die Empfehlung auf Männer zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr beschränkt worden – jetzt gibt es sogar an der Sinnhaftigkeit dieser Empfehlung berechnete Zweifel.

Die USPSTF (US-preventive services task force) gab folgendes Statement ab:

² PSA: „Prostata-spezifisches Antigen“: Ein Tumormarker, der für Prostatagewebe spezifisch ist, allerdings nicht unbedingt nur bei bösartigen Veränderungen der Prostata erhöht ist.

„...Nach etwa 10a resultiert das PSA-basierte Screening in einer geringen bzw. keiner Reduktion der Prostata-spezifischen Mortalität und ist mit Schaden assoziiert, bedingt durch Folgeuntersuchungen und Therapien, von denen manche unnötig sein dürften.“

Der Entdecker des PSA, der Pathologe Richard Albin, ging sogar so weit zu behaupten: „Der PSA-Test ist kaum effektiver als eine Münze aufzuwerfen.“³

Der wissenschaftliche Nachweis eines Vorteils von Screening-Methoden ist sicher schwierig – ich nenne nur die sogenannte „lead time bias“ (was bedeutet, dass nach Screening die Überlebenszeit mit einem bestimmten Tumor immer länger ist als ohne Screening – allerdings allein aus der Tatsache der früheren Entdeckung resultierend), aber auch die „length time bias“. Letztere besagt, dass Screening nur für Tumore mit einer mittleren Wachstumsgeschwindigkeit sinnvoll ist: Die sehr rasch wachsenden entgehen meist dem Screening, die sehr langsam wachsenden werden zwar entdeckt, hätten aber vielleicht nie Beschwerden verursacht, außer durch die unnötige Diagnostik bzw. Therapie..

Der Nachweis kann eigentlich nur durch den Beweis einer Abnahme der Tumorsterblichkeit erfolgen – mit allen statistischen Problemen – streng wissenschaftlich also nur mit randomisierten Studien, an denen naturgemäß tausende Menschen teilnehmen müssen, um statistisch signifikante Aussagen treffen zu können.

Die neuen Empfehlungen resultieren größtenteils aus 5 randomisierten Studien und 23 Kohortenstudien zur Fragestellung Screening bei Prostatacarcinom.

Die zwei größten randomisierten Studien erbrachten widersprüchliche Resultate: Die europäische Studie erbrachte einen Vorteil für das Screening, die amerikanische Studie keinen Vorteil. (Die europäische Studie zeigte einen Vorteil die tumorspezifische Mortalität betreffend durch das Screening, die amerikanische Studie sogar einen Nachteil⁴). Ein systematischer Review aller randomisierten Studien erbrachte keine signifikanten Nutzen das Gesamtüberleben, aber auch das tumorspezifische Überleben betreffend.⁵

Daraus resultierte jetzt die USPSTF-Empfehlung gegen das Screening: Das Rating „D“ bedeutet, dass „eine moderate oder hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Angebot (des Screenings) keinen Benefit erbringt, oder dass der Schaden den Nutzen überwiegt.“ (D.h. Schaden durch Überdiagnose, therapiebedingte Morbidität wie Inkontinenz und Impotenz, ...)

Es gibt allerdings auch andere Stimmen: Die amerikanische Studie wurde v.a. deshalb kritisiert, weil viele in der Nicht-Screening-Gruppe dennoch Screening in Anspruch nahmen.

Kritisiert wird auch das unangemessen kurze Follow-up von 7-9 Jahren in den großen Studien

³ Draft Guidelines recommend against PSA Screening:USPSTF Review, www.medscape.org/viewarticle/751461

⁴ US Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: Andriole et al, NEJM 360:1310-19
European randomizes study of screening for Prostate Cancer (ERSPC): Schröder et al, NEJM 360:1320-28

⁵ Djulbergovic et al 2010, Screening for prostate cancer:systematic review and metaanalysisof randomized controlled trials. BMJ 341:c4543

Skip Lockwood (CEO von ZERO, dem Projekt „zur Überwindung von Prostatakrebs“⁶ reagiert emotional: „Die Entscheidung gegen den PSA-Test durch die US-Regierung verurteilt zehntausende Männer zum Tode.“

3. Ethische Betrachtung bzw. Aufgabe

Ethische Prinzipien im Hintergrund

Betrachten wir das Thema anhand der Prinzipien der auf dem Gebiet der Medizin derzeit sehr anerkannten Prinzipienethik ⁷:

- Autonomie
- Nichtschaden
- Wohltun
- Gerechtigkeit

a. Nichtschaden und Wohltun

Sehen wir uns primär Nichtschaden und Wohltun an, Prinzipien, die bereits im hippokratischen Eid wesentlich waren. Worauf kann ich mich in Bezug auf das Screening verlassen? Auf Intuition? Auf Wissenschaft?

Individuell betrachtet wohl in einer Mischung aus beidem. Im Enthusiasmus der Tumorsuche muss allen aber auch der potentielle Schaden für den Patienten durch Screening bewusst sein: Schaden durch eine Überdiagnose, Verängstigung, Übertherapie.

Vom Aspekt der „Public Health“ her, wo es u.a. auch um Mittelverteilung im Gesundheitswesen geht, wird wohl die „evidence based medicine“ im Vordergrund stehen, und die ist eben derzeit äußerst widersprüchlich.

b. Gerechtigkeit

Betrachten wir eine gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen, aber auch unter den verschiedenen für einen Staat wichtigen Teilbereichen (neben Gesundheit sind u.a. zu nennen: Soziales, Bildung, Infrastruktur, Umwelt, ...)

Somit ist eine Rationierung auch im Gesundheitswesen nicht unbedingt als „unethisch“ zu bezeichnen – entscheidend ist, wie transparent dies für die betroffene Bevölkerung geschieht.

Rationalisierungs- und auch Rationierungsmaßnahmen haben sicher bereits eingesetzt, wenn auch, und dies ist meine Hauptkritik, „versteckt“. Dies wird als implizite Rationierung (im Gegensatz zur expliziten R.) bezeichnet, z.B. durch Deckelung von Budgets.

⁶ ZERO wird übrigens von vielen Organisationen mit Verbindungen zur Therapie des Prostatacarcinoms gesponsert, z.B. Abbot, Beckman, Coulter, Accuray, CyberKnife, Dendreon, die amerikanische urologische Gesellschaft.

⁷ Beauchamp, Childress: „Principles of Biomedical Ethics“, New York, Oxford 1979, 5. Auflage 2001

Wohl oder übel wird man also im ökonomischen, aber durchaus auch ethischen Sinn eine gewisse Form der Rationierung im Sinne einer Priorisierung (d.h. transparente Erstellung von Priorisierungslisten, wo Leistungen, die das öffentliche Gesundheitswesen in jedem Fall bieten muss bzw. auf die jeder Bürger Anspruch hat) akzeptieren müssen. Dies gilt dann auch für Methoden der Prävention.

c. Patientenautonomie

Soll der Patient selbst entscheiden?

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts mit dem neuen Ziel des „informed consent“, also des „informierten Einverständnisses“, ist dies sicher ein Gebot, sowohl in juristischer als auch ethischer Hinsicht, wenn auch in Letzterer etwas komplizierter, da es sich in der Medizin oft um existenziell bedrohliche Situationen handelt. Das Screening von Tumorerkrankungen betreffend besteht aber sicher genug Zeit für eine entsprechende Aufklärung bzw. Beratung. Diese darf nicht mit Angst und Einschüchterung arbeiten, darf den Patienten nicht „überreden“, muss eine einigermaßen objektive Information enthalten. Sie muss also auch Zweifel und Widersprüche wie im Falle des PSA-Screenings des Prostatacarcinoms entsprechend darstellen, um dem Patienten eine Wahl zu ermöglichen.

d. Tugendethische Betrachtungen

Die Medizin betreffend entstand sicher schon sehr früh eine gewisse *Allmachtsillusion*. Bereits Rene Descartes (1596-1650) erwartete von der Medizin, dass sie mittels einer konsequenten Ursachenforschung „von unendlich vielen Krankheiten sowohl des Körpers als auch des Geistes, vielleicht sogar auch von der Altersschwäche befreien könne.“ (Discours de la méthode, 6. Kap.)

Diese Allmachtsillusion bedient naturgemäß die tiefe Angst vor Krankheit und Tod. Jede Krankheit muss heilbar sein, und wenn nicht, ist sie eben nicht rechtzeitig erkannt worden. Letzteres wird als eigenes Versagen empfunden („ich war zu schlampig in meinen Vorsorgeuntersuchungen) oder als Versagen der Ärzte („Ich war eh immer bei den Vorsorgeuntersuchungen, aber ...“)

Dazu kommt ein gesellschaftliches Anspruchsverhalten, von O. Höffe als „*Buffetverhalten*“ bezeichnet: Bei kostenlosen Angeboten neigt der Mensch dazu, zuviel des „Guten“ zu konsumieren. Dazu gehören eben auch die Medizin und das Recht. Schon Platon bezeichnete den Überkonsum an ärztlichen, aber auch juristischen Leistungen als Zeichen verwerflicher Sitten im Staat. (Politeia III, 405a).

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch ein „heißes Eisen“ aufgreifen, nämlich den *ökonomischen Missbrauch*. Das Durchführen und Verrechnen von Vorsorgeuntersuchungen, welcher Art auch immer, deren Nutzen nicht belegt ist, würde ich teilweise unter diese Kategorie subsummieren.

Wie könnte eine „Prävention neu“ aussehen?

Diese wäre meines Erachtens in einer wechselseitigen *Beziehung von Arzt und Patient* zu finden, in einer Begegnung, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert, wo versucht wird, in einem gemeinsamen Prozess das persönliche Risiko des Patienten zu suchen (Familienanamnese, Lebensstil!), aber auch seine speziellen Ängste zu bearbeiten. Und anschließend sollte dann eine Aufklärung über die Möglichkeiten und den Nutzen, aber auch über den potentiellen Schaden von Screeninguntersuchungen erfolgen.

Dadurch kann der Patient gemeinsam mit dem Arzt eine Entscheidung für oder gegen ein Screening treffen.

Und eine „Prävention neu“ muss natürlich, und damit komme ich zum Ausgangspunkt zurück, auch die Primärprävention in den Blick nehmen – auch wenn dies, wie schon erwähnt, meines Erachtens nicht die Hauptaufgabe von Ärzten darstellt, sondern vielleicht sogar effizienter von Lehrern, Psychologen, etc. erfüllt werden könnte.

Dies ist auch ein Appell an die Eigenverantwortung des Menschen:

“Was kann ich selbst für meine Gesundheit tun?“

Und nicht:

“Was kann der Arzt oder das Gesundheitssystem für meine Gesundheit tun?“

Dazu gehören so einfache (und oft so unendlich schwere) Dinge wie:

- Bewegung
- Gesunde Ernährung
- Vermeiden von Übergewicht
- Nicht Rauchen
-

Für diese Art einer Arzt-Patienten-Beziehung bedarf es aber einer *sprechenden Medizin*, vielleicht auch einer *berührenden Medizin*.

Die Angloamerikaner drücken dies so treffend und eindringlich durch die *drei T's* aus:

- Talk (Gespräch)
- Touch (Berührung)
- Time (Zeit nehmen)

Und letztendlich geht es auch um ganz Selbstverständliches, oft aber gänzlich Unbedachtes: Auch mit der besten Prävention und täglichen Vorsorgeuntersuchungen können wir vor unserer Endlichkeit nicht davonlaufen.

Aber dies ist eine andere Geschichte ...

4. Resumé

Das Ziel dieser Arbeit ist keineswegs, Screening bzw. Krebsfrüherkennung, hier am Beispiel des Prostatacarcinoms, für sinnlos zu befinden, sondern den kritischen Geist zu wecken und scheinbar logische Aussagen zu hinterfragen. Auch die Wissenschaft und Ärzte unterliegen manchmal der Versuchung und machen den Wunsch zum Vater von "scheinbar wahren Gedanken". Es gilt also vermehrt, den Patienten auf Probleme hinter diesen "Wahrheiten" hinzuweisen.

Und es gilt, im Sinne einer "sprechenden und berührenden Medizin" wieder eine gemeinsame Atmosphäre aufzubauen, wo, unter Anerkennung von persönlichen geschichtlichen Daten des Patienten (persönliche Risiken, Lebensführung, Familienanamnese), aber auch seiner Ängste, eine individualisierte Vorsorge (ich sage bewusst nicht "Screening") stattfinden kann.

Literatur:

Zum Thema Prostata-Carcinom-Screening:

Andriole et al: US Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) cancer screening trial. NEJM 360:1310-19.

Schröder et al: European randomized study of screening for Prostate Cancer (ERSPC). NEJM 360:1320-28.

Djulbergovic et al 2010: Screening for prostate cancer: systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. BMJ 341:c4543.

Draft Guidelines recommend against PSA Screening: USPSTF Review: Online: www.medscape.org/viewarticle/751461.

Zum Thema Gesundheitsökonomie / Ethik /Vorsorge:

C.Schaefer et al: Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt. Der Onkologe, Band 17, Heft 3, März 2011, 220-233.

Annemarie Gethmann-Siefert, Felix Thiele (Hrsg.): Ökonomie und Medizinethik. Verlag Neuzeit & Gegenwart 2008.

Georg Marckmann: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, S 333-343. In: Marcus Düwell und Klaus Steigleder: Bioethik. suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1597.

Zum Thema Medizin / Philosophie / Gesellschaft

Otfried Höffe: Medizin ohne Ethik? Edition suhrkamp, 2002.

Zitat Platon aus: Politeia III, 405a, Sämtliche Werke Band 2, rowohlts enzyklopädie 2002, S 302f.