

«Futility ist oft eine Folge davon, dass man unangenehme Gespräche scheut»

Ein Interview mit dem Palliativmediziner und Geriater Roland Kunz zur Sinn- und Aussichtslosigkeit therapeutischer Massnahmen

palliative.ch: Herr Dr. Kunz, beginnen wir mit einer etwas ketzerischen Frage. Könnte Palliative Care nicht sagen, Futility geht uns gar nichts an, denn wir machen ja nichts Sinn- und Aussichtsloses?

Roland Kunz: Nein, ich glaube, wir sind auch in der Palliativmedizin tagtäglich mit der Frage der Sinnhaftigkeit konfrontiert. Denn Angehörige und Patienten wünschen sich oft Massnahmen oder haben Vorstellungen, die aus medizinischer Sicht sinnlos sind. Ich erinnere mich noch gut an eine 42 Jahre alte Tumorpatientin mit zwei kleinen Kindern, der es sehr schlecht ging und die wirklich kurz vor dem Tod stand, aber sie wollte noch alles versuchen und konnte nicht akzeptieren, dass man therapeutisch nichts mehr unternahm. In so einer Situation darf man sich nicht dazu hinreissen lassen, etwas zu machen, von dem man ganz genau weiss, dass es wirkungslos ist. Allerdings gerät man damit in einen Konflikt, denn Palliative Care heisst ja, den Patienten und seine Wünsche ernst zu nehmen.

Aber ist Futility nicht eher ein Problem von Disziplinen wie der Onkologie oder Kardiologie, wo der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt immer mehr ermöglicht? Und die Palliative Care eher die Disziplin, die dazu ermahnt sich zu überlegen, was man da eigentlich macht?

Diese Fragen zu stellen ist eine unserer Hauptaufgaben in der Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen. Futility bedeutet ja Wirkungs- und Aussichtslosigkeit. Die anderen Disziplinen fokussieren aber oft nur auf die Wirkungslosigkeit, und wenn die Wirksamkeit lediglich zwei Prozent beträgt, ist es bereits nicht mehr Futility – also führt man die Therapie durch. Die Aussichtslosigkeit dagegen wird ausgeblendet, darum muss die Palliativmedizin in die Diskussion einbringen, was eigentlich das Ziel der Behandlung und der Wunsch des Patienten ist.

Bewegen wir uns aber nicht in einem Gesundheitssystem, das Futility geradezu anheizt, weil es, etwa für Spitäler, monetäre Anreize auch für Sinn- und Aussichtsloses gibt? Man könnte ja sogar so zynisch sein und sagen, dass eine Massnahme aus betriebswirtschaftlicher Sicht eben nicht mehr sinnlos ist, eben weil sie Geld bringt.

Das ist natürlich die grosse Gefahr im Finanzierungssystem, daneben gibt es aber auch ein falsches Qualitätsbe-



Roland Kunz (Bild Gaëtan Bally)

wusstsein. Nehmen wir das heisse Thema Fallzahlen: Ein Spital muss soundso viele Operationen durchführen, um einen Leistungsauftrag zu behalten und die benötigten Einnahmen zu generieren. Das verführt geradezu zu Futility. Man muss sich nur einmal anschauen, welchen Boom das Fallpauschalen-System im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie ausgelöst hat. Jedes Spital hat mittlerweile einen Belegarzt für Wirbelsäulenchirurgie. Wie viele Leute mit altersbedingten Degenerationen werden operiert, nur weil das Geld bringt!? Aber wie sinnvoll das im Einzelfall ist, sei einmal dahingestellt.

Doch wie sieht es auf der, sagen wir mal Konsumentenseite aus? Wird Futility nicht auch dadurch gefördert, dass die Leute für ihre hohen Krankenkassenprämien viel Leistung erwarten?

Das ist sicher so. Solange die Menschen gesund sind, finden sie es übertrieben, was alles gemacht wird. Aber sobald sie irgendetwas haben, erwarten sie, dass man alles macht, was möglich ist, und glauben auch an die Wirksamkeit dessen, was sie verlangen.

Ist Futility also nicht auch eine Folge unseres Machbarkeitswahns?

Das denke ich schon. Das reicht zurück bis in die Aufklärung, als man begann, den Menschen als ein Wesen zu verstehen, in dessen biologische Prozesse man eingreifen kann, und reicht heute bis auf die molekulare Ebene. Die ganze Diskussion, ob wir irgendwann 150 Jahre alt werden oder sogar ganz unsterblich, das alles geht in diese Richtung.

Kommen wir noch einmal auf das vorhin erwähnte Beispiel der 42-jährigen Mutter zurück: Ihr klar zu machen, dass medizinische Massnahmen sinn- und aussichtslos sind, ist doch für das Team eine kommunikativ sehr schwierige Aufgabe, oder?

Das ist die ganz grosse Herausforderung. Wie hole ich den Patienten ab? Es gilt, sein Ziel zu verstehen und ihm zu versichern, dass wir alles tun werden, was seinem Ziel dient, aber dass es Grenzen gibt. Sehr eindrücklich war für mich, wie junge, ambitionierte Assistenzärzte in der Geriatrie mir bei der Visite stolz berichtet haben, welche Massnahmen sie angeordnet und welche sie noch vorhaben – wenn ich sie aber gefragt habe, was denn eigentlich das Ziel der Patientin sei, haben sie mich mit grossen Augen angeschaut. Deshalb haben wir im Zürcher Waidspital eingeführt, dass das übergeordnete Ziel definiert wird: Will sie wieder nach Hause, um dort selbständig zu leben? Oder nur auf eine gute Art sterben? Auf dieser Basis muss geklärt werden, was sinnvoll ist und was nicht.

Haben Sie auch erlebt, dass es da Unterschiede je nach Bevölkerungsgruppe gibt? Es heisst ja immer, dass Menschen mit einem islamischen Hintergrund vom Arzt oder der Ärztin ein kuratives Handeln bis zum Schluss erwarten.

Menschen mit Migrationshintergrund haben tatsächlich häufig die Erwartung, dass der Doktor sie wieder gesund macht und erwarten das Maximum. Statt einfach Sinnloses zu machen müssen wir ihnen die Gewissheit geben, dass wir alles medizinisch Sinnvolle tun werden, aber dass letztlich das Schicksal entscheiden wird. Es ist aber schwieriger, über die Grenzen der Medizin zu sprechen als über ihre Möglichkeiten. Futility ist also oft auch eine Folge davon, dass man unangenehme Gespräche scheut. Wenn ich Onkologen gefragt habe, ob sie an ihre Massnahmen glauben, kam manchmal die Antwort «Ja, weisst du, der Patient glaubt so fest daran, dass wir ihn nicht enttäuschen können. Ich selber denke allerdings nicht, dass das was bringt.»

Oft ist das aber doch auch ein Kommunikationsproblem: Patienten verstehen etwas anderes, als die Onkologen sagen.

Eindeutig. Oft wird die Kommunikation auf ärztlicher Seite so verpackt, dass die Patienten nur das hören, was sie hören möchten. Ausserdem sollte die Kommunikation viel früher einsetzen. Heute wird über einzelne Massnahmen und mögliche Alternativen gesprochen, aber nicht über die Gesamtsituation.

Ist Futility nicht auch eine Folge fehlender Demut – anzuerkennen, dass wir endlich und sterblich sind?

Das ist der Kern des Problems. Es ist einfach eine Realität, dass wir älter und schwächer werden. Und eben das sollte viel früher in die Kommunikation einbezogen werden, anstatt immer bei den Massnahmen Vollgas zu geben und nicht nach links und rechts zu schauen, was eigentlich Sache ist.

Lernt das der ärztliche Nachwuchs nicht?

Im Studium sicher nicht. Es hängt halt viel vom Kommunikationsbedürfnis und den Fähigkeiten der jungen Ärztinnen und Ärzte ab. Wenn ich Studierende im Mantelfach Palliative Care gefragt habe, warum sie sich dafür entschieden haben, kam als Antwort, dass immer nur über das geredet werde, was man machen könne. Sie wollten aber auch lernen, wie man über die Grenzen und das Sterben spricht. Andere machen dagegen ganz bewusst einen Bogen um solche Themen.

Sind die Sinn- und Aussichtslosigkeit einer Massnahme eigentlich gegenüber dem Patienten oder gegenüber den Angehörigen schwieriger zu kommunizieren?

Das ist sehr unterschiedlich. Aber oft ist es so, dass man den Patienten erreicht hat, zumal ein schwerkranker Mensch häufig spürt und weiss, wie es um ihn steht. Beim Rundtisch-Gespräch mit den Angehörigen werden dann aber nicht selten ganz viele, teils unrealistische Erwartungen und manchmal auch Vorwürfe geäussert. Dann heisst es beispielsweise, man mache ja nur deshalb nichts, weil die Mutter schon so alt sei – ohne sich zu fragen, was die Mutter eigentlich will. Aber Sinnloses zu verlangen ist eine falsche Art der Zuwendung.

Betätigen Sie sich zum Schluss bitte noch als Hellseher: Haben wir in zwanzig Jahren mehr Futility oder weniger?

Wenn ich von der aktuellen Kosten- und Finanzierungsdiskussion ausgehe, die immer dringender wird, denke ich, dass Futility abnehmen wird, weil man mehr Kontrollmechanismen einführt, um sie zu vermeiden, und das der einfachste Weg ist, Geld zu sparen. Natürlich muss man dann sehr wachsam sein, dass es keine Zwei-Klassen-Medizin gibt. Was ich nicht befürworte, ist eine starre Rationierung nach Alter wie in Grossbritannien, denn das wird dem einzelnen Menschen nicht gerecht. Bei meiner Klassenzusammenkunft anlässlich 50 Jahre Matura war auch unser Geografielehrer zu Gast. Der ist 94, fit wie ein Turnschuh und sieht fast noch genauso aus wie damals. Wenn so einem Menschen etwas fehlt, muss man den behandeln wie einen 65-Jährigen, auch wenn er schon über 90 ist. Für mich ist es besser, als Kriterien zu definieren, wann eine Behandlung sinnvoll ist. In der Literatur heisst es, dass nur schon bei einer Erfolgsquote von einem Prozent eine Massnahme nicht wirkungslos sei. Das ist natürlich schon extrem – ob sie dann für den einen von hundert auch

sinnvoll ist, bleibt offen, und der Blick auf die anderen neunundneunzig fehlt meist. Die Kriterien müssten aber unterscheiden, ob es beispielsweise um ein Kind oder einen multimorbiden alten Menschen geht. Was man von Grossbritannien durchaus übernehmen könnte, sind längere Wartezeiten für nicht-lebensnotwenige Eingriffe. Das wür-

de vielleicht dazu beitragen, dass man sich fragt, ob die Operation wirklich sinnvoll ist.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

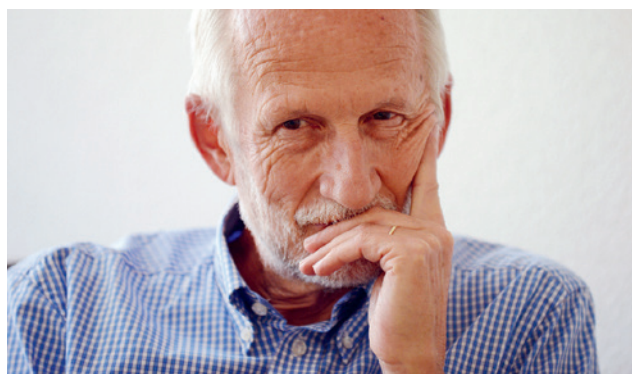
Das Interview führte Christian Ruch.

Anzeige

FORUM GESUNDHEIT UND MEDIZIN

SAVE THE DATE!

«Immer sind es die Menschen» – Roland Kunz



Öffentliche & Festliche Tagung

Zürich, Donnerstag, 8. Mai 2025, 09.00 – 17.00 Uhr

Dem Pionier der Palliative Care und Palliativen Geriatrie zum 70. Geburtstag

- Vorträge und Diskussionen
- Gratulationen und Grussworte
- Gedichte und Musik
- Zeit für Begegnungen und Gespräche

Prof. Dr. med. Dr. phil. **Paul Hoff**

Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Prof. Dr. phil. Dr. h.c. **Andreas Kruse**

Direktor em. Institut für Gerontologie, Seniorprof. distinctus der Univ. Heidelberg

Dr. med. **Roland Kunz**

ehem. Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie und des Zentrums für Palliative Care, Stadtspital Zürich

Dr. phil. **Matthias Mettner**

Studien- und Programmleiter Palliative Care und Organisationsethik und Forum Gesundheit und Medizin

Dr. med. **Sebastian Schiel**

Direktor des Zentrums für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Marburg, Vorstand FGPG

Pfrn. **Jacqueline Sonego Mettner**

Stifterin des Schweizer Palliative Care Preises u. a. nach Nennung

Tagungsgebühr CHF 170.-; mit Apéro

Anmeldung Bitte via www.gesundheitundmedizin.ch oder formlos per Mail an info@gesundheitundmedizin.ch

Veranstaltungsort Volkshaus Zürich, Weisser Saal Stauffacherstrasse 60, 8004 Zürich