

„Man muß lernen, mit dem Versagen umzugehen“

Professor Gerhard Nagel zu „Überdiagnose“ und „Übertherapie“ in der Krebsbehandlung

SPIEGEL: Herr Professor Nagel, bei der Eröffnung dieses Hamburger Krebsforschungskongresses haben Sie von einem „faszinierenden Wendepunkt“ in der Krebsforschung gesprochen und neue Hormontherapien in Aussicht gestellt. Weckt eine so euphorische Formulierung nicht falsche Hoffnungen?

NAGEL: Sie kann falsche Hoffnungen wecken, wenn nicht deutlich dazu gesagt wird, daß es sich um einen Wendepunkt in der Forschung handelt und daß Ergebnisse der Forschung immer mehrere Jahre brauchen, bis sie ihren Niederschlag in der Anwendung beim Patienten finden.

SPIEGEL: „Hormone und Krebs“ lautet das Thema des Kongresses.

NAGEL: Es geht um die Anwendung von Hormonen, vor allem aber um ein vertieftes Verständnis der Wirksamkeit von Hormonen. Das Faszinierende an diesem Kongreß ist, zu sehen, daß der Begriff des Hormons erweitert wird; es werden Wachstumsfaktoren aller Art einbezogen, die das Tumorstadium beim Menschen steuern.

Es wäre aber ein völliges Mißverständnis, von *einem* sich abzeichnenden neuen Krebsmedikament zu reden. Krebs ist nicht *eine* Erkrankung, sondern es gibt ebenso viele Krebsformen wie Organe im Körper. Selbst innerhalb eines Organs treten unterschiedliche Krebsformen auf, wobei jede unterschiedlich empfindlich ist gegenüber Medikamenten.

SPIEGEL: Aber sind nicht Formulierungen wie „faszinierender Wendepunkt“ am Ende doch dazu angetan, die Heilserwartungen noch zu steigern, den Arzt noch weiter in die Rolle des omnipotenten Heilers zu drängen, die er gerade in der Krebsbehandlung nicht erfüllen kann?

NAGEL: Sie haben recht. Man kann hier nur an die verantwortungsvolle Berichterstattung in der Presse appellieren, daß sie nicht diesen Terminus, der sich auf die Forschung bezieht, herausnimmt und ihn schon viel zu früh auf die Behandlung des Krebskranken anwendet.

Richtig ist: Wir haben in der Forschung einen neuen Weg, den wir beschreiten. Erst am Endpunkt dieses Weges liegt die mögliche Anwendung in der Therapie. Der Weg dahin ist lang.

SPIEGEL: Krebsbehandlung, so wie sie heute praktiziert wird, war Gegenstand einer SPIEGEL-Serie*. Darin



Nagel beim SPIEGEL-Gespräch: „Herr Doktor, Sie müssen etwas machen“

Professor Gerhard Nagel

ist neugewählter Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Er leitete den „3. Internationalen Kongreß über Hormone und Krebs“ in Hamburg, der am Freitag letzter Woche zu Ende ging und zu dem sich mehr als 1500 Tumorexponenten aus aller Welt versammelt hatten: Es war der erste internationale Krebskongreß, der nach 50jähriger Pause wieder auf deutschem Boden stattfand. Nagel, 51, ist Spezialist für medikamentöse Krebstherapie und gilt als einer der führenden Tumormediziner in der Bundesrepublik. Er ist Leiter der Abteilung Hämatologie und Onkologie an der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen. In der Vergangenheit trat er mehrfach als Verfechter einer humanen, an den Bedürfnissen des Kranken ausgerichteten Krebsmedizin hervor. Nagel ist in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien tätig, unter anderem als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Komitees des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg.

wurde kritisch formuliert, was auch etliche Ihrer Kollegen zur Debatte stellen: daß Patienten nicht selten mit einem Übermaß an Therapie und einem Übermaß an Diagnostik traktiert werden, auf Kosten ihrer Lebensqualität – aus einer Art blindem Aktionismus der Ärzte. Sie haben sich geäußert, die SPIEGEL-Serie enthalte „viel Wahres“ . . .

NAGEL: Ich bleibe bei der Meinung, daß dort viel Wahres steht, aber ich möchte, daß der falsche Eindruck, der auch entstanden ist, korrigiert wird.

Das Echo, das ich höre, lautet: Die Chemotherapie ist ja nun entlarvt worden als eine giftige Behandlung, die nichts nützt. Hier muß man nun entschieden widersprechen! Sie ist bei vielen Krebserkrankungen und für viele Patienten die einzige Möglichkeit der Behandlung und auch einer Heilung, wenn die Operation nicht mehr in Frage kommt. Zum Beispiel können Patienten mit einem metastasierten Hodenkrebs . . .

SPIEGEL: . . . der also bereits Tochtergeschwülste an anderen Stellen des Körpers gebildet hat . . .

NAGEL: . . . oder mit bestimmten Lymphdrüsenkrebsen und Leukämien mit nichts anderem als Chemotherapie geheilt werden.

* „Behandeln um jeden Preis?“, SPIEGEL 26–28, 1987.

Für diese Patienten gibt es keine Alternative zur Chemotherapie. In diesen Fällen wird ein Patient ein vorübergehendes Leiden in Kauf nehmen müssen, wenn er geheilt werden will, und er nimmt es auch in Kauf.

SPIEGEL: Der Anteil der Patienten mit metastasierten Krebsen, die mit Chemotherapeutika geheilt werden können, wird von Ihnen mit „weniger als fünf Prozent“ beziffert.

NAGEL: Das trifft zu.

SPIEGEL: Bei weiteren 40 Prozent der Patienten kann die Chemotherapie eine Lebensverlängerung bringen, und wiederum bei 40 Prozent wirkt sie allenfalls palliativ, also Beschwerden lindernd.

NAGEL: Sie differenzieren das Problem sehr richtig. Man muß bei der Anwendung der Chemotherapie unterscheiden zwischen drei Patientengruppen – solchen, die geheilt werden können, solchen, bei denen das Leben signifikant verlängert werden kann, und solchen, bei denen die Chemotherapie zwar vorübergehend auf den Tumor einwirkt,

„Man weiß nicht vorher, ob die Therapie wirkt“

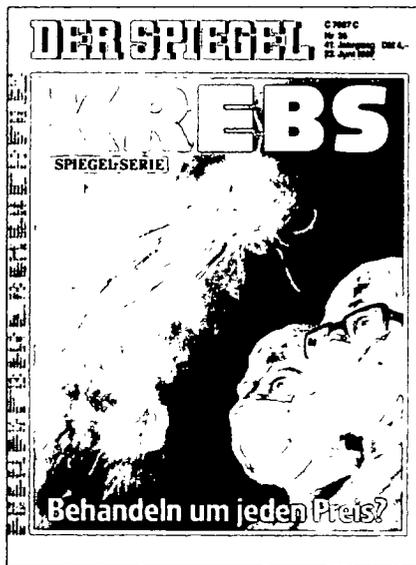
im Nettoeffekt für den Patienten aber keine Lebenszeitverlängerung bedeutet, sondern im Gegenteil vielleicht sogar eine Verschlechterung seiner Lebensqualität. Das Problem der Überbehandlung stellt sich praktisch nur bei der letzten Patientengruppe.

SPIEGEL: Der Arzt wandelt beim Einsatz von Chemotherapeutika auf schmalen Grat. Diese Medikamente können nicht unterscheiden zwischen Krebszellen und gesunden Zellen. Gibt der Mediziner zu wenig von dem Medikament, sterben die Krebszellen nicht ab oder werden sogar resistent. Gibt er zuviel von den hochaggressiven Zellgiften, kann die Behandlung tödlich enden. Die Gefahr schwerer und schwerster Nebenwirkungen liegt stets am Wege.

NAGEL: Nicht immer. Es gibt eine Reihe von Chemotherapeutika, die ohne Nebenwirkungen vertragen werden. Die vielen Patienten, die diese Therapie gut vertragen und die davon profitieren – die hören wir nicht, und die beklagen sich nicht. Daneben ist es ein Irrtum zu glauben, nur die Chemotherapie sei schwer verträglich, die Hormonbehandlung oder biologische Tumortherapie hingegen nicht. Hormontherapien, wie andere biologische Behandlungsverfahren, sind gelegentlich sogar giftiger als die Chemotherapien.

Krebskranke Frauen zum Beispiel, die durch eine Brustamputation schon in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt sind, können, wenn sie Hormone bekommen, auch noch Störungen der Sexualität oder Depressionen bekommen.

SPIEGEL: Die Kritik an der Chemotherapie bezieht sich vor allem auf jene



SPIEGEL-Titel 26/1987

„Wir dürfen nicht unsere Unfähigkeit ...“

Fälle, in denen weder Heilung noch Lebensverlängerung zu erreichen ist. So zitiert etwa Ihr Nürnberger Kollege Walter Gallmeier den Fall eines 72jährigen Mannes mit einem sogenannten nicht kleinzelligen Lungenkarzinom, der mit sehr aggressiven Zytostatika behandelt wurde, obwohl keine Lebensverlängerung möglich war. Der Mann hat die Therapie überstanden, der einzige Effekt war, daß der Tumor vorübergehend schrumpfte – aber es ging dem Mann schlechter als vorher.

Trifft hier nicht der Vorwurf des „Zytostatika-Abusus“ zu, wie Ihr Kollege Georg Martz in Zürich ihn erhoben hat?



Patientin bei der Chemotherapie
... hinter einer Pseudoaktivität verstecken“

NAGEL: Wir müssen in solchen Fällen auch die Realität des Kranken sehen. Es kommen Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, zum Beispiel Lungenkarzinomen oder Magen- und Darmkarzinomen, die mit Medikamenten nur schwer beeinflussbar sind, zum Arzt und sagen: „Herr Doktor, Sie müssen etwas machen. Ich kann ohne eine Behandlung nicht weiterleben.“

Viele Ärzte besprechen dann mit dem Patienten, welche Möglichkeiten bestehen – auch die Nebenwirkungen. Aber der Patient hat die Tendenz, die Nebenwirkungen wegzuschieben, weil er sich sagt: Vielleicht habe ich ja eine kleine Chance.

SPIEGEL: Aber grenzt es nicht an einen Kunstfehler, wenn der Arzt, der es doch besser wissen müßte, diesen Mann dann mit den harten Zytostatika behandelt? Müßte nicht in vielen dieser Fälle abgewartet werden, anstatt vorschnell zur chemotherapeutischen Keule zu greifen?

NAGEL: Ein Kernproblem der Chemotherapie ist, daß man im Einzelfall nicht vorher weiß, ob die Therapie wirkt oder nicht. Es kommt auf den Behandlungsversuch an. Geht er gut, akzeptiert man Nebenwirkungen, schlägt er fehl, dann formuliert der enttäuschte Patient seine Verzweiflung als Aggression gegen die versagende Medizin – Medizin als Wissenschaft wie als Medikament.

Zum Teil sind es auch die Patienten, die solche Behandlungen fordern, obwohl sie vom Arzt auf die beschränkten Möglichkeiten und auf die Nebenwirkungen der Medikamente hingewiesen werden. Aber ich will gar nicht in Abrede stellen, daß es auch immer wieder Fehlentscheidungen von seiten der Ärzte gibt.

SPIEGEL: Warum geben die Mediziner in solchen Fällen nicht öfter harmlose Placebos? Etwa Mistelpräparate, von denen man weiß, daß sie nichts nützen, aber auch nicht schaden?

NAGEL: Es widerspricht dem naturwissenschaftlichen Selbstverständnis der Hochschulmedizin, Mittel anzuwenden, deren Wirksamkeit in keiner Weise bewiesen ist. Aber ich muß es ganz klar sagen: Hier ist ein Konflikt. Ich selber bespreche mit meinen Patienten durchaus dieses Bedürfnis, jenseits der Schulmedizin noch selbst etwas zu tun. Es gibt Bereiche alternativer und zusätzlicher Medikamente, deren Wirkung am Tumor nicht bewiesen ist, die aber möglicherweise den Allgemeinzustand verbessern. Will der Patient das, dann wird man ihm selbstverständlich nicht abraten, es zu tun.

"Ich weiß, warum ich GALLUS Liberty

trage. *Ich bin Fotoreporter
in einer Redaktion.
Immer sollte ich an zwei Orten
gleichzeitig sein. Daß es dann dar-
auf ankommt, manchem Kollegen
eine Schuhlänge voraus zu sein,
versteht sich von selbst.
Mit GALLUS Liberty fällt mir das
leicht. Er bringt mir Freiheit.
Freiheit für gestreckte Füße."*



GALLUS Liberty

Freiheit für Ihre Füße

- ① **Liberty-Kugelferse.**
Haltgebend und abfedernd.
- ② **Liberty-Vollfußbett.** Abstützend
und Überkorrektur vorbeugend.
- ③ **Ganze Leder-Decksohle,** feuchtig-
keitsabsorbierend.
- ④ **Sanitized® aus-
gerüstet.**
Antibakteriell,
pilzhem-
mend.



GALLUS
HERRENSCHUHE

GALLUS Deutschland, 4060 Viersen 11/Dülken
GALLUS Österreich, 9400 Wolfsberg/Kärnten
GALLUS Schweiz, 5432 Neuenhof

SPIEGEL: Sie haben darauf hingewiesen, daß Übertherapie häufig darauf zurückzuführen sei, daß die Patienten selbst nach therapeutischer Aktivität verlangen. Aber gibt es Ihnen nicht zu denken, daß es von namhaften Krebsexperten nun so etwas wie Insiderkritik gibt. Zum Beispiel wenn Ihr Kollege Gallmeier feststellt, das Übermaß an Therapie und Diagnostik habe die gesamte Krebsmedizin, wir zitieren, „zum Teil zu Recht in Mißkredit gebracht“.

NAGEL: Ich unterstreiche das, was Gallmeier gesagt hat. Es geht darum, daß wir diese Patientengruppe, deren Leben wir nicht verlängern können, mit dem notwendigen Fingerspitzengefühl behandeln, daß hier nicht Therapien

„Unerfahrene Ärzte dürfen Zytostatika nicht verwenden“

versucht werden, die den Patienten wirklich schaden und nicht nützen. Es gibt hier eine große Gruppe von Patienten – und darin liegt die Wahrheit des SPIEGEL-Artikels –, die überbehandelt werden.

SPIEGEL: Ein Hauptvorwurf der Kritiker richtet sich gegen einen selbstläufigen Mechanismus, der in vielen onkologischen Stationen abläuft. Würden auch Sie konstatieren, daß ein solcher Automatismus, der nicht im Einzelfall nach allen Richtungen abwägt, an deutschen Kliniken verbreitet ist?

NAGEL: Dieses Problem existiert, es wird auch gegeißelt in unseren Reihen. Es ist jedoch nicht so häufig, daß es einen SPIEGEL-Artikel mit der Überschrift „Ein gnadenloses Zuviel“ rechtfertigt. Was man anprangern muß, ist ein reflexartiges Handeln des Arztes, Tumor A – Therapie B, ein schematisches Anwenden der Therapie, ohne sie individuell auf den Patienten abzustimmen. Die Kunst besteht darin, ein Behandlungsschema zu kennen, aber es individuell anzuwenden. Und hierzu bedarf es sehr großer Erfahrung, die der internistische Onkologe hat.

Wenn Ärzte, die nur wenige Krebskranke pro Jahr sehen oder die Anwendung der Medikamente in der Krebsbehandlung nicht systematisch gelernt haben, ein Behandlungsschema nehmen oder aus einem Buch ablesen und verschreiben, ohne die Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen, dann ist dies nicht zu verteidigen. Unerfahrene dürfen Zytostatika nicht verwenden.

SPIEGEL: Und gibt es nicht auch Fälle, in denen ein Gewinn an Überlebenszeit, von Wochen und Monaten oder sogar Jahren, bezahlt werden muß mit einem zu großen Verlust an Lebensqualität? Jemand, der durch den Horror dieser Behandlungszyklen geht, hat doch vielleicht mit dem Zugewinn an Lebenszeit in Wahrheit gar nichts gewonnen.

NAGEL: Ein Problem der Behandlung von Krebspatienten, auch eine Wurzel der Überbehandlung, ist, daß der Patient unter Umständen andere Zielvorstellungen von einer Behandlung hat als der Arzt. Wir müssen zunächst einmal die Zielvorstellungen des Patienten abfragen, der unter Umständen gar nicht länger leben will, sondern besser – wo aber Ärzte aus ihrem Selbstverständnis heraus dazu neigen, Lebenserhaltung für das Wichtigste zu halten. Sie vergessen, daß es hier das Vordringliche wäre, die *Conditio humana*, die Qualität des Lebens, zu verbessern.

Wir werden uns zu wenig klar über die Ziele – wir müssen mit dem Patienten sprechen, was er sich unter Lebensqualität vorstellt. Beim einen ist es der Kampf gegen den Schmerz, beim anderen ist es die Ernährung, der dritte sagt: Herr Doktor, mir ist ganz egal, was Sie machen, ich möchte nur, daß etwas gemacht wird. Wer in einem solchen Fall keine andere Antwort hat als die Chemotherapie, der hat den Patienten nicht verstanden.

SPIEGEL: Daß Ärzte sich so oft über die wirklichen Bedürfnisse des Patienten hinwegsetzen und einer sinnlosen Aktivität verfallen – hat das nicht auch damit zu tun, daß die Mediziner gerade beim Krebs allzuoft an ihre Grenzen stoßen, sie aber nicht akzeptieren wollen?

NAGEL: Das ist wirklich ein Problem: Man muß lernen, mit dem Versagen umzugehen.

SPIEGEL: Können Ärzte das lernen?

NAGEL: Man kann es nicht während des Studiums lernen. Aber der Onkologe am Krankenbett muß es lernen. Wir müssen Phänomene des Sterbens, des Leidens so nehmen wie Phänomene des Geborenwerdens und uns davon distanzieren können. Wir dürfen uns nicht mitreißen lassen von einem falschen Mitleid, das dazu führt, beim Patienten falsche Hoffnungen zu wecken. Und wir

„Man muß es schaffen, dem Patienten nein zu sagen“

dürfen nicht unsere eigene Unfähigkeit hinter einer Pseudoaktivität verstecken, indem wir toxische Medikamente verabreichen.

SPIEGEL: Steht nicht auch das mechanistische Weltbild des Arztes im Wege, das Ursache-Wirkung-Denken, das ihm in seiner naturwissenschaftlichen Ausbildung vermittelt wird?

NAGEL: Unsere naturwissenschaftlich orientierte Denk- und Ausbildungsweise führt dazu, daß wir alles erklären können und wollen. Darin liegt einerseits die Möglichkeit zu weiterem Fortschritt. Aber es kann auch den Nachteil haben, daß wir dort, wo wir nicht mehr erklären können, hilflos sind.

SPIEGEL: Professor Martz aus Zürich hat es einmal so formuliert: Manche



Übertherapie-Kritiker Martz: „Abusus von Zellgiften“

Ärzte muten ihren Patienten die Strapazen einer Krebstherapie zu, „weil es für sie leichter ist, eine aktive Behandlung durchzuführen, als passiv zu bleiben“. Wird da medizinisches Handeln zur bloßen Flucht nach vorn?

NAGEL: Das gibt es. Man muß es schaffen, dem Patienten nein sagen zu können. Das ist die Kunst des Umgangs mit dem Unheil, die Unheil-Kunde: Man muß lernen, das Richtige zu tun, wenn nichts mehr zu machen ist.

SPIEGEL: Ist nicht auch der übermäßige Einsatz der Diagnose-Maschinerie mitunter ein Hilfsmittel des Arztes, sich das Scheitern vom Halse zu halten? Solange der Patient in dieser Maschinerie drinsteckt, muß der Arzt noch nicht

Farbe bekennen; er kann sagen: Warten wir dieses oder jenes Untersuchungsergebnis noch ab – er gewinnt Aufschub.

NAGEL: Und manchmal braucht er das auch. Das gilt übrigens nicht nur für die Ärzte, sondern auch für alle Beteiligten, für die Verwandten, die ihre krebskranken Angehörigen von Arzt zu Arzt, von Wunderheiler zu Wunderheiler, von Kontinent zu Kontinent, manchmal bis hinein in die Armut schleppen – die haben genau das gleiche Problem: Sie können und wollen nicht akzeptieren, daß hier die Grenze des menschlich und medizinisch Möglichen erreicht ist.

Die Erwartungshaltung unserer Gesellschaft an das Machbare ist derartig groß, daß auch die Grenzen der Medizin

nicht mehr akzeptiert werden. Diese Erwartungshaltung setzt den Arzt unter Druck. Er muß lernen, ihr zu widerstehen.

SPIEGEL: Dem Machbarkeitswahn erliegen Krebsmediziner manchmal auch bei der sogenannten Nachsorge, bei den regelmäßigen Nachkontrollen, wenn der Patient das Krankenhaus verlassen hat. Wir denken an das Beispiel eines 45jährigen Mannes mit Nierenkrebs, bei dem die Geschwulst in eine Vene eingebrochen war – zu heilen war in diesem Fall nichts mehr. Dennoch wurde der Mann in dreimonatigen Abständen geröntgt und unter den Computertomographen geschoben, um festzustellen, wann und wo sich Tochtergeschwülste bilden – mit dem einzigen Ergebnis: Die latenten Ängste des Patienten wurden irgendwann zur Gewißheit.

NAGEL: Man darf nicht vergessen: Nachsorge hat nicht nur das Ziel, möglichst früh dem Patienten zu sagen, er hat wieder einen Rückfall, sondern auch das Ziel, dem Patienten zu sagen: Du bist noch gesund.

Liegt aber ein Krebs vor, der nicht geheilt oder mit Medikamenten beeinflusst werden kann, dann ist selbstverständlich eine Nachsorge, die vierteljähr-

„Krebsschmerzen sind ein zum Teil ungelöstes Problem“

lich den Patienten durch eine Mühle von Diagnostik dreht und dann nur die Information bringt, jetzt hat er einen Rückfall, zu verurteilen und abzulehnen.

SPIEGEL: Sie haben mehrmals von den Erwartungshaltungen der Patienten gesprochen, auch von der Selbstüberschätzung mancher Mediziner. Ist nicht auch der Kritikermeinung zuzustimmen, daß vieles von der Übertherapie und Überdiagnose, wo sie vorkommt, einfach auf eine mangelnde medizinische Kompetenz von Ärzten zurückgeht – sei es, daß sie eine Behandlung ins Ungewisse gleichsam als Schrotschuß fortsetzen auch dann, wenn der Tumor nicht anspricht, oder sei es, daß sie Tumorformen behandeln, von denen man eigentlich wissen müßte, daß sie nicht behandelbar sind?

Sie selbst haben einmal formuliert, viele Ärzte seien den Anforderungen einer Chemotherapie, die sehr viel Sorgfalt und Hingabe verlange, „auf die Dauer nicht gewachsen“.

NAGEL: Dabei bleibe ich auch. Ich wende mich aber entschieden gegen Ihre Terminologie „viele Ärzte“, weil das suggeriert, es sei die Mehrheit. Davon jedoch unabhängig: Ein Arzt, der übertriebene Hoffnungen weckt und übertherapiert, ist schon einer zuviel.

Es ist dies im übrigen auch Folge einer Entwicklung. Noch vor etwa zehn Jahren wurden Tumorpatienten überwiegend zentral in den kompetenten Universitäts-



Übertherapie-Kritiker Gallmeier: „Die Krebstherapie geriet in Mißkredit“



Krebsdiagnostik im Computertomographen: „Mit dem Patienten besprechen, was er sich unter Lebensqualität vorstellt“

kliniken behandelt. Dann kam der große Ruf nach sogenannter flächendeckender Versorgung, weil es unsozial sei, den Patienten aus der Peripherie in ein Universitätszentrum zu bringen.

SPIEGEL: Neuerdings gibt es den Trend, Chemotherapie sogar in die Hände niedergelassener Ärzte zu legen.

NAGEL: Diese sogenannte wohnortnahe Versorgung wurde vom Bundesministerium für Arbeit lange Zeit stark propagiert. Die Folge war tatsächlich eine gewisse Verlagerung gerade der Chemotherapie in die Peripherie, was dem Patienten natürlich entgegenkommt. Andererseits ist das Problem der Verdünnung der Kompetenz entstanden. Womit nicht gesagt sein soll, daß der niedergelassene Arzt a priori als Krebstherapeut inkompetent ist.

SPIEGEL: Mangelnde Kompetenz wird den Krebsmedizinern auch auf dem Gebiet der Schmerzbekämpfung vorgeworfen – was mit der Lebensqualität der Kranken ja unmittelbar zusammenhängt. Wir zitieren das „Deutsche Ärzteblatt“: „Etwa 90 Prozent aller Krebspatienten könnten vor dem terminalen Krebschmerz“, also vor den meist schlimmen Schmerzen im Endstadium ihrer Krankheit, „bewahrt werden“. Tatsächlich aber leiden 60 Prozent aller Krebskranken noch immer unter diesen Schmerzen.

NAGEL: Die Prozentzahlen kenne ich nicht genau, aber ich akzeptiere, daß das Problem Krebschmerz ein großes und zum Teil ungelöstes Problem ist.

SPIEGEL: Der Vorwurf läßt sich sehr viel konkreter fassen. Es gibt Untersu-

chungen, denen zufolge ein großer Teil der Krankenhausärzte mit den wesentlichen Prinzipien der Schmerztherapie nicht umgehen kann. Sie verabreichen Opiate zu früh oder gar nicht, setzen die Dosis der Schmerzmittel oft zu niedrig an und gehen auf der sogenannten Schmerzbehandlungstreppe nicht systematisch von unten nach oben vor. Sie verabreichen Spritzen, wo es mit oral verabreichten Medikamenten oder Infusionen viel bessere Ergebnisse gäbe.

NAGEL: Diese Vorwürfe wird man zum Teil akzeptieren. Andererseits muß man sagen, Krebschmerz ist kein einheitliches und kein einfaches Problem. Krebschmerz kann sehr viele Ursachen

„Warum gehst du bei der Visite an diesem Zimmer vorbei?“

haben. Viele Krebschmerzen sind nicht medikamentös beeinflussbar.

SPIEGEL: Aber offenbar wird doch schon das vorhandene Instrumentarium im Kampf gegen den Schmerz nicht vollständig genutzt. Liegt das nicht auch daran, daß die Schmerztherapie bis vor ganz kurzer Zeit in keiner Weise institutionalisiert war, es gab keine Schmerzkliniken, und die Schmerzbehandlung wurde an den Universitäten kaum gelehrt.

NAGEL: Auch hier ist ein Entwicklungsprozeß in Gange, der möglichst gefördert werden soll. Wir brauchen Schmerzspezialisten, wir brauchen Schmerzbekämpfungsambulanz. Und wir brauchen

vermehrt Ärzte, die es verstehen, auch mit operativen Mitteln gegen den Schmerz anzugehen.

SPIEGEL: Gibt es eine Neigung, den Patienten abzuschieben, ihn mit seinen Schmerzen allein zu lassen, wenn mit High-Tech-Medizin nichts mehr zu machen ist? Und gilt dies nicht vor allem für die hochdifferenzierten Universitätskliniken?

NAGEL: Das möchte ich scharf zurückweisen. Man kann es am besten daran ablesen, daß die Mehrheit der Patienten, die am Beginn ihrer Krankheit von uns behandelt wurden, auch in der Endphase wieder zu uns ins Krankenhaus kommen.

SPIEGEL: Und sie werden dort behandelt, werden nicht nach Hause geschickt?

NAGEL: Nein, sie werden betreut.

SPIEGEL: Von Ärzten oder von Psychologen?

NAGEL: Ich bin der Meinung, daß die psychologische Führung eines Patienten eine ärztliche Pflicht ist. Deshalb sollte man auch zurückhaltend sein mit der Forderung, daß jede Institution einen Psychologen haben müßte, der den Patienten führt.

Was wir brauchen, sind Psychologen, die unsere Mitarbeiter und uns betreuen. Der Psychologe muß zeigen: Hier verweigert dich, hier verarbeitest du dein Mitleiden falsch, warum gehst du bei deiner Visite an diesem Zimmer vorbei? Dafür brauchen wir den Psychologen.

SPIEGEL: Also Betreuung für die Betreuer?

Mehr Markt als Staat

Otto Graf Lambsdorff ist nicht nur einer der bekanntesten deutschen Politiker, sondern auch einer der originellsten Bonner Köpfe, wie bei der Lektüre seiner Reden und Aufsätze aus den achtziger Jahren deutlich wird. Die Bandbreite der Themen, zu denen er sich prägnant und mitunter kämpferisch äußert, ist groß und reicht weit über die Wirtschaftspolitik hinaus.

Otto Graf Lambsdorff

Frische Luft für Bonn

Eine liberale
Politik mit
mehr Markt
als Staat



Otto Graf Lambsdorff
Frische Luft für Bonn
Eine liberale Politik mit
mehr Markt als Staat
400 Seiten
Gebunden
mit Schutzumschlag
DM 38,-

DVA

NAGEL: Das psychologische Problem beginnt wirklich nur zum Teil auf der Seite der Patienten, es beginnt zum großen Teil auf der Seite des Personals. Wir müssen geben, als Ärzte, als Schwestern, als Pfleger. Wir sind Gefäße, aus denen man schöpft und schöpft – und irgendwann sind wir erschöpft, wenn wir nicht aufpassen und lernen, unser eigenes Gefäß, aus dem die Kraft für den Patienten fließen muß, wieder aufzufüllen. Das hat uns der Psychologe beizubringen. Spontan können das die wenigsten Menschen.

SPIEGEL: Herr Professor, im März 1988 wird es in Frankfurt den nächsten Deutschen Krebskongreß geben. Er wird das Problem der Funktionserhaltung, also einer weniger radikalen Krebschirurgie,

NAGEL: Es gibt Schübe, einmal macht die Krebsmedizin in der Forschung Fortschritte – so wie jetzt. Dann wieder kommt eine Phase, wo sich neue Möglichkeiten für die Behandlung der Patienten ergeben. Gegenwärtig haben wir einen Moment der Besinnung.

Man überdenkt die Behandlungskonzepte und versucht, das Vorhandene besser anzuwenden. Entscheidende Fortschritte für unsere Patienten werden von der Aktivität und dem Erfolg der Forschung von heute abhängen. Sie bearbeitet derzeit in der Tat faszinierende neue Aspekte.

SPIEGEL: Dürfen wir Ihnen zum Schluß eine Äußerung vorhalten, die von



Schmerzbekämpfung*: „Das Richtige tun, wenn nichts mehr zu machen ist“

gie, und die Probleme der Übertherapie und der Lebensqualität zum Thema haben. Ist das bereits eine Reaktion auf die Diskussion um Fehlentwicklungen in der Krebsbehandlung, die seit kurzem von einigen Medizinern geführt wird und die der SPIEGEL öffentlich gemacht hat?

NAGEL: Ja. Ich glaube, dieses Problem der Überbehandlung, der Funktionserhaltung, der Lebensqualität ist neuerdings vermehrt ins Bewußtsein der Krebsmediziner gerückt, weil wir derzeit in einer gewissen Plateauphase der therapeutischen Möglichkeiten sind.

SPIEGEL: Mit anderen Worten: Die Krebstherapie ist nicht so vorangekommen, wie man das vielleicht noch vor zehn Jahren erwartet hat?

einem Praktiker der Krebsbehandlung stammt, von Dr. Ulrich Dold, Chefarzt am Zentralkrankenhaus Gauting bei München. Er sagt: „Wir haben im Eifer, den Krebs überall totzuschlagen, übersehen, daß die Patienten oft mehr unter der Therapie als unter dem Krebs leiden.“

Spiegelt dieser Satz eine Stimmung unter den Krebsmedizinern zutreffend wider?

NAGEL: Man muß die Dinge, wie es Herr Dold tut, übertrieben formulieren, um die Botschaft verständlich zu machen. Die Botschaft lautet: Unser Ziel muß es sein, den Patienten mit allen Mitteln *im* Leben zu halten, aber nicht mit allen Mitteln *am* Leben.

SPIEGEL: Herr Professor Nagel, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

* Anlegen eines Katheters zur Schmerzmittelinfusion.