

## ANTIDEMENTIVA IN ALLOKATIONSETHISCHER PERSPEKTIVE\*

# Dem einzelnen Patienten verpflichtet

Wenn ein Arzt eine antidementive Medikation bei einem Patienten für erforderlich hält, dann sollte er sie auch zulasten der Solidargemeinschaft verordnen dürfen.

Hanfried Helmchen

**D**ie Anwendung von Antidementiva wird bei der gegenwärtigen Ressourcenknappheit infrage gestellt. Damit werden ethische Probleme deutlich, die in dem Konflikt zwischen den Prinzipien Individualwohl und Gemeinwohl begründet sind.

Während die den Verlauf von Demenzen komplizierende Begleitsymptomatik von Angst, Unruhe, Halluzinationen oder Wahn bereits heute medikamentös gut zu kontrollieren ist, gilt dies nicht in ähnlichem Maß für die medikamentöse Behandlung des progressiven Verlaufs der neurodegenerativen Demenz selbst. Denn die derzeit für diese Indikation allein zugelassenen Antidementiva haben eine zwar evidenzbasierte, aber den Verlauf nur passager verzögernde Wirksamkeit (1). Immerhin kann eine Verzögerung der Übersiedlung vom häuslichen Umfeld in ein Pflegeheim selbst von nur einigen Monaten für den Kranken schon ein großer Gewinn sein. Demgegenüber wird die Effizienz, das heißt das Verhältnis dieses Gewinns zu den Kosten der Behandlung, von vielen als zu gering angesehen, um diese Behandlung zu rechtfertigen.

Die Abwägung zwischen individuellem Nutzen und der Effizienz von Antidementiva scheint auch niedergelassenen Ärzten mit gedecktem Budget nicht fremd zu sein, wenn sie glauben, mit dem bei Demenzkranken eingesparten Geld andere Patienten mit größerer Effizienz behandeln



zu können (2). Es gibt Indizien sowohl dafür, dass Ärzte die Indikation für eine antidementive Behandlung in diesem Sinn (aber ebenso in Sorge vor dem Regress) kritisch stellen, wie auch dafür, dass diese Erwägungen von einem negativen Altersstereotyp gefärbt werden (3). Dem gegenüber steht der Arzt, der sich jedem einzelnen seiner altersdementen Patienten verpflichtet fühlt, der jede Intervention durchführen will, die dem Kranken helfen kann und die der Patient wünscht (4). In dieser rhetorisch zugespitzten Gegenüberstellung haben Ärzte des ersten Entscheidungsverhaltens eine Allokationsentscheidung getroffen beziehungsweise in die Arzt-Patienten-Beziehung übernommen, die eher auf die gesamtgesellschaftliche Makroebene gehört. Ärzte des letzteren Entscheidungsverhaltens hingegen handeln nur dann verantwortlich, wenn sie ihre medizinische Indikationsentscheidung für den individuellen Patienten kritisch begründen.

Die besondere Relevanz ethischer Überlegungen bei der Anwendung der derzeit verfügbaren Antidementiva liegt zum einen darin begründet, dass der Arzt die ethischen Implikationen seines Handelns um-

so stärker reflektieren muss, je geringer der – wenn auch evidenzbasierte – Nutzen oder gar die Effizienz sind (5). Zum anderen soll mit der Berufung auf die letztlich mit dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit oder Solidarität begründete Wirtschaftlichkeit die Fehlplatzierung oder gar der Missbrauch von knappen Ressourcen abgewehrt werden. Missbrauch entsteht durch rücksichtslose oder unbegründete Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – rücksichtslos infolge von riskanten Lebensstilen, unbegründet bei fehlender Indikation oder unzureichender Evidenzbasierung.

## Aufwiegen von Menschenleben

Die nur schwer zu lösende Frage lautet: Ist es ethisch begründbar, einem Demenzkranken eine alternativlose Behandlung vorzuenthalten, wenn mit den dadurch eingesparten Mitteln andere Kranke effizienter behandelt werden können? Vorenthalten bedeutet in diesem Fall, dass diese Leistung aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen herausgenommen würde; denn für viele Demenzkranke ist anzunehmen, dass sie die Behandlung nicht aus eigener Tasche bezahlen können.

\* Stellungnahme zur Eröffnung der Diskussion auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) in Mannheim am 17. Februar 2007

Bei rein ethischer Betrachtungsweise wäre zu antworten, dass eine alternativlose antidementive Behandlung Demenzkranken zugunsten anderer Patienten nicht vorenthalten werden darf. Denn unsere Verfassung lässt das Aufwiegen von Menschenleben gegeneinander nicht zu. Allerdings verliert dieses Argument an Kraft, wenn man Leben und Lebensqualität unterschiedlich bewertet, denn Antidementiva können zwar die Lebensqualität verbessern, retten Leben aber nicht unmittelbar.

Dementsprechend könnte utilitaristisch argumentiert werden, dass es im vorliegenden Fall nicht unmittelbar um Menschenleben, sondern „nur“ um die Qualität von Menschenleben geht, die Ressourcen aber nicht ausreichen, allen Menschen oder auch nur allen Mitgliedern einer Solidargemeinschaft eine gleich hohe Lebensqualität zu ermöglichen. Deshalb könnte die Frage, ob es ethisch begründbar sei, einem Demenzkranken eine antidementive Medikation vorzuenthalten, bejaht werden, wenn bei gleichem Mitteleinsatz andere medizinische Interventionen eine wesentlich bessere Lebensqualität bewirken würden.

Wenn allerdings die Effizienz medizinischer Interventionen auf der Grundlage des Kriteriums Lebensqualität verglichen werden soll, dann müsste die Schwierigkeit überwunden werden, dass Lebensqualität bisher weder konzeptuell noch messtechnisch einwandfrei erfasst werden kann, nicht zuletzt, weil sie subjektiv außerordentlich unterschiedlich wahrgenommen wird und sich überdies im Zeitablauf durch Adaptationsprozesse wandelt. Aber auch wenn man konkrete Aspekte von (positiver) Lebensqualität, wie beispielsweise (längere) Selbstständigkeit oder (späterer Eintritt von) Pflegebedürftigkeit, als Vergleichskriterien nehmen würde, wären erhebliche Schwierigkeiten zu überwinden. Das gilt zumindest dann, wenn bei den zu vergleichenden anderen Krankheiten nur ganz andere Aspekte von Lebensqualität, zum Beispiel Schmerzfreiheit, zu konkretisieren wären.

Eine weitere Frage lautet: Ist es gerecht, Demenzkranken die Solidarität abzuverlangen, zugunsten anderer

Kranker auf eine alternativlose Medikation zu verzichten, wenn gleichzeitig die Gesellschaft akzeptiert, dass es Kranke gibt, die sich trotz vorhandener Alternativen höchst unsolidarisch verhalten, indem sie gesundheitliche Risikofaktoren, wie zum Beispiel gefährlichen Sport, Übergewicht, Missbrauch von Drogen, Alkohol und Nikotin, bedenkenlos in Kauf nehmen und daraus resultierende Gesundheitsschäden wie selbstverständlich zulasten der Solidargemeinschaft behandeln lassen? Diese Frage ist im Prinzip zu verneinen. Denn es ist höchst unwahrscheinlich, alle Menschen zu einer risikoreduzierenden Lebensführung bringen zu können, ganz abgesehen von den hohen Opportunitätskosten einer freiheitsmindernden flächendeckenden Verhaltenskontrolle.

### Verzicht zugunsten anderer

Trotzdem wird die Solidarität in sehr abstrakter Form für die Gesamtheit der in der Solidargemeinschaft Versicherten vom Kostenträger mit dem Argument der Wirtschaftlichkeit eingefordert, indem jede Einsparung einer nicht ausreichend wirtschaftlichen Intervention *allen* Solidarversicherten zugute kommen soll. Was aber wirtschaftlich ist, wird – wie der Gemeinsame Bundesausschuss

Fall der antidementiven Medikation das einzige Argument, da die Kostenerstattung für eine antidementive Medikation nicht schon wegen fehlenden Nutzens oder fehlender Notwendigkeit ihrer Anwendung abgelehnt werden kann. Ihr – wenn auch begrenzter – Nutzen ist belegt, und ihre Anwendung wird durch die ärztliche Indikation im individuellen Fall notwendig (8).

Die Frage der Wirtschaftlichkeit unter dem Aspekt der Gerechtigkeit soll eine provokativ gestellte dritte Frage beantworten helfen: Ist die Amputation eines gangränösen Beins bei einem abhängigen Raucher oder eine Lebertransplantation bei einem Alkoholkranken wirtschaftlicher als eine antidementive Medikation bei einem Demenzkranken? Gegeben sei, dass in jedem dieser Fälle die Intervention nützlich und erforderlich ist, indem die Grundkrankheit progredient ist, wie etwa beim frisch amputierten Raucher, der im Rollstuhl vor die Stationstür fährt, um sich die nächste Zigarette anzustecken, oder beim Alkoholkranken, der weiter trinkt und nach drei Jahren eine weitere Lebertransplantation fürs Weiterleben benötigt, oder beim Demenzkranken, der irgendwann ins Pflegeheim muss.

## Der Blick auf die Wirklichkeit zeigt, dass unter dem Rationierungsdruck utilitaristische Ansätze an Gewicht gewinnen.

(G-BA) in seiner Verfahrensordnung zu definieren versucht (6) – durch Kosten-Nutzen-Abwägungen sowohl in Bezug auf den einzelnen Patienten als auch auf die Gesamtheit der Versicherten festgestellt. Kriterien für das Verfahren der Kosten-Nutzen-Abwägung werden jedoch nicht angegeben, geschweige denn die dabei implizit getroffenen Wertentscheidungen transparent gemacht oder gar alternative Entscheidungen kontextspezifisch begründet (7).

Zusammengefasst erscheint es intuitiv ungerecht, Demenzkranken einen Verzicht auf eine alternativlose Medikation zugunsten anderer Kranker zuzumuten, aber mit dem Argument der Wirtschaftlichkeit wird diese Solidarität eingefordert. Es ist im

Wenn bei diesen Eingriffen die Frage nach der Wirtschaftlichkeit gestellt würde – aber wegen der Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung nicht gestellt wird –, dann müssten Kosten-Nutzen-Analysen belegen, dass das Verhältnis der sehr hohen Kosten solcher operativen Eingriffe zum Nutzen einer längeren und qualitativ guten Überlebenszeit sehr viel günstiger ist als bei der antidementiven Medikation. Solche Analysen sind jedoch nicht bekannt. Sie sind auch nicht zu erwarten, weil das Argument der Lebensbedrohlichkeit alle anderen Erwägungen tabuisiert – in der bisherigen ärztlichen Tradition auch zu Recht, da der Arzt immer primär dem individuellen Patienten verpflichtet ist. Danach ist ein Vergleich nach aus-

schließlich wirtschaftlichen Kriterien nicht möglich. Das heißt aber nicht, dass diese Diskussion bei zunehmender Änderung des gesellschaftlichen und ökonomischen Kontexts nicht doch intensiver werden könnte.

Hierzulande trifft der Gemeinsame Bundesausschuss Rationierungsentscheidungen auf der Basis qualifizierter Unterlagen, zu denen Expertisen gehören, die sich am Stand geprüften Wissens orientieren, vor allem die des dafür geschaffenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Insofern sind Äußerungen mit der Autorität des IQWiG von Bedeutung. Dessen Leiter hat nun den Vorwurf, dass das IQWiG den Handlungsspielraum des Arztes einenge, mit dem Hinweis zurückgewiesen, dass das Institut nur wissenschaftlich geprüfte Daten vorlege, der einzelne Arzt aber in jedem individuellen Fall entscheiden müsse. Wenn jedoch seine Bewertung dazu führen sollte, dass Antidementiva von den Kassen

Arzt nicht mehr möglich, wenn der Patient diese Behandlung nicht selbst finanzieren kann. Das Beispiel macht deutlich, wie wichtig es ist, Argumente und Verfahren unvermeidbarer Rationierungsentscheidungen öffentlich transparent zu machen.

Problematisch wird es, wenn die Information der Bevölkerung mit persönlichen Bewertungen daherkommt, und zwar mit der Autorität einer Institution, die als unabhängig gelten soll. Dies ist der Fall, wenn der Leiter des IQWiG in den Medien mit Bewertungen zitiert wird wie etwa der, dass „... Mittel gegen Demenz sehr wahrscheinlich gar keine wesentlichen positiven Effekte haben“. Problematisch ist dies, weil diese Äußerung im Jahr 2004 offensichtlich nicht – oder zumindest nicht ausreichend – wissenschaftlich fundiert war. Er selbst musste diese Meinung im letzten Jahr nach dem Studium der wissenschaftlichen Unterlagen im Vorbericht seines Instituts revidieren, indem er den heute verfügbaren

aus, die beide zur guten Behandlung eines Demenzkranken gehören, selbst wenn nur für die antidementive Medikation, nicht aber für die Pflege eine Verzögerung des kognitiven Abbaus evidenzbasiert ist.

### Kein Geld für die Pflege

Der Slogan „Pflege statt Pillen“ ist auch unsolide. Denn eine Herausnahme der Antidementiva aus der Erstattungspflicht dürfte kaum zu einer Umverteilung der Mittel führen. Vielmehr ist es mehr als ungewiss, dass mit den frei werdenden Mitteln auch nur eine einzige Pflegekraft mehr eingestellt wird. Das Gegenteil ist Realität, dass nämlich immer mehr (Arzt- und Pflegepersonal-)Stellen in der unmittelbaren Patientenversorgung gestrichen werden und zudem durch Verkürzung der Liegedauern und Überlastung mit administrativen Aufgaben (9) die Zeit für Patientengespräche gegen null tendiert.

Vor allem aber hat der Staat Möglichkeiten nicht genutzt, die Pflegesituation von Demenzkranken zu verbessern. Vielmehr hält er sich bei der angemessenen pflegerischen Versorgung von Demenzkranken sehr zurück, wie das Beispiel der Pflegeversicherung zeigt: Obwohl durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Demenzkranker mit ausgelöst, deckt sie bis heute nicht annähernd die Pflegekosten von Demenzkranken, die in weit mehr als 50 Prozent der Fälle von Angehörigen zu Hause ohne ausreichende finanzielle Unterstützung gepflegt werden. Selbstverständlich ist es wünschenswert, auch die Angehörigen, die einen Demenzkranken zu Hause pflegen, über bessere Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der Pflegeversicherung zu entlasten und damit dem Demenzkranken seine vertraute Umgebung zu erhalten. Aber Parlament und Regierung haben den bereits vor zehn Jahren bei Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes von Fachleuten kritisierten Mangel an ausreichender Hilfe für die Demenzkrankenpflege bisher nicht beseitigt beziehungsweise eine ausreichende Verbesserung noch nicht zustande gebracht (10).

Versuche, mittels populistischer Slogans über eine Durchdringung der öffentlichen Meinung die Politik



**Die Pflegesituation**  
Demenzkranker ist trotz der vielfältig angemahnten Defizite von der Politik bisher nicht entscheidend verbessert worden.

nicht mehr bezahlt würden, dann wäre die Entscheidungsfreiheit des Arztes im Einzelfall aufgehoben.

Zumindest bliebe das grundlegende Problem, dass der Arzt diese nach Stand des Wissens beim einzelnen Patienten indizierte Behandlung nicht mehr anwenden könnte, obwohl er dazu verpflichtet wäre, wenn der selbstbestimmte Patient diese auch erhalten wollte. Dieses Prinzip kommt unter anderem in der „Kurierfreiheit“ zum Ausdruck, das heißt der Anwendung des Regelwissens auf den Einzelfall entsprechend der individuellen Besonderheiten des jeweiligen Patienten. Dies aber ist dem

Antidementiva attestiert, den Krankheitsverlauf immerhin etwas bremsen zu können. Gleichwohl wird auch dieses Ergebnis mit einer Bewertung in die Öffentlichkeit gebracht, wenn er laut der „Westdeutschen Allgemeinen Zeitung“ vom 27. September 2006 sagt: „Wir geben 180 Millionen Euro für Antidementiva aus. Die Gesellschaft sollte sich überlegen, ob sie das Geld weiter für Tabletten ausgeben will oder lieber für zusätzliche Pflegekräfte, die mehr Zeit für die Patienten haben.“

Der Slogan „Pflege statt Pillen“ ist gefährlich. Denn er spielt zwei Behandlungsverfahren gegeneinander

zu beeinflussen, sollten von den Ärzten zurückgewiesen werden. Stattdessen sollte die Bundesgesundheitsministerin beim Wort genommen werden, nach dem alle Patienten alles erhalten, was sie brauchen (11). Wenn also ein Arzt eine antidemontive Medikation bei einem Demenzkranken für erforderlich hält, dann sollte er sie auch zulasten der Solidargemeinschaft verordnen können. Dies wird besonders gestützt durch § 18 Abs. 7 der Verfahrensordnung des G-BA, wonach bei Bewertungen von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen „... lebenslagenspezifische Besonderheiten, besondere Belange behinderter und chronisch kranker Menschen...“ zu berücksichtigen sind. Auf welche Patienten trafe dies genauer zu als auf Kranke mit Altersdemenz?

Der Blick auf die Wirklichkeit zeigt jedoch, dass in der Praxis unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot und Rationierungsdruck utilitaristische gegenüber deontologischen Ansätzen an Gewicht gewinnen. Damit hat der Arzt im tradierten Verständnis, primär dem individuellen Patienten verpflichtet zu sein und ihm die jeweils beste Behandlung zukommen zu lassen, zunehmende Schwierigkeiten.

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Rationierungsentscheidungen und die in ihnen enthaltenen Wertentscheidungen ist wünschenswert, bedarf jedoch seriöser, fundierter und argumentativer Informationen. Dies ist bisher nur unzureichend der Fall. Ohne ausreichende und zutreffende Informationen fehlt aber eine wesentliche Voraussetzung für gerechte Entscheidungen; und für ihre Akzeptanz gilt es, damit einhergehende Werteentscheidungen transparent zu machen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2007; 104(36):A 2399–401

#### Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Eschenallee 3, 14050 Berlin  
E-Mail: hanfried.helmchen@charite.de

 Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit3607](http://www.aerzteblatt.de/lit3607)



## DATENSCHUTZ IN ÄRZTLICHEN KOOPERATIONEN

# Patientendaten sicher verwalten

Datenbanksysteme in größeren (Gemeinschafts-) Praxen müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, um die freie Arztwahl zu unterstützen und mögliche Arztwechsel datenschutzgerecht zu organisieren.

**G**emeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften haben Schwestern bekommen: Partnerschaften, Ärztesellschaften, medizinische Kooperationsgemeinschaften, Praxisverbände. Für alle gilt: „Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben“ (§ 18 Abs. 4 [Muster-]Berufsordnung für Ärzte – MBO). Daran ändert sich auch nichts, wenn die Kooperationsform rechtsfähig ist, also als Praxis selbst Abrechnungssubjekt und Vertragspartnerin sein kann, wie es die Rechtsprechung jetzt auch den Gemeinschaftspraxen (Gesellschaften bürgerlichen Rechts) zugesteht.

### Behandelnder Arzt nicht beliebig austauschbar

Freie Arztwahl bedeutet, dass der Patient/die Patientin sich den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin aussucht.\* Dies gilt grundsätzlich auch in Gemeinschaftspraxen. Ent-

weder wünscht der Patient ausdrücklich – zum Beispiel aufgrund einer Empfehlung – die Behandlung durch einen bestimmten Arzt. Oder er akzeptiert die Behandlung durch den gerade freien beziehungsweise fachlich „zuständigen“ Praxisarzt, will dann aber in aller Regel auch von dieser Person weiterbehandelt werden. Mit einem Anspruch der Praxis, den konkret behandelnden Arzt, etwa aus betriebswirtschaftlichem Kalkül, beliebig austauschen zu können, rechnet er nicht. Für den Patienten ist nicht die Gemeinschaftspraxis „der Behandler“, sondern der eine zu Beginn der Behandlung mit viel Vertrauensvorschuss bedachte, „ausgewählte“ Arzt. Dies entspricht auch dem berufsrechtlichen Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt. In der Alltagspraxis wird der Patient deswegen zu Recht ausdrücklich gefragt, ob er bei Abwesenheit des behandelnden Arztes mit der Vertretung durch einen Arztkolle-

\* Im Weiteren wird – auch stellvertretend – nur die kürzere männliche Form benutzt.

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 36/2007, ZU:

ANTIDEMENTIVA IN ALLOKATIONSETHISCHER PERSPEKTIVE<sup>1</sup>

# Dem einzelnen Patienten verpflichtet

Wenn ein Arzt eine antidementive Medikation bei einem Patienten für erforderlich hält, dann sollte er sie auch zulasten der Solidargemeinschaft verordnen dürfen.

Hanfried Helmchen

## LITERATUR

1. Riepe MW, Frölich L, Gertz HJ, Haupt M, Kohler J, Mielke R, Damerau-Dambrowski Vvd, Kurz A: Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung. Dtsch Arztebl 2005; 102(51–52): A 3587.
2. Brockmann H: Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. Soc Sci Med 2002; 55(4): 593–608.
3. Harries C, Forrest D, Harvey N, McClelland A, Bowling A: Which doctors are influenced by a patient's age? A multi-method study of angina treatment in general practice, cardiology and gerontology. Qual. Saf. Health Care 2007; 16: 23–7.
4. Helmchen H, Kanowski S, Lauter H, Neumann EM: Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
5. Strech D: Der Umgang mit Wahrscheinlichkeiten und das Vertrauen in die Medizin. Ethische und wissenschaftstheoretische Aspekte einer Evidenz-basierten Medizin am Beispiel der Krebsfrüherkennung. Ethik Med 2005; 17: 103–13.
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. 9. 2005, BAnz 2005: 16998, zuletzt geändert am 18. 4. 2006, BAnz 2006: 4876; zit. n. Francke R 2006.
7. Strech D: Vier Ebenen von Werturteilen in der medizinischen Nutzevaluation. Eine Systematik zur impliziten Normativität in der Evidenz-basierten Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ); im Druck.
8. Francke R: Die regulatorischen Strukturen der Arzneimittelversorgung nach dem SGB V. MedR 2006; 24: 683–92.
9. Groß C: Gesundheitstelematik: Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung. Dtsch Arztebl 2006; 103(51–52): A 3469.
10. Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen: Pflegereform: Unwürdige Polit-Posse von Union und SPD. 29. 1. 2007.
11. Jachertz N, Rieser S: Rationierung im Gesundheitswesen. Grenzen für den Fortschritt. Dtsch Arztebl 2007; 104(1–2): A 21.