

Fall 4: Innovative Medikation

Eine 59-jährige Frau ohne relevante Nebenerkrankungen leidet seit zweieinhalb Jahren an Enddarmkrebs. Bereits bei der ersten Operation lagen Lebermetastasen vor. Nach der Entfernung des Darmkrebs wurde deshalb eine Chemotherapie begonnen. Eine Zwischenuntersuchung hatte nach anfänglichem Stillstand eine Zunahme des Krebsbefalls der Leber nachgewiesen. Die Chemotherapie wurde daraufhin auf eine andere Kombination umgestellt. Hier sah es zunächst so aus, als ob die Krebsherde in der Leber kleiner würden und eine komplette operative Entfernung möglich wäre. Die erneute Operation bestätigte dies jedoch nicht – es konnte nur ein Teil der Metastasen ausgeschnitten werden. Die Patientin erholte sich auch von der zweiten Operation ohne größere Probleme. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft wäre jetzt der Einsatz eines Antikörpers in Kombination mit einer Chemotherapie indiziert.

Hintergrundinformation:

Seit 2005 sind verschiedene Antikörper in der Therapie des Dick- und Enddarmkrebs zugelassen. Die Ansprechrate der Krebstherapie lässt sich durch den Einsatz der Antikörper um ca. 10 % erhöhen. Das mediane Überleben der mit dem Antikörper behandelten Patienten steigt um ca. 4–5 Monate gegenüber gleich schwer erkrankten Patienten ohne Antikörpertherapie. Pro Patient entstehen zurzeit Therapiekosten von ca. 50.000–60.000 Euro. Pro Jahr erkranken in Deutschland ca. 24.000–28.000 Patienten an Dick- und Enddarmkrebs. Davon haben oder erreichen ca. 40 % ein fortgeschrittenes Stadium, welches eine Antikörpertherapie diskutabel macht.

Frage zur Diskussion

Muss die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten die Kosten jeder Innovation tragen?

Höfling

Fall 4 führt deutlich vor Augen, dass die ethischen und rechtsnormativen Probleme von Allokationsentscheidungen unterschiedlich intensiv sind, abhängig davon, auf welcher Allokationsebene sie auftreten. Im Blick auf die individuelle Behandlungssituation, in der – so der Sachverhalt – der Einsatz eines Antikörpers in Kombination mit einer Chemotherapie indiziert ist, kann eine derartige Intervention auf der Mikroallokationsebene durch den Arzt sicherlich nicht verweigert werden. Auf einem anderen Blatt steht dagegen die Frage, ob nicht auf der Mesoebene eine parlamentarisch legitimierte Rationierungsentscheidung getroffen werden kann, die im Blick auf die allgemeine Mittelknappheit „Kosten-Nutzen-Erwägungen“ zulasten einer derartigen Tumorthherapie fällt. Prinzipielle verfassungsrechtliche Bedenken bestehen hiergegen nicht.

Kossow

Zur Diskussion steht die Frage, ob die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten die Kosten jeder Innovation tragen sollte.

Die aktuelle Gesundheitsreform der Großen Koalition sieht vor, dass Innovationen künftig durch das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Bezug auf ihren medizinischen und ökonomischen Nutzen bewertet werden.

Damit erledigt sich diese Frage für den Geltungsbereich

des deutschen Sozialrechtes: Bei als nützlich bewerteten Innovationen werden die Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen, bei weniger nützlichen Innovationen muss der Patient die Kosten ganz oder teilweise selber tragen.

Schuster

In diesem Fall werden die behandelnden Ärzte die Antikörpertherapie nicht verweigern können, wenn die Patientin nach sorgfältiger Aufklärung und Abwägung des Pro und Contra diese Therapie wünscht. Es ist nicht nur schwierig, die prognostizierte gewonnene Lebenszeit gegen die Höhe der Kosten für die entsprechende Therapie abzuwägen, es ist unter ethischer Rücksicht stets problematisch, menschliches Leben unter Qualitätsmerkmalen abzuwägen. Außerdem kann bei schweren Erkrankungen die Verlängerung der Lebenszeit eine Verlängerung schweren Leidens bedeuten und keineswegs einen Gewinn an „Lebensqualität“. Solche Gesichtspunkte sollten in jedem Falle Inhalt des Gesprächs zwischen Arzt und Patientin sein.

Alsleben

Während es bei den vorherigen Fällen um relativ leicht zu lösende Kostentragungsprobleme gegangen ist, liegt hier nun eine diffizile ethisch-moralische Frage zugrunde: Wie viel darf das Leben kosten?

In diesem Fall kostet die durchschnittliche Lebensverlängerung für 9600 bis 11.200 Patienten um 4–5 Monate insgesamt zwischen 480 und 672 Mio. Euro pro Jahr.

Die Frage: Lohnt es sich, dafür so viel Geld auszugeben? wird man ethisch kaum mit „Nein“ beantworten können.

Denn wenn man diese Frage mit „Nein“ beantwortet oder auch mit „Ja“, bleibt die weitere Frage: Was passiert, wenn sich die Parameter ins Extreme verschieben? In die eine Richtung: Würde es sich „lohnen“, das Geld auszugeben, wenn sich die Überlebenschance verdoppelt? Oder erst, wenn sie sich vervierfacht? In die andere Richtung: Was, wenn man mit einer Milliarde Euro nur zehn Patienten um einen Monat länger leben lassen kann? Oder einen Patienten mit zehn Milliarden Euro einen Tag? Wo ist die Grenze?

Aus diesem Dilemma, das der Staat kaum lösen kann, könnte man zumindest teilweise herauskommen, wenn man auch hier die Eigenverantwortung bemühen würde: Wenn man den Patienten einen bestimmten Anteil der Kosten selber tragen lässt, ist er es, der entscheidet, ob es sich lohnt.

Wenn im vorliegenden Fall 20 % der Kosten (also 10.000–12.000 Euro) vom Patienten selbst aufgebracht werden müssten, dann könnte man die Solidargemeinschaft verpflichten, auch den Rest aufzubringen. Wenn ein Patient entscheidet, diese Chance der Lebensverlängerung lohne sich für ihn nicht, kann man kaum dem Staat einen Vorwurf machen, wenn er sich dieser Meinung anschließt. Umgekehrt: Wenn jemand so hohe Kosten aufbringt in der Hoffnung, sein Leben zu verlängern, dann sollte auch die Solidargemeinschaft verpflichtet werden, ihn darin zu unterstützen. Es liegt also in der Hand des Einzelnen. Er hat Chancen und Risiken zu tragen, die sich gleichermaßen auf die Solidargemeinschaft übertragen.

In den Medien passiert es relativ häufig, dass einzelne Patienten mit seltenen Krankheiten und hohen Behandlungskosten vorgestellt werden. Der Tenor ist dann aber nie: „Das ist so teuer, lohnt sich das wirklich?“ – Die Tendenz ist aber in der Regel auch nicht die der anklagenden Frage: „Warum zahlt die Kasse das nicht?“ Die Medien ge-

hen in der Regel einen dritten Weg: Im Zusammenhang mit einem solchen Bericht ergeben sich häufig Möglichkeiten der privaten Finanzierung aufgrund von Spenden (prominentes Beispiel: die Berichterstattung über die siamesischen Zwillinge Lea und Tabea im *Stern*).

Natürlich wird das zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen: Das heißt, reiche Menschen werden sich teurere Behandlungen leisten können als ärmere Menschen. Insofern haben reichere Patienten größere Überlebenschancen als ärmere. Dies ist aber ein hinzunehmender Unterschied, den eine nicht-egalitäre Gesellschaft in allen Bereichen mit sich bringt: Reichere leben länger und sicherer, weil sie sich bessere Nahrung (Bio-Produkte), sicherere Autos (mit mehr Knautschzone, Seiten-Airbags etc.) oder eben auch bessere medizinische Versorgung leisten können. Super-Reiche könnten auch mit dem Privatjet den besten medizinischen Spezialisten in den USA aufsuchen.