

Ein Kommentar zum vorangegangenen Beitrag «Welchen Preis hat die Würde?»

Welchen Preis soll unsere Gesundheitsversorgung haben?

Luzius Müller

Eine Ärztin erzählt, sie habe vor einigen Jahren im Sahel in einem Feldambulatorium gearbeitet. Eine Familie brachte ihr Neugeborenes ins Ambulatorium. Es hatte einen offenen Gaumen. Das Feldambulatorium war nicht dafür eingerichtet, die entsprechende Operation durchzuführen. Die Ärztin riet den Eltern, das Kind in die Stadt zu bringen und es dort behandeln zu lassen. Sie wusste, dass die Eltern kein Geld hatten, die Reise und die Behandlungskosten zu bezahlen; sie wusste, dass das Kind sterben würde.

Zwischen der Gesundheitsversorgung im Sahel und in der Schweiz gibt es einen prinzipiellen Unterschied: Die Schweiz hat eine solidarisch finanzierte, obligatorische Krankenversicherung – der Sahel nicht. Und es gibt einen graduellen Unterschied: Die Ressourcen sind auf unterschiedlichem Niveau begrenzt. Wiewohl wir in der Schweiz bereit sind, sehr viel Geld für unsere Gesundheitsversorgung bereitzustellen, sind wir dennoch nicht bereit, dies unbegrenzt zu tun, denn das gute Leben kennt noch andere Güter, die Gesellschaft kennt noch andere Wohlfahrtspositionen: ein gutes Bildungswesen, ein gutes Rechtswesen, ein gutes Verkehrswesen usw. benötigen auch Geld.

Michael Romanens' Artikel bezieht sich auf den sogenannten Pompe-Entscheid des Bundesgerichts. In vielfacher Hinsicht ist das Ansinnen des Textes zu begrüssen:

- Sparmassnahmen im Gesundheitssektor sind ein äusserst heikles Thema. Sie fordern einen Diskurs aller Betroffenen bzw. ihrer Delegierten. Nur so – im Konsens – kann eine allgemein anerkannte Gesundheitspolitik entwickelt werden.
- Das Bundesgericht bzw. die Judikative ist im politischen System der Schweiz kaum die geeignete Instanz, um sparpolitische Strategien zu entwickeln.
- Ein Gerichtsurteil muss begründet werden. Die fragliche Begründung des Bundesgerichts ist abenteuerlich: Im Recht und in der angewandten Ethik wird meist per Analogieschluss (Ähnlichkeit mit anderen Fällen) argumentiert: Sind die in der Urteilsbegründung herangezogenen Analogien wirklich in den entscheidenden Punkten ähnlich?
- Patienten mit seltenen Krankheiten sind in vielfacher Hinsicht benachteiligt: Ihre Leiden sind in der Regel wenig erforscht, weshalb wenige Therapeutika zu Verfügung stehen. Diese sind aufgrund

Quel devrait être le prix de notre système de santé?

Parler de mesures d'économie dans le secteur de la santé est délicat. Or, si l'on prend en compte l'augmentation disproportionnée des coûts dans un système de santé financé de manière solidaire, on ne pourra éviter ce débat à l'avenir. Dans ce contexte, le rationnement doit être compris comme une répartition des biens à la condition toutefois que la demande soit plus importante que l'offre. La question clé n'est donc pas de savoir s'il faut rationaliser, mais plutôt comment le faire. Ces problèmes d'éthique appliquée ne peuvent être résolus que par des compromis et des discussions avec toutes les parties concernées ou leurs délégués. Le système QALYS est certes contesté, mais il reste pour l'instant le seul outil permettant d'obtenir des données probantes. L'arrêt du Tribunal fédéral (TF) concernant la maladie de Pompe se fonde certes sur un cas concret, mais le TF n'est pas l'instance à même d'élaborer des mesures d'économie dans le domaine de la santé.

des geringen Absatzes sehr teuer. Kleine Patientengruppen verfügen über keine gesundheitspolitische Lobby.

Michael Romanens' Text ist aber auch kritisch zu hinterfragen: Das Bundesgerichtsurteil bezieht sich auf den vorliegenden Fall. Ob es zum «Leading Case» avanciert, wird sich zeigen. Das schweizerische Rechtssystem gibt Präzedenzfällen – anders als andere Rechtssysteme – eine begrenzte Bedeutung. Im besten Fall hat der Bundesgerichtsentscheid eine öffentliche Debatte angestossen. Entscheide über sehr teure Behandlungen sollten jedoch m. E. nicht an der Urne getroffen werden, denn solche Volksentscheide würden mit ziemlicher Sicherheit zuungunsten der Patienten mit seltenen Erkrankungen ausfallen. Volksabstimmungen folgen inhaltlich meist einer utilitaristischen Logik: Es setzen sich die Interessen der grösseren Zahl durch. Demokratie ist mehr als

Korrespondenz:
Dr. theol. Luzius Müller
Leonhardskirchplatz 11
CH-4001 Basel

luzius.mueller@unibas.ch



Wie ist das Interesse des Einzelnen (wirksames, wenn auch teures Medikament) zu gewichten gegenüber dem Interesse der Mehrheit (Kosteneindämmung im Gesundheitswesen)?

Volksentscheid: Sie funktioniert in der Schweiz massgeblich auf der Basis des Delegationsprinzips. Das Parlament wird vom Volk gewählt, setzt die Exekutive ein, und in den verschiedenen Departementen werden entsprechende Fachleute angestellt; beispielsweise Fachleute im BAG, welche die Arzneimittel Listen erstellen und prüfen. Müssen grundsätzliche Frage des Versicherungsrechtes verhandelt werden, so ist dies Sache des Parlaments und seiner Kommissionen. Weder das BAG noch eine andere Instanz kann sich in ihrer Arbeit ohne weiteres auf einen Bundesgerichtsentscheid berufen.

net werden»). Er kann aber keine Lösungsansätze entwickeln. Der zitierte Satz Kants über Wert und Würde stammt aus der «Grundlegung der Metaphysik der Sitten». Diese Schrift konstruiert quasi eine Basistheorie der Grundvoraussetzungen von Moral. Etwas ganz anderes sind Probleme der angewandten Ethik, beispielsweise reale Allokationsfragen. Sie müssen nach Kompromissen suchen, denn die Probleme wollen nicht nur zugespitzt formuliert – der Mensch hat eine Würde und keinen Preis –, sondern auch gelöst werden. Ökonomische Modelle und ethische Prinzipien müssen dabei vermittelt werden. Aufgabe der Ökonomen ist es in diesem Fall, verschiedene funktionierende Finanzierungsmodelle zu entwickeln. Ökonomische Überlegungen müssen konsequenterweise einer Kosten-Nutzen-rationalen Logik folgen. Die ethische Debatte hat dann über die moralische Qualität der Modelle zu befinden. Jede Therapie hat ihren Preis. Jemand bezahlt ihn. Im Sahel die Familie des Patienten; bei uns die Gemeinschaft der Versicherten. Hier stellt sich zwangsläufig die Frage: Wie ist das Interesse der Einzelnen (z.B. solidarische Finanzierung von Myozyme) gegenüber dem Interesse der Mehrheit (Dämmung des Kostenwachstums im Gesundheitsbereich) zu gewichten?

An diesem Punkt müssen gesundheitsökonomische Überlegungen Berücksichtigung finden: In ökonomischen Kontexten wird von Rationierung gesprochen, wenn knappe, begrenzt vorhandene Güter gezielt zugeteilt werden unter der Bedingung,

Rationierung heisst nicht, dass das optimale Versorgungsniveau unterschritten werden muss.

Romanens spielt in seinem Artikel zwei Ethik-Typen gegeneinander aus: die deontische und die utilitaristische Ethik. Der utilitaristische Ethik-Typ sucht tatsächlich nach Nutzenmaximierung und hat keine Probleme, die Interessen von Minderheiten zu übergehen, sofern dadurch der Nutzen der Mehrheit gefördert wird. Die utilitaristische Ethik ist ökonomischen Theorien nah verwandt. Sie entscheidet im Interesse der Mehrheit, was problematische Konsequenzen im Umgang mit Minderheiten haben kann. Anders der deontische Ethik-Typ, denn er veranschlagt den Wert jedes Einzelnen als unendlich gross und deshalb unvergleichbar. So das Diktum Kants über den Menschen der eine Würde (unvergleichbar) und keinen Preis (vergleichbar) habe. Der deontische Ethiker wahrt damit die Grundprinzipien einer humanen Gesellschaft. Wenn jedoch verschiedene vitale Interessen kollidieren, kann er mit diesen Prinzipien zwar die anstehenden Probleme zutreffend beschreiben («verschiedene vitale Interessen können nicht wie monetäre Beträge gegeneinander verrech-

net werden»). Wir sollten dabei nicht sofort an Krisensituationen denken. Rationierung heisst nicht, dass das optimale Versorgungsniveau unterschritten werden muss. Unter Umständen ist das Nachfrageniveau zu hoch veranschlagt. Insofern ist nicht Rationierung an sich problematisch, sondern die zentrale Frage heisst: Auf welchem Niveau werden die nachgefragten Güter angeboten und nach welchen Kriterien werden sie zugeteilt? Der Gesundheitsbereich zeichnet sich seit einigen Jahren durch ein überproportionales Wachstum aus. Unter den Bedingungen eines solidarisch finanzierten, obligatorischen Krankenversicherungssystems wird dieses überproportionale Wachstum zum Problem: Ressourcen müssen in anderen Bereichen abgezogen werden. Familien müssen beispielsweise ihre Ferien-Budgets aufgrund der steigenden Prämien reduzieren. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich die Nachfrage oder das Kostenwachstum von selbst begrenzen. Daher muss eine Debatte über ein solidarisch finanzierbares Versorgungsangebot

geführt werden. Wenn wir das Kostenwachstum steuern wollen, dann führt kein Weg an Zuteilungs- sprich Rationierungsüberlegungen vorbei. Diese werden ältere und sterbende Menschen [2] stärker betreffen, denn v. a. sie sind die Leistungsbezüger.

Sündenböcke fühlen, sofern ihr Selbstverständnis den grösseren Zusammenhang eines Gesundheitssystems mitbedenkt. Wie die Ärztin im Feldambulatorium die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten zwar sehr bedauerte, nicht aber verantwortlich ist für

QALYs sind nicht für Zuteilungsentscheidungen am Krankenbett geschaffen, sondern für Entscheidungen auf höheren gesundheitspolitischen Zuteilungsebenen.

Eine Dämmung des Kostenwachstums führt zwangsläufig zu einer indirekten Altersrationierung [3].

Eine nachvollziehbare Planung des Kostenwachstums muss mit wissenschaftlich basierten Evidenzen arbeiten, sodass sie vernünftig verhandelbar ist. Die sog. QALYs sind ein ökonomisches Instrument zur Generierung solcher Evidenz. Sie dienen der Abschätzung des Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses einer Behandlung. QALYs werfen viele Probleme auf [4], aber sie konnten bis heute durch kein geeigneteres Instrument ersetzt werden. Die Tatsache, dass QALY-Studien so intensiv diskutiert sind, erweist die Stärke des Konzepts: Sie ermöglichen einen wissenschaftlichen Diskurs über Kosten-Effektivitäts-Analysen. Das Irritierende am Bundesgerichtsentscheid ist in dieser Hinsicht, dass die Zuteilung eines sehr teuren Medikaments «am Krankenbett» mittels einer fragwürdigen, QALY-ähnlichen Argumentation entschieden wurde (wobei es sich nicht um eine echte QALY-Studie handelt, sondern eher um eine etwas krude Kosten-Nutzen-Analyse, was nicht dasselbe ist). QALYs sind nicht für Zuteilungsentscheidungen am Krankenbett geschaffen, sondern für Entscheidungen auf höheren gesundheitspolitischen Zuteilungsebenen. Dort könnte mittels QALY-Studie entschieden werden, dass Myozyme in der Schweiz nicht als solidarisch finanziertes Therapeutikum geführt wird. Ärztinnen und Ärzte müssen sich darob nicht als

das desolate Gesundheitssystem des Sahels. Ihre Verantwortung lag darin, die Patienten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal zu behandeln [5]. Selbstverständlich können und sollen sich Ärztinnen und Ärzte gesundheitspolitisch engagieren – in diesem Zusammenhang sind sie jedoch nicht mehr nur Ärzte, sondern eben Gesundheitspolitiker, was andere Kompetenzen fordert, denn nicht nur die Versorgung der Patienten, sondern auch die Gesamtfinanzierung der Gesundheitsversorgung muss gesichert werden.

Literatur

- 1 Mack E. Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. In: Ethik in der Medizin. Heidelberg: Berlin: Springer. 2001; S.13, 17.
- 2 Höpflinger F, Stückelberger A. Demographische Alterung und individuelles Altern. Zürich: Seismo. 2000. S. 49.
- 3 Müller L. Grenzen der Medizin im Alter? Zürich: TVZ; 2010. S. 434ff.
- 4 Sommer J H. Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH; 2001. S. 67ff.
- 5 Fischer J. Ziele und Zielkonflikte der Medizin. In: Ders. (Hrsg.). Medizin- und bioethische Perspektiven. Zürich: TVZ; 2002. S. 35–50.