

Die Medizin aus dem Blickwinkel der Kosten-Nutzen-Rechnung



Überall wird gefordert, dass sich die Gesundheitssysteme den Kriterien einer Kosten-Nutzen-Rechnung bzw. einer Rentabilitätsanalyse anpassen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Nationale Ethikkommission (NEK) veranstalteten Anfang Juli 2012 ein Symposium zu diesem Thema in Bern. Dort wurde viel über den kontrovers diskutierten, aber dennoch häufig verwendeten Begriff QALYs (*Quality-adjusted life years* – qualitätskorrigierte Lebensjahre) gesprochen.

Ohne das gesamte Symposium rekapitulieren zu wollen, möchte ich hier einige Punkte aufgreifen. Bereits in der Einführung von Christian Kind, Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, konnte man überrascht vernehmen, dass die Art und Weise, wie medizinische Leistungen heute vergütet werden, nicht vorwiegend dem Allgemeininteresse diene. Kind betonte, dass eine immer detailliertere Katalogisierung der Leistungen zu vermeiden sei. Diese Ansicht vertritt auch Professor Brigitte Tag, Juristin an der Universität Zürich: Die Flexibilität, die das KVG in der Definition der WZW-Kriterien (Wirksamkeit – Zweckmässigkeit – Wirtschaftlichkeit) zulässt (immerhin), «sollte nicht durch zu viel Normierung oder zu strikte Schwellenwerte begrenzt werden». Nach Ansicht von Brigitte Tag muss der legitime Therapiebereich weiter gefasst sein als strikt evidenzbasierte Medizin.

Zwei Vorträge zum Thema Rentabilität im medizinischen Alltag weckten viel Interesse. Nach Pierre-Yves Dietrich, Chefarzt der Onkologie im Universitätsspital Genf, können QALYs den Fortschritt behindern und (logischerweise) den Nutzen einer Behandlung zulasten von Solidarität und Gleichheit begünstigen. Die künftige Individualmedizin, die nach den jeweiligen Merkmalen des Patienten agiert, sollte zu einer Optimierung der Effizienz beitragen. Pierre-Yves Dietrich sprach von einem «Diagnose-Barcode, der zum Therapie-Barcode führen würde». In der Praxis empfindet er den Posten des Vertrauens-/Versicherungsarztes angesichts des wissenschaftlichen Fortschritts und der Unmöglichkeit, über alles Bescheid wissen zu können, als absolut archaische Einrichtung. Für ihn ist eine Änderung des Modells zwingend notwendig (!). Im Übrigen und ganz generell plädiert er dafür, eher nach Lösungen als nach Schuldigen zu suchen!

Wiederholt wurde die therapeutische Obstination angeführt, von der einige gehofft hatten, es gäbe sie nicht mehr. Dietrich merkte jedoch an, dass auf einen Patienten, den er pro Jahr dazu bewegen möchte, eine

Behandlung anzunehmen, 50 oder mehr Patienten kommen, die er davon zu überzeugen sucht, von einem (erneuten) Behandlungsversuch Abstand zu nehmen. Daher das Nachdenken über die Beziehung zum Patienten, die «medical futility» und die Endlichkeit unseres Seins. Dietrich unterstreicht die im Alltag gemachte Beobachtung, dass sich «alles ändert, wenn man krank ist».

Daniel Scheidegger, Chefarzt für Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsspital Basel, führte an, dass das *Scoring* zwar hilfreich sei für das *Benchmarking*, deutlich weniger jedoch für den jeweiligen Einzelfall. Er äusserte sein Unbehagen zur Tatsache, dass der Arzt in der Intensivmedizin gegen den eigenen Willen zum Handeln um jeden Preis gedrängt wird: Bringt der eingeschlagene Weg nicht das gewünschte Ergebnis, ist er veranlasst, sich immer weiter in «heroischen» Methoden zu versuchen. In der Tat wird der Entscheid zum Verzicht auf neue Versuche durch eine mögliche Aufeinanderfolge von Fehlschlägen nicht erleichtert. Scheidegger bedauert, dass es im universitären Milieu immer noch schwierig ist, die Palliativmedizin und den grossen Beitrag, den sie zu Qualität und Gelassenheit in diesem letzten Lebensabschnitt vor allem auch auf der zwischenmenschlichen Ebene leisten kann, zu thematisieren.

Als ebenfalls diskussionswürdig nennt er die Einführung einer zeitlichen Begrenzung des Aufenthalts in der Intensivpflege und unterstreicht seine Vorstellungen mit Gedanken wie «*Survival is not a criterion for clinical excellence*» und (von der amerikanischen Ärztin Cynthia Cohen) «*Sometimes the only right that remains for the patient is the right to use medical technology*». Zu dieser Extremsituation sollte es nicht kommen. Abschliessend führt er noch eine provokante Herausforderung an: «Die Ethik sollte uns verdeutlichen, warum wir das tun, was uns Geld bringt, und das unterlassen, was uns keines bringt.»

Hinzuzufügen wäre noch, dass Peter Suter, der ehemalige Präsident der SAMW, die Arbeiten des Swiss Medical Board vorgelegt hat und dabei präzierte, dass es nicht darum gehe, eine Rationierung einzuführen, sondern eine Ethik, die der Verschwendung vorbeugt (jüngsten Untersuchungen zufolge könnten bis zu 30% der ins Gesundheitssystem eingebrachten Mittel verschwendet sein).

Jean Martin, Mitglied der nationalen Ethikkommission und der Redaktion

jean.martin[at]saez.ch