



18. November 2010

## Was darf ein Mensch kosten?

Thomas Heiniger am Herbstsymposium der Zürcher Gesellschaft für Intensivmedizin

Sehr geehrte Damen und Herren

«Was darf ein Mensch kosten?» – diese Titelfrage habe ich für mein heutiges Referat vorgegeben bekommen. Man hätte auch fragen können: Was ist ein Mensch wert? Oder: Was ist Gesundheit wert?

Alles ein und dasselbe? Ich beginne bei der letzten Frage und habe dazu eine klare Zahl: Gesundheit ist rund 320'000 Franken wert. Ist das zu viel? Zu wenig? Ein Witz? Was immer Sie sich dazu denken, ich verrate Ihnen, wie ich auf diese Zahl komme. Sie ist das Ergebnis einer Studie, die in London durchgeführt wurde und es im vergangenen Jahr bei uns in die Tagespresse geschafft hat. 1000 Befragte mussten angeben, wie glücklich sie ein nicht käufliches Gut wie Gesundheit, Liebe oder Sicherheit macht. Als Vergleichsgrösse galten Lottogewinne in einer bestimmten Höhe. Der Durchschnittswert dieser 1000 Befragten wurde für die Gesundheit auf über 320'000 Franken errechnet. Damit lag die Gesundheit auf Rang eins – wertvoller als Liebe, Sex und Sicherheit. Zum Vergleich nenne ich Ihnen auch noch den Rang 10 bei den Männern: Zeit mit der Familie ist ihnen nur gut die Hälfte der Gesundheit wert, nämlich CHF 170'000 Franken.

Sehr geehrte Damen und Herren, Sie mögen den Kopf schütteln ob solchen Vergleichen. Für mich verdeutlicht die Studie vor allem Eines: die Hilflosigkeit, mit der wir solche Wertfragen zu beantworten versuchen. Hilflos, weil es nun einmal Dinge gibt, die man nicht mit Geld bezahlen kann. Und selbst wenn man sie bezahlen könnte, würde sich das Problem nicht lösen, dass wir keine Ahnung haben, was die Sache eigentlich Wert ist.

Ich erinnere mich zum Beispiel gut daran, wie ich in meiner früheren Tätigkeit als Rechtsanwalt miterlebte, wie einer meiner Kollegen sich die Zähne ausbiss an der Frage: Wie viel ist ein Baum wert? Es ging um einen Versicherungsfall: Ein Auto war gegen einen Baum geprallt. Dabei erlitt nicht nur das Auto einen Totalschaden, auch der Baum wurde verletzt. Also galt es den Wert dieses Baums zu ermitteln. Da spielen unzählige Faktoren mit, die man rund um den Wert berücksichtigen muss: Natürlich hat irgendwann irgendjemand für diesen Baum einen bestimmten Preis bezahlt. Aber ist das der Wert? Kaum, denn der Baum ist über Jahre gewachsen. Allerdings von selbst und kostenlos. Wie ist also das Wachstum zu bewerten? Womöglich handelt es sich auch nicht um einen einzelnen stehenden Baum, sondern um einen, in einer Allee. Und diese Allee ist wiederum beeinträchtigt, wenn nun dieser Baum fehlt. Das steigert den Wert des Baums.

All diese Faktoren machen es sehr sehr schwierig, eine Antwort darauf zu finden, wie viel der Baum wert ist. Bei der Gesundheit oder beim Menschenleben ist es aber noch ein Vielfaches komplizierter. Denn ein Baum ist – ob Bestandteil einer Allee oder nicht – austauschbar. Die Gesundheit hingegen nicht. Wir haben nur eine Gesundheit. Wir können



sie erhalten, aber wir können sie niemals durch etwas anderes ersetzen, wie das beim Baum oder bei anderen Ressourcen der Fall ist.

Vor diesem Hintergrund muss ich Sie fragen: Erwarten Sie heute wirklich eine Antwort von mir auf die Frage, wie viel ein Mensch kosten darf? Oder wie viel Gesundheit wert ist? Ich hoffe nicht. Denn eine abschliessende Antwort kann ich Ihnen nicht bieten. Ich werde auch nicht auf die im Titel gestellte Frage «Was darf ein Mensch kosten» eingehen.

Denn diese Frage halte ich nicht für zielführend. Über den finanziellen Wert eines Menschenlebens kann und will ich mich nicht auslassen. Ich bin aber auch nicht umsonst gekommen und will Ihnen deshalb eine Alternative bieten: Ich werde mich mit einer präziser formulierten Frage befassen: Wie viel sollen wir ausgeben, um die Gesundheit eines Menschen zu erhalten? Oder wieder zu gewinnen? Diese Frage ist real und spricht konkrete Entscheidungen an.

Entscheidungen, die es braucht, weil unsere Gesundheitsausgaben immer weiter steigen. In den letzten Jahren und Jahrzehnten haben diese Ausgaben stetig zugenommen:

- von 2 Milliarden Franken im Jahr 1960
- auf 13,6 Mia. im Jahr 1980
- auf 35,8 Mia. 1995
- und auf 58,5 Mia. im Jahr 2008.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in diesem Zeitraum von 4,9 Prozent (1960) auf 10,7 Prozent gestiegen. Nur in den USA und in Frankreich ist dieser Anteil heute höher.

Die alljährliche Diskussion um die Erhöhung der Krankenkassenprämien macht aber auch deutlich, dass wir als Gesellschaft nicht bereit sind, immer mehr Prämien zu bezahlen. Bereits heute liegen die Prämienausgaben einer vierköpfigen Familie mit einem Einkommen von 100'000 Franken bei rund 10'000 Franken. Das ist gleich viel, wie diese Familie an Steuern bezahlt. Über kurz oder lang werden wir damit an eine Grenze stossen, bei der die Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft endet. Und nicht nur die Zahlungsbereitschaft, sondern die Zahlungsfähigkeit: Bereits heute bezahlt rund ein Drittel der Bevölkerung die Krankenkassenprämien nicht selber, sondern bezieht eine Individuelle Prämienverbilligung vom Staat. Der Kanton Zürich hat für das Jahr 2010 fast 700 Mio. Franken dafür budgetiert.

So wie Individuen an die Grenze ihrer Zahlungsfähigkeit stossen, gelangt auch der Staat früher oder später an eine solche Grenze. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind limitiert. Eine Ressourcenallokation ist deshalb notwendig und dies nicht nur im Bereich des Gesundheitswesens. Mittel, die wir für das Gesundheitswesen sprechen, stehen in anderen Bereichen wie Bildung, Verkehr oder Sozialwesen nicht mehr Verfügung. Und natürlich auch umgekehrt: Was wir in diesen Bereichen ausgeben, fehlt im Gesundheitswesen. Kurz, der Franken kann nur einmal ausgegeben werden.



Im Gesundheitswesen hängt die Kostensteigerung mit vielen Faktoren zusammen. Ich will hier nur einige davon exemplarisch nennen: die steigende Lebenserwartung, der diagnostisch-therapeutische Fortschritt, eine steigende Anspruchshaltung an die Medizin, aber auch Fehlanreize bei den institutionellen Strukturen. Eine sinnvolle Verwendung der begrenzten, zur Verfügung stehenden Mittel ist auch im Gesundheitsbereich notwendig und führt zurück zur Frage: Wie viel sollen wir ausgeben, um die Gesundheit eines Menschen zu erhalten?

Das Unbehagen bei dieser Frage beruht meines Erachtens vor allem auf einem Missverständnis in der öffentlichen Diskussion. Ein Missverständnis, das wesentlich dazu beiträgt, dass die Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen meist hohe emotionale Wellen schlagen: Ökonomen und Politiker auf der einen Seite und klinisch praktizierende Mediziner oder Bürger auf der anderen Seite haben ein ganz unterschiedliches Verständnis der Grösse «Leben».

Sie, geschätzte Damen und Herren, sind als Intensivmediziner tagtäglich mit real existierenden Patienten konfrontiert. Und diesen wollen und müssen Sie auf Grund Ihres Berufsverständnisses und Ihres Eides helfen. Egal, welche Kosten dadurch entstehen. Diesen Aspekt möchte ich hier als das «identifizierte Leben» bezeichnen, weil der Patient persönlich bekannt ist. In besonderen Fällen kann sich dieses Bekanntsein auch auf einen etwas weiteren Kreis ausbreiten: Die Debatte um die Behandlung von Alt-Bundesrat Hans-Peter Tschudi im Kantonsspital Basel-Stadt Ende 90er-Jahre ist Ihnen allen bestimmt in Erinnerung. Wenn es im Konkreten Fall darum geht, Leben zu retten, werden Kostengesichtspunkte immer von untergeordneter Bedeutung sein.

Auf der gesundheitsökonomischen und politischen Ebene geht es aber um «statistisches Leben». Das heisst, um das Leben von Personen, deren Name nicht bekannt ist und zum Zeitpunkt der Entscheidung auch nicht ermittelt werden kann. Es geht um künftige, quasi «virtuelle» Patientinnen und Patienten. Und in diesem Kontext ist es nicht nur zulässig, sondern unerlässlich, für alle Beteiligten im Gesundheitswesen transparente Regeln für die Ressourcenallokation zu schaffen. Nur damit kann einer künftigen Diskriminierung von Einzelpersonen vorgebeugt werden.

Diese Unterscheidung zwischen «identifiziertem» und «statistischem» Leben ist bei der gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft relevant. Ich möchte dazu das Beispiel des Grubenunglücks in Chile aufgreifen. Wie Sie bestimmt wissen, wurden im August 33 Bergleute verschüttet. Nach einer monatelangen Rettungsaktion konnten alle 33 Kumpel gerettet werden. Die Bergungskosten werden auf über 30 Millionen Franken geschätzt. Kaum jemand hat diese Kosten in Frage gestellt, da jeder mit den Verunglückten «leidet». Dies entspricht dem Prinzip des «identifizierten Lebens».

Würde nun aber versucht, aus dem laufenden Budget 30 Millionen Franken in die allgemeine Bergwerkssicherheit zu investieren, bezweifle ich, ob dieser Vorstoss Erfolg hätte, obwohl mit den Massnahmen künftig wohl viel mehr Bergleute «gerettet» werden



könnten. Das entspricht dem Prinzip des «statistischen Lebens». Und das ist nicht nur in Chile so.

Der sinnvolle Einsatz der verfügbaren Mittel mit Blick auf das «statistische Leben» steht also hier im Fokus. Das ist nicht neu. Vielmehr ist dieser Grundsatz seit 1996 im KVG verankert. Art. 32 KVG gibt vor, dass Leistungen dann zu erstatten sind, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Und diese drei Kriterien nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen wurden. Damit ist eigentlich die Basis für eine sinnvolle Ressourcenallokation gelegt.

In einem Bericht der parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom August 2004 wurde aber gerade bemängelt, dass «die drei Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend konkretisiert und operationalisiert sind». Eine systematische Überprüfung der WZW-Kriterien fehlt.

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat vor diesem Hintergrund im Jahr 2008 beschlossen, ein Medical Board ins Leben zu rufen. Dieses Medical Board ist ein von Verwaltung, Leistungserbringern und Industrie unabhängiges Gremium. Seine Aufgabe besteht darin, diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen aus Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts zu analysieren, gerade um die genannten WZW-Kriterien operationalisieren zu können.

Dabei geht es im Kern um die Beurteilung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses medizinischer Leistungen und Empfehlungen zuhanden der politischen Entscheidungsträger und der Leistungserbringer. Nach einer zweijährigen Pilotphase im Kanton Zürich hat dieses Medical Board unterdessen in Trägerschaft der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, der GDK, der FMH und der SAMW den Regelbetrieb auf nationaler Ebene aufgenommen. Es untersucht umstrittene Therapien mit den Methoden des Health Technology Assessments, kurz HTA. HTA bezeichnet einen Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. HTA hat sich in den letzten zehn Jahren weltweit etabliert.

Kern des methodischen Ansatzes des Medical Board ist eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse. Untersucht werden dabei die medizinischen Wirkungen und die Kosten alternativer Behandlungsmethoden, jeweils unter Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte. Die Wirkungen werden mittels QALY angegeben – einer Masszahl, die Lebensverlängerung und Lebensqualität berücksichtigt. Die Relation von Kosten und Wirkungen kann in einem Kosten-Wirksamkeits-Diagramm übersichtlich dargestellt werden. Nur mit den Behandlungsalternativen im Bereich der optimalen Linie wird ein optimaler Einsatz der Ressourcen erzielt.



Betrachten wir das Kosten-Wirksamkeits-Diagramm etwas detaillierter: Wird die Wirkung auf der y-Achse und die Kosten auf der x-Achse aufgetragen, ergeben sich 4 Quadranten, wobei die bestehende Standardtherapie den Nullpunkt des Koordinatenkreuzes darstellt. Fällt eine Vergleichstherapie in den linken, unteren Quadranten, ist eine weitere Betrachtung obsolet, da weniger Wirkung höheren Kosten gegenübersteht.

Einfach ist die Situation im rechten, oberen Quadranten: Grösserer Wirkung stehen geringere Kosten gegenüber. Interessant sind zudem die Fälle, die in den linken oberen und den rechten unteren Quadranten fallen. Bei Behandlungen in diesen Quadranten erhält man mehr Wirkung für höhere Kosten (oben links) oder man kann Kosten einsparen, erzielt aber geringere Wirkungen (unten rechts). Die Frage, die sich hier stellt, ist: Wie weit wollen wir auf der optimalen Linie nach rechts gehen? Und damit sind wir zurück bei der Frage: Wie viel sollen wir ausgeben, um die Gesundheit eines Menschen zu erhalten? Oder nochmals anders formuliert: Wie viel geben wir für ein QALY, also für ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr aus?

Der Diskussion um sogenannte Schwellenwerte, also wie viel für ein QALY maximal ausgeben werden soll, wird im Gesundheitswesen – zumindest hierzulande – ausgewichen. In anderen Bereichen gilt das nicht mehr. Zum Beispiel in Sicherheitsfragen wird seit rund 20 Jahren über solche Werte diskutiert. Hier einige Beispiele:

Bei der Planung von Sicherheitsmassnahmen im Bereich der Naturgefahren geht man in der Schweiz von einem Wert von 5 Millionen Franken aus, der für die Rettung eines Menschenlebens eingesetzt wird.

In Deutschland wird vom Bundesamt für Strassenwesen jährlich ein Planungswert ermittelt, als Grundlage für Sicherheitsmassnahmen im Strassenverkehr. Der Wert liegt im Bereich von 1 Million Euro pro gerettetes Menschenleben.

Für technische Risiken, zum Beispiel im Eisenbahnwesen, werden Werte zwischen 1 bis rund 20 Millionen Franken pro gerettetes Menschenleben eingesetzt, abhängig davon, wie stark das Risiko von den Betroffenen selbst beeinflusst werden kann.

Diese Werte im Sicherheitsbereich basieren auf einer breiten Erfahrung mit entsprechenden Evaluationen und langjährigen Diskussionen. Sie sind nicht über Nacht entstanden und sie sind auch nicht in Stein gemeisselt. Aber die Werte werden heute bei der Aufbereitung von Entscheidungsgrundlagen im Sicherheitsbereich verwendet.

Bewertungen des menschlichen Lebens werden auch – ich denke an mein früheres Berufsleben zurück – in der Juristerei vorgenommen: Was kostet ein unerwünschtes Kind? Wie gross ist der finanzielle Schaden, den ein Vergewaltiger angerichtet hat? Das Bundesgericht sagt: Ein Kind ist kein Schaden.

Wie hoch ist die Schadensersatzpflicht des Verkehrsrowdys für das Töten eines 30-jährigen Familienvaters und Ernährers? Was ist dieser wert? Und wie sieht es aus beim 60-Jährigen



ohne Ernähreraufgabe, aber mit sehr hohem Einkommen? Auch das sind Fragen, die Antworten zum Wert eines «Lebens» suchen.

Können wir für das Gesundheitswesen aus den Erfahrungen im Sicherheitsbereich und in der Juristerei lernen? Vielleicht, denn es geht ja in allen Bereichen um menschliches Leben. Können wir zum Beispiel von den Schwellenwerten im Sicherheitsbereich auf einen Schwellenwert für ein QALY schliessen? Dies wohl nicht ganz so einfach, aber ein Anhaltspunkt lässt sich vielleicht finden: Wenn wir annehmen, dass im Durchschnitt mit der Rettung eines Menschenlebens etwa 40 Lebensjahre «gewonnen» werden, dann öffnet sich ein Spektrum von einigen Zehntausend bis wenigen Hunderttausend pro QALY.

Vergleichszahlen gibt es zudem aus anderen Ländern: In England wurden durch den NHS (National Health Service) ein unterer und ein oberer Schwellenwert festgelegt: 20'000.- £/QALY und 30'000.- £/QALY. Umgerechnet in Schweizer Franken liegen die beiden Werte zwischen gut 30'000 und knapp 50'000 Franken.  
(USA: US-\$ 50'000.-/QALY; NL: Euro 80'000.-/QALY)

Auch wenn das nur Anhaltspunkte und Vergleichswerte sind, bin ich überzeugt, dass die Zeit reif ist, uns mit solchen Gedanken zu befassen. Wir müssen Erfahrung sammeln mit dem Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis medizinischer Leistungen. Das Medical Board liefert dazu einen Beitrag und bald werden Erfahrungswerte vorliegen. Dann haben wir auch eine Basis, um Schwellenwerte zu diskutieren.

Mit diesem Ansatz zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen geht es primär um eine Rationalisierung, das heisst, den optimalen Einsatz der bestehenden Mittel zum Erreichen der Ziele. Das ist notwendig, denn die Solidarität im Gesundheitswesen stösst an ihre Grenzen. Wir können nicht allen alles bezahlen. Nur wissen wir zum heutigen Zeitpunkt nicht recht, was wir können und sollen – und was eben nicht.

Heute geistert bloss der Begriff des «medizinisch Notwendigen» herum. Aber was ist dieses «medizinisch Notwendige?» Sie sind es, verehrte Damen und Herren, die tagtäglich mit dieser Frage zu tun haben, die darüber entscheiden müssen. Das ist eine grosse Herausforderung, mit der Sie immer wieder konfrontiert werden. Deshalb interessiert mich Ihre Meinung. Wenn es darum geht, praktikable Lösungen für die Zukunft zu finden, müssen alle Akteure mitmachen – es sind nicht nur die politischen Entscheidungsträger gefordert.

Die Aufgabe der Politik sehe ich darin, Themen aufzugreifen, Tabus aufzulösen, die Diskussion zu ermöglichen. Und genau deshalb bin ich heute hier. Nicht, um Ihnen eine abschliessende Antwort auf die Frage zu geben, was ein Mensch kosten darf. Auch nicht, um Ihnen zu sagen, was Sie in Ihrem Berufsalltag anders machen sollen. Viel mehr geht es mir um einen Austausch. Ich teile Ihnen meine Gedanken gerne mit, stelle Vergleiche mit anderen Bereichen an. Aber ich selber habe auch noch mehr Fragen als Antworten. Deshalb freue mich auf den weiteren Verlauf dieses Symposiums, die Diskussion beim Roundtable.