



«Unlautere Zahlenzaubereien»

Medizin Sie bestimmen den Wert eines Menschenlebens: Gesundheits-
ökonom*innen werden immer wichtiger. Der Arzt Michel Romanens
hält ihre Berechnungen für ethisch fragwürdig – und mathematisch falsch.

INTERVIEW ANDRES EBERHARD FOTOS FILIPA PEIXEIRO

In einem Fachartikel warfen Sie den Schweizer Behörden Realitätsverlust beim «Impfdebakel» vor. Meistert die Politik die Pandemie wirklich so schlecht?

Mich hat erschreckt, dass man anfangs offenbar gar nicht wusste, was eine Pandemie ist. Und sie deswegen zu wenig ernst nahm. Die Maskenpflicht zum Beispiel kam viel zu spät. Danach zeigte sich, wie unglaublich effizient die Medizin Impfstoffe herstellen kann. Doch die Behörden zögerten und stellten sich immer wieder dieselbe Frage: Was kostet das? Das ist fatal.

Warum?

Sie haben falsch gerechnet. Die Pandemie ist eine Notfallsituation, in der wir möglichst schnell möglichst viel impfen müssen. Warten wir zu lange, wird es insgesamt viel teurer. Impfdosen für die ganze Bevölkerung zu beschaffen kostet etwa eine Milliarde Franken. Die volkswirtschaftlichen Kosten eines Lockdowns werden auf 25 Millionen Franken pro Tag geschätzt. Das Geschäft lohnt sich also bereits nach knapp vierzig Tagen. Die Regierung hätte alles daransetzen müssen, sich bei den Herstellerfirmen möglichst schnell Impfdosen zu beschaffen. Stattdessen zögerte sie. In dieser Zeit breitete sich das Virus aus, zahlreiche Menschen starben an Covid-19.

Ist dieses Zögern nicht berechtigt? Beim Impfstoff von AstraZeneca stellte sich heraus, dass er Hirnvenenthrombosen auslösen kann, die einen Schlaganfall zur Folge haben und potenziell tödlich sind.

Das stimmt, aber solche Hirnvenenthrombosen treten sehr selten auf. Einen Beweis, dass wirklich der Impfstoff die Ursache ist, hatte man nie. Gleichzeitig sterben Menschen am Virus, wenn man nicht rechtzeitig genug Impfstoff hat. Die Diskussion um AstraZeneca zeigt für mich, dass man von der Medizin verlangt, sie dürfe nie schaden. Aber das ist unsinnig. Richtig wäre: Die Medizin soll nicht schaden. Denn jede Wirkung hat Nebenwirkungen, immer.

Ist das Verhalten in der Pandemie typisch für die Schweizer Gesundheitspolitik?

Typisch ist vor allem der Reflex: Das kostet zu viel. Die Behörden argumentieren in der Regel, dass sie sich nicht von den hohen Preisen der Pharmaindustrie erpressen lassen wollen. Das zeigte sich auch schon früher, etwa bei der Debatte um Hepatitis C. Bei einer solchen Argumentation verliert das Volk. Denn bei hocheffizienten Therapien lohnt es sich, den Preis zu zahlen. In der Pandemie haben das andere Länder schneller begriffen.

Aber irgendwo braucht es doch eine Grenze. Nehmen wir an, jemand ist 90 Jahre alt und braucht ein Medikament, das mehrere Hunderttausend Franken kostet. Soll die Allgemeinheit das bezahlen?

Solche extremen Fälle sind selten und belasten das Gesundheitsbudget kaum. Darum sollten sie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ausgehandelt werden. Man sollte aus solchen Einzelfällen keine Skandale ableiten. Denn wenn man sagt, dass 100 000 Franken für eine 90-jährige Person zu viel sind, dann wendet man die normative Regel auf andere an. Erst sind es die 80-Jährigen, dann die 75-Jährigen.

Sie kritisieren mit dem Verein Ethik und Medizin Schweiz die Entwicklungen im Schweizer Gesundheitssystem scharf. Warum?

In der Schweiz haben heute Gesundheitsökonom*innen eine enorme Macht erlangt. Sie berechnen, welche medizinischen Massnahmen kosteneffektiv sind und welche nicht. Sie nutzen dafür allerdings primitive Modelle. Diese berücksichtigen die sozialen Kosten und den Wert des Lebens nicht. Damit können effektive Therapien als unwirksam dargestellt werden. Und das ist nicht akzeptabel.

Können Sie ein Beispiel geben?

Das einflussreiche Swiss Medical Board liess untersuchen, wie kosteneffektiv sogenannte Statine sind. Es handelt

sich um Medikamente zur Senkung des Cholesterinpegels. Sie sind dazu da, Herzinfarkte und Hirnschläge zu verhindern. Nun haben Gesundheitsökonom*innen berechnet, wie hoch die Kosten von Statinen pro gewonnenes Lebensjahr sind. Dafür verwendeten sie das sogenannte QALY-Verfahren, das Lebensjahre nach Qualität bewertet. 0 bedeutet Sterben, 1 ist ein Jahr bei voller Gesundheit. Das Resultat: Statine kosten 210 000 Franken pro gewonnenes Lebensjahr. Der Aufschrei war gross, denn das ist in der Tat ein hoher Betrag. Der «Skandal» passt gut in das Narrativ von angeblich vielen unnötigen Behandlungen, welche die Gesundheitskosten explodieren lassen. Nur: Die Berechnung war komplett falsch.

Woher wissen Sie das?

Wir haben nachgerechnet. Die Analyse wies diverse methodische Fehler auf. Der Augenfälligste: Die Kosten für die Gesellschaft bei einem Todesfall bezifferten die Gesundheitsökonom*innen auf 8500 Franken. Das hätte selbst Laien stutzig machen müssen: Das also soll der Wert eines Menschenlebens sein?

Wie viel Wert hat ein Menschenleben für Sie?

Ich halte solche Berechnungen generell für willkürlich und der modernen Medizin unwürdig. Denn jeder Tod hat ja auch soziale Kosten zur Folge. Das heisst, Arbeitgeber*innen verlieren das Know-how ihrer Mitarbeiter*innen, Kinder ihren Vater oder ihre Mutter, und so weiter. Aber wenn schon gerechnet wird, dann wissenschaftlich korrekt. In vergleichbaren Hochrechnungen aus Deutschland und den USA wurden Werte von 200 000 Euro beziehungsweise 243 600 Dollar pro Jahr errechnet. Setzt man diese Beträge ein, ergibt sich ein vollkommen anderes Bild.

Nämlich?

Gerade das Gegenteil dessen, was die Gesundheitsökonom*innen behaupten: Die Therapie mit Statinen ist sehr kosteneffektiv. Es ist ja auch absurd: Da behauptet tatsächlich einer, Cholesterinsenker seien unbezahlbar, wo diese pro Tag gerade einmal 36 Rappen kosten.

Welche Folgen hat diese fehlerhafte Analyse?

Solche falschen Studien setzen Ärzt*innen unter Druck, nicht zu behandeln. Im Beispiel mit den Statinen hat dies Hirnschläge oder Herzinfarkte zur Folge, die hätten verhindert werden können.

Grundsätzlich gilt aber immer noch die Therapiefreiheit. Das heisst, Ärzt*innen können sich über solche Analysen hinwegsetzen.

Das stimmt. Jedoch übernehmen sie ein erhöhtes Risiko, haftbar gemacht zu werden, falls bei der Behandlung Nebenwirkungen auftreten. Plötzlich stehen Ärzt*innen, die ihre Patient*innen vor Herzinfarkten oder Hirnschlägen schützen wollen, als potenziell Kriminelle da. Vor allem aber ist das QALY-Verfahren das perfekte Instrument für Gesundheitsökonom*innen, um Politiker*innen zu bedienen. Diese können dann auf dieser

Basis Gesundheitsleistungen rationieren, konkret: bei Gebrechlichen und Kranken sparen. Aus wissenschaftlicher Sicht sind solche Analysen nichts anderes als unlautere Zahlenzaubereien. Und aus medizinethischer Sicht sind sie diskriminierend gegenüber den Bedürftigen. Darum sind QALY-Verfahren in einigen Ländern wie etwa den USA zur Bewertung von Therapieentscheidungen verboten.

Ihr Verein ist eher klein. Warum nehmen sich einflussreichere Stimmen der Ethik wie etwa die Kommission der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften (SAMW) des Problems nicht an?

Die meisten Institute hinterfragen die Annahmen der Gesundheitsökonomie nicht. Wir fordern: Ethiker*innen müssen mindestens so schlau sein wie jene, die sie beurteilen. Sie müssen also in der Lage sein, nachzurechnen. Das wird viel zu selten gemacht.

Sie erwähnten das Narrativ von den vielen unnötigen Behandlungen ...

... für das es keinerlei Beweise gibt. Die allermeisten in unserem Beruf sind nicht in erster Linie Arzt oder Ärztin geworden, um sich damit eine goldene Nase zu verdienen. Trotzdem werden Massnahmen getroffen, die solche Motive korrigieren sollen. Ich bin überzeugt, dass die Schweizer Gesundheitspolitik gerade das Gegenteil dessen erreicht, was sie beabsichtigt: dass unser Gesundheitswesen immer teurer wird, gerade weil es immer effizienter werden soll.

Das müssen Sie erklären.

Die Behörden überprüfen jährlich die Kosten, welche Schweizer Ärzt*innen verursachen. Wer zu teuer ist, wird gebüsst. Damit sollen unnötige Behandlungen verhindert werden. Jedoch tritt das Gegenteil ein: Massgebend sind nämlich die Durchschnittskosten pro Patient*in. Wenn ein Arzt also viele teure Patient*innen hat, etwa weil er ein teures Ultraschall-Gerät in der Praxis hat oder auf Krebsmedizin spezialisiert ist, was macht er? Er wird teure Patient*innen weiterleiten, statt sie selbst zu behandeln. Womit die Kosten steigen. Oder aber er behandelt mehr «günstige» Patienten, damit der Durchschnittswert sinkt – auch wenn dies gar nicht angezeigt wäre. Unnötige Behandlungen werden so paradoxerweise just durch jene Anreize ausgelöst, mit denen sie verhindert werden sollten.

Haben Sie eine Lösung?

Es müsste überprüft werden, wie stark verbreitet die viel gescholtene geldgetriebene Medizin ist, welche die Gesundheitskosten angeblich in die Höhe treibt. Das einzige wirklich geeignete Instrument dafür sind Audits. Dabei überprüfen unabhängige professionelle Fachkräfte die Situation vor Ort. Leider gibt es solche hierzulande kaum. Das öffnet Tür und Tor, um Dinge zu behaupten, die stets wiederholt werden und irgendwann nicht mehr hinterfragt werden. So etwa, dass rund 30 Prozent der Gesundheitskosten auf unnötige Behandlungen zurück-



«Die Schweizer Gesundheitspolitik erreicht gerade das Gegenteil dessen, was sie beabsichtigt: Das Gesundheitswesen wird immer teurer, weil es immer effizienter werden soll.»

MICHEL ROMANENS
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
in Olten sowie Präsident des Vereins Ethik und
Medizin Schweiz (VEMS).

gehen. Ich gehe eher von 5 Prozent aus. So zeigt eine Studie, dass Hausärzt*innen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz eher unter- als überversorgen. Indem man auf die angeblich häufigen unnötigen Behandlungen fokussiert, lässt man zudem andere, viel wichtigere Gründe für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ausser Acht. Dass Gesundheitskosten ansteigen ist normal und wird so bleiben.

Wie meinen Sie das?

Im Vergleich zu anderen Sektoren ist das Gesundheitswesen stark von der Entwicklung der Personalkosten abhängig. Und diese lassen sich, im Gegensatz zur Produktion von Staubsaugern oder Computern, nun mal nicht viel kosteneffizienter gestalten. Dadurch wird das Gesundheitswesen, genauso wie andere Dienstleistungen, im Vergleich zu anderen Sektoren immer teurer. Die vielzitierte «Kostenexplosion» wird sich also fortsetzen. Und das selbst ohne Alterung der Bevölkerung, teure Medikamente oder weitere oft genannte Kostentreiber.

Heisst das: Löhne drücken, damit die Kosten im Lot bleiben?

Um Himmels willen nein. Wir sollten diese Entwicklung uns bewusst machen: Wir können uns ein teureres Gesundheitssystem leisten, solange die Löhne steigen. Da die Einkommen bei ärmeren Menschen weniger stark steigen, muss der Staat diese Menschen auf Dauer stärker unterstützen – namentlich mit Prämienverbilligungen. Was man einmal genauer unter die Lupe nehmen müsste, sind die Verwaltungskosten. In den USA stiegen diese 34-mal so stark wie die Personalkosten, wie eine Untersuchung nahelegt. Ein weiteres Thema ist die Prävention. Ob Tabakwerbung, Luftverschmutzung oder Lärmemissionen: Mit unserer Umwelt produzieren wir Kranke, die vom Gesundheitswesen behandelt werden müssen.

Gesundheitsökonom*innen stützen sich oft auf den Utilitarismus. Der will das grösste Glück für die grösste Anzahl Menschen. Klingt doch vernünftig, oder nicht?

Der Utilitarismus geht davon aus, dass eine Handlung moralisch dann richtig ist, wenn sie den grösstmöglichen Nutzen für alle erzeugt. Das Problem ist, dass ein Individuum unmöglich eine solche Entscheidung treffen kann. Wenn ich zum Beispiel einer 90-jährigen Person ein teures Krebsmedikament verwehre, ist überhaupt nicht gesagt, dass das Geld an einem anderen Ort effizienter eingesetzt wird. Es gab einmal ein Experiment, in dem die Teilnehmer*innen angehalten wurden, utilitaristisch zu handeln. Das Resultat: Sie behandelten Kinder mit Blutkrebs nicht, dafür solche mit einer Hasenscharte. Es funktioniert einfach nicht. Der Utilitarismus ist im Grunde ein ökonomisch-liberales Konzept. Er schafft einen Durchschnittswohlstand für alle, ist aber blind für das Leid der wenigen Bedürftigen. Genau für diese sollte die Medizin aber da sein. Darum geht es ja auch beim Konzept der Krankenversicherung: Wir zahlen Prämien ein und erwarten, dass etwas getan wird, wenn wir schwer krank werden.