

# Covid19 und Utilitarismus

Versuch einer medizinethischen Klärung

Stand April 2020



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth,  
Flavian Kurth

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der  
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://docfind.ch/VEMSCovid19undUtilitarismus.pdf>

Version vom 16. April 2020 Das Papier ist «open for debate», bei Bedarf wird die jetzige Version  
weiterentwickelt

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	Seite	3
Ausgangslage und Problemstellung	Seite	4
Utilitarismus und QALY	Seite	6
QALY-Berechnungen auf dem Prüfstand	Seite	12
Rawls Gerechtigkeitstheorie	Seite	15
Schlussfolgerung	Seite	20

## Zusammenfassung

Dieses Papier richtet sich gleichsam an alle Akteure unserer Gesundheitswesen. Wir untersuchen, inwiefern Rationierungs-Vorschläge im Zuge der Coronavirus-Pandemie als utilitaristisch zu verstehen sind und wie sie sich mit Fragen der Medizinethik, der Verteilgerechtigkeit sowie mit den demokratischen Grundlagen unserer Gesellschaft vertragen. Nach einem Abriss der Ideengeschichte des Utilitarismus zeigen wir auf, wie sich seine Ansätze in Gesundheitswesen im Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY-Konzept) manifestieren. Die solcherart erstellten Kosten-Nutzen-Rechnungen klammern oftmals soziale Aspekte ebenso aus wie die individuelle Erfahrung von Lebensqualität. Mitunter bilden sie noch nicht einmal medizinisch-klinische Realität ab und bergen mit ihren Verzerrungen Gefahren der falschen Priorisierung sowie der Fehllenkung von Behandlungspfaden. Auch John Rawls geht in seiner Vertragstheorie «Theorie der Gerechtigkeit» von einer utilitaristischen Ausgangsposition aus, die er dann aber zum prioritaristischen Konzept eines egalitären Liberalismus' entwickelt. Dieser Ansatz wird den Gesundheitswesen unserer Ansicht nach besser gerecht. John Harris, einer der prominentesten Kritiker des QALY-Konzepts, untersucht dieses denn auch auf der Basis von Rawls Gerechtigkeitstheorie. Es ist dies im Kern eine Kritik am Axiom der endlichen Mittel. Dieses kann zu Situationen führen, in denen eine Behandlung unterlassen wird, obwohl die Mittel dafür da wären, um eine andere Behandlung zu priorisieren, bei der das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Kalkulation besser erscheint, obwohl es dies in der klinischen Realität und unter Einbezug sozialer Kosten unter Umständen noch nicht einmal ist. In einer Pandemie, wie wir sie jetzt haben, können solche Fehlentscheide zu vermeidbaren Todesfällen führen, denen in ihrer Systematik der Benachteiligung von alten und vorerkrankten Patientinnen und Patienten etwas Sozialdarwinistisches anhaftet. Dies zeigen wir auf und leiten daraus unsere Forderung ab, die Deutungshoheit über so zentrale Werte wie die Lebensqualität nicht allein der Gesundheitsökonomie zu überlassen, sondern solche Werte als Souverän gemeinsam so zu verhandeln und auszuhandeln, dass Verteilgerechtigkeit angestrebt wird, die menschgegebene, nicht verhandelbare Würde respektiert und der gesellschaftliche Friede sichergestellt.

## Ausgangslage und Problemstellung

Die Coronavirus-Pandemie hat unsere Gesundheitswesen in eine medizinische Notsituation geworfen, wie wir sie vor wenigen Wochen in unserer dunkelsten Vorstellung nicht erahnen konnten. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW stellt ihr am 24. März 2020 herausgegebenes Papier [«Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit»](#) denn auch mit selten deutlichen Worten vor und redet erstmals nicht von Rationalisierung, sondern explizit von Rationierung: «Solange genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, werden alle Patienten aufgenommen, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, und nach etablierten Kriterien behandelt. Tritt eine Notstandssituation mit einer grossen Anzahl schwerstkranker Patienten ein, werden Rationierungsentscheide nötig.» Im Papier selbst konkretisiert die SAMW ihre Rationierungsanweisung: «Besonders ressourcenintensive Interventionen sollten nur in Fällen eingesetzt werden, in denen ihr Nutzen eindeutig nachgewiesen ist.»

Was aber ist ein medizinischer Nutzen, wie lässt er sich bemessen? Die Gesundheitsökonomie arbeitet hierfür mit der Lebensqualität als Skala und mit QALY (qualitätsadjustierten Lebensjahren) als Messgrösse. Es stellt sich hierbei allerdings das Problem der Objektivierbarkeit eines so subjektiv erfahrenen Wertes wie der Lebensqualität, weshalb das QALY-Konzept alles andere als etabliert ist, vielmehr äusserst kontrovers diskutiert wird. Zweitens stellt sich die Frage, nach welchem Kriterium mit dieser Skala zu verfahren sei? Soll die Lebensqualität maximiert werden oder möglichst gleich oder möglichst gerecht verteilt? Die Diskussionen um Rationalisierungs- und Rationierungsentscheide unserer Gesundheitswesen drehen sich seit Jahren um diese Fragen, die sich nun in aller Deutlichkeit stellen.

Was der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS feststellt: Viele der Vorschläge und Vorstösse aus der Gesundheitsökonomie argumentieren seit geraumer Zeit schon und auch jetzt wieder so, als würden sich obige Fragen gar nicht stellen. Es ist deshalb schwierig, die jeweiligen Argumente ethisch, gesellschaftlich und letztlich auch politisch einzuordnen. Wenn ins Feld geführt wird, es gelte, den grössten Nutzen für die grösste Zahl zu schaffen, dann wäre dies eine utilitaristische Argumentation. Es wird aber auch eingeschränkt, die Ressourcen seien so zu verteilen, dass sie für alle reichen, was eine egalitaristische Argumentation wäre. Einen gerechtigkeitsethischen Ansatz hingegen erleben wir zu oft verdreht und auf eine hinterlistige Art: Es gälte, Patientinnen und Patienten, die ja ohnehin gestorben wären oder nur mit erheblichen Qualitätseinbussen weitergelebt hätten, die Entscheidung gegen Behandlungen am Lebensende zu erleichtern, sie etwa beim Verfassen ihrer Patientenverfügung zu beraten und sie zu begleiten. Das hat den unschönen Beigeschmack eines Geronto-Genozids.

Die Überlegungen, die in diesen Tagen einer menschlichen und zwischenmenschlichen Ausnahmesituation angestellt werden, gelten aber auch jenen vielen, die eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 weitgehend unbeschadet überstehen. Sie alle leiden unter den Massnahmen des Lockdowns: Isolation, Ängste vor Job-, Wohlstands- und Sicherheitsverlust, Beschränkung der Bewegungs- und der Freiheitsrechte. Sind diese Opfer gerechtfertigt, und wenn ja, in welchem Mass, für welche Zeit und zu welchem Preis? Auch diese Fragen werden allerdings zumeist so angegangen, als würden sich obige Probleme gar nicht stellen. Es wird hier stillschweigend von einem gesellschaftlichen Konsens ausgegangen, der bald utilitaristisch, bald egalitaristisch argumentiert, sich insgesamt aber als eine «Verteilgerechtigkeit» verkauft, die unter dem Banner des Utilitarismus Positionen beliebt macht, die letztlich rein ökonomisch-neoliberales Kalkül sind. Wir hoffen, mit diesem Papier hier ein wenig Klarheit zu schaffen und einen fruchtbaren gesellschaftlichen Diskurs anregen zu können. Wir wollen hierzu mit einer ideengeschichtlichen Auslegeordnung des Utilitarismus beginnen, um alsdann aufzuzeigen, wie und wo sich diese Ideen im Konzept qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALY-Konzept) wiederfinden.

## Utilitarismus und QALY

Der Utilitarismus ist in philosophischer Zeitrechnung betrachtet ein sehr junges Moralkonzept. Es findet sich zwar schon in der Ethik von Aristoteles (385 v. Chr. bis 323 v. Chr.) eine Argumentation über das Glück, dort allerdings eher im Sinne eines geglückten Lebens, und so sehr ins Zentrum allen Überlegens und Argumentierens gesetzt wie der Utilitarismus hat das Glück von den antiken Philosophen eigentlich nur Epikur (241 v. Chr. bis 270 v. Chr.). Im Allgemeinen wurde in der Antike über Tugenden argumentiert, ein Ansatz, den wir heute geneigt sind, als «Moralisieren» zu monieren. Dies mag auch damit zu tun haben, dass die Tugendethiken unseres Kulturkreises auf der Tugendethik des numidischen Kirchenlehrers Augustinus (354 bis 430) fussen und wir Religionen gegenüber heute kritisch eingestellt sind: Religion ist Privatsache, für die Entscheidungen, die alle betreffen, sollte sie nicht massgeblich sein. Tugenden sollten es aber vielleicht schon. Jedenfalls fussen ärztliche Entscheidungen immer auch auf ärztlichem Berufsethos. Und dieses ist zwar nicht nur, doch auch ein Argumentieren über Tugenden.

Die ersten utilitaristischen Ansätze finden sich bei Adam Smith (1723 bis 1790). Als Vater des Utilitarismus gilt aber Jeremy Bentham (1748 bis 1832), der fordert: «It is the greatest happiness of the greatest number that is the measure of right and wrong.» Was Bentham mit «right and wrong» meint, versteht man besser, wenn man weiss, dass er Jurist war und die Rechtsprechung im Viktorianischen England seiner Zeit von schreiender Ungerechtigkeit. Der Gedanke, dass alle gleichermassen zum Glück beitragen und Glück empfinden, leistet die Basis, Stände, Geschlechter und sexuelle Orientierung nicht länger zu diskriminieren, denn wenn alle zum Glück beitragen, dann ist auch das Glück aller gleichermassen zu fördern. Eine Universitätslaufbahn wurde in der Folge ab 1871 allen Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, sofern sie sich dafür qualifizierten, unabhängig von ihrem sozialen Stand und ihrer Religion. Obwohl das Verständnis von Glück christlich geprägt blieb (siehe hierzu Dietmar Dressel, [«Die christlichen Komplizen der Religion»](#)), waren das enorme gesellschaftliche Fortschritte. Es finden sich bei Bentham auch erste Ansätze einer Tier-Ethik und eines Tier-Rechts, wenn er setzt, es zähle nicht, ob ein Lebewesen denken könne, sondern ob es leiden könne. Dieser in mancherlei Hinsicht emanzipatorische Ansatz hat auch das Denken und Argumentieren der beiden anderen Pioniere des Utilitarismus geprägt, John Stuart Mill (1806 bis 1873) und Henry Sidgwick (1838 bis 1900), die beide mit herausragenden Frauenpersönlichkeiten verheiratet waren, welche wesentliche Beiträge zur weiblichen Emanzipation geleistet haben: [Harriet Taylor Mill](#) und [Eleanor Mildred Sidgwick](#).

Wie kann man eingedenk dieser unleugbaren Vorteile dem Utilitarismus also kritisch begegnen? Und wieso tut man es im anglosächsischen Raum weniger stark als in Europa? Dies mag damit zusammenhängen, dass obige emanzipatorische Fortschritte bei uns vom Sozialismus geleistet wurden, dem gegenüber man andererseits im anglosächsischen Raum kritischer begegnet als bei uns. Die Philosophie

hat aber ein prinzipielles Problem mit dem Utilitarismus: Er setzt Glück als Werteskala und dessen Maximierung als Kriterium. Für die Philosophie ist Glück an sich aber kein Wert. Auch ist eine Wertethik problematisch: Wer setzt diese Werte? Wer entscheidet, was Glück ist und was uns glücklich macht? John Stuart Mill war diese Problematik wohl bewusst. Er argumentiert als Ökonom und redet vom grössten Nutzen, den es für die grösste Zahl zu fördern gelte. Was aber ist nützlich und was nutzlos? Kann das allgemein entschieden werden? Und ist Nutzen mit Glück gleichzusetzen? Wenn wir tanzen, in der Natur wandern, uns amüsieren, dann hat das wenig Nützliches, es macht uns aber glücklich. Es fehlt dem Utilitarismus Mills also an Philosophischem. Das ändert sich, als sich mit Henry Sidgwick der erste Philosoph für den Utilitarismus starkmacht. Es ist bedauerlich, dass Sidgwick bei uns zu wenig gelesen wird, denn seine Argumentation bietet Möglichkeiten der philosophischen Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus, die fruchtbar sein können und auch fruchtbar waren, so etwa im egalitären Liberalismus John Rawls und seiner «Theory of Justice», auf die wir weiter unten zurückkommen werden.

Sidgwick lässt es nicht damit bewenden, die Skala des Utilitarismus zu begründen, darzulegen, weshalb Glück der höchste Wert sei, er argumentiert auch, weshalb daraus das Kriterium des Utilitarismus resultiert: die Maximierungsregel. Sidgwicks Ansatz stützt sich auf den gesunden Menschenverstand, den «Common Sense», über den zu argumentieren in der englischen Moralphilosophie seiner Zeit en vogue war: Wenn es uns selbst und unser eigenes Leben betrifft, argumentiert er, dann verhalten wir uns ja auch so, dass wir das Glück maximieren wollen. Er behauptet, man müsse nun nur seinen Egoismus überwinden und diesen auf die Menschheit übertragen, und dann sei man in einer utilitaristischen Moralkonzeption, auf die letztlich ja auch viele andere Moralkonzepte hinausliefen, doch zu wenig konsequent.

Ein Gedankenspiel zeigt, dass dies nicht stimmt: Vor die Wahl eines Lebens mit maximalem Glück gestellt, an dessen Ende wir zu Tode gefoltert werden, und einem solchen mit mittlerem, bis zu seinem Ende mehr oder weniger gleichförmig verlaufenden Glück, würde sich wohl niemand für die erste Variante entscheiden. Auch ist die Übertragungsregel falsch. Es ist grundsätzlich problematisch, von sich und seinem eigenen Empfinden auf andere und deren Empfinden zu schliessen und daraus allgemeine Erkenntnisse oder gar normative Vorgaben abzuleiten. Hier stimmt es überhaupt nicht: Wir sparen auf ein sorgenfreies Alter, wir nehmen kurzfristige Glückseinbussen wie etwa die Mühsal einer Ausbildung auf uns für ein späteres Glück. Auf andere übertragen würde dies für unser Handeln bedeuten, die Förderung des Glücks uns naher Personen hintanstellen zu lassen, um damit jenes uns ferner Menschen zu fördern. Schliesslich argumentiert Sidgwick auch unredlich, wenn er überall dort, wo er in anderen Moralkonzepten Glücksförderung feststellt, eine Bestätigung für den Utilitarismus sieht, und dort, wo nicht, einen Mangel moniert, der in Richtung Utilitarismus zu beheben sei. Das setzt die Plausibilität des Utilitarismus eher voraus, als dass es sie beweist.

Sidgwick legt die Mängel des Utilitarismus also ironischerweise frei, indem er versucht, diesen zu plausibilisieren: Man könnte daraus, dass Glück das höchste Gut ist, ja auch folgern, es sei möglichst gleich zu verteilen. Damit wären wir in einer egalitaristischen Konzeption. Oder, dass niemand unter ein gewisses Mindestmass an Glück fallen sollte, was ein Konzept der Mindestversorgung wäre. Oder aber, dass vor allem jene, die am unteren Ende der Glücksskala sind, zu bedienen seien, womit wir prioritaristisch und im Sinne von John Rawls egalitärem Liberalismus argumentieren würden. Letztere Argumentation würde den Fragen, die sich in Gesundheitswesen stellen, auch am besten gerecht, denn hier geht es ja nicht um die vielen Gesunden, deren Glück zu fördern ist, sondern um jene wenigen Menschen, die das Pech haben, krank zu sein und ein Recht, trotzdem ein möglichst glückliches Leben zu führen.

Die vielen Gesunden sind unter anderem dann glücklich, wenn ihre Freiheit möglichst nicht eingeschränkt wird. Wir müssen diese derzeit aber einschränken, um die wenigen zu schützen, für die eine Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 tödliche Folgen haben kann. Dass wir dies tun, stellt eine beispiellose Solidarität dar und spricht für unsere Gesellschaft. Ökonomen warnen aber: Es könnte zu teuer werden, alle Kranken zu behandeln, und die Einschränkung der Freiheiten könnte enorme wirtschaftliche Schäden verursachen. Kann man dies utilitaristisch plausibilisieren? Man könnte dazu mit Peter Singer argumentieren, der den Utilitarismus in unsere Zeit übersetzt und einen Präferenz-Utilitarismus formuliert hat: Es gilt, möglichst viele Präferenzen möglichst vieler zu befriedigen und insgesamt möglichst wenige Präferenzen zu frustrieren. Kranke sind in der Unterzahl, und es sind weniger Präferenzen, die sie erfüllt haben wollen. Der Gedanke ist aber problematisch: Auch Demente, ja auch Neugeborene haben ja weniger Präferenzen – und was wäre daraus zu folgern? Peter Singer begibt sich mit seiner Konzeption moralisch auf dünnes Eis, was sich etwa in seiner Argumentation zeigt, nicht nur Abtreibungen seien gerechtfertigt, wenn das Kind in ein Dasein hineingeboren würde, das wenig Möglichkeiten zur Präferenz Erfüllung böte, sondern auch das Töten von Neugeborenen, da sie noch wenige Präferenzen hätten. Das dürfte kaum konsensfähig sein.

Ist es aber die Argumentation über den Nutzen? Man könnte argumentieren, der Nutzen der vielen Gesunden würde zu stark beeinträchtigt durch die Förderung des Nutzens der wenigen Kranken oder möglicherweise Kranken. Selbst wenn wir nun aber die Maximierungsregel gelten lassen und von prioritaristischen Ansätzen absehen, so bliebe noch immer das Problem der Frage, was ein Nutzen, was Glück ist. Die Stimmen, die sich aus der Ökonomie derzeit zu Wort melden und sich mehr oder weniger explizit auf den Utilitarismus berufen, klammern aus: Nutzen und Glück sind Werte, die nicht allein aus ökonomischer Perspektive autoritär gesetzt werden können. Vielmehr werden diese Werte im gesellschaftlichen Diskurs laufend neu verhandelt. Krisensituationen wie Kriege, Hungersnöte oder eben eine Pandemie, wie wir sie jetzt haben, führen zu einer Revidierung dieser Werte. Diesen gesellschaftlichen



Prozess beobachten wir derzeit, und es ist erfreulich, zu sehen, wie hier ein fruchtbarer gesellschaftlicher Transformationsprozess stattfindet. Diese Krise zeigt uns ja gerade, wie tragisch Isolation ist und wie wichtig Solidarität. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Therapie zu mehr Resilienz und weniger Narzissmus, wenn man so will, und das zeigt auch Wirkung. Eine Ökonomie, die bei Mill stehenbleibt und Nutzen einseitig-ökonomisch interpretiert, wird dieser begrüßenswerten Entwicklung nicht gerecht und trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Situation bei, doch einiges zur Entsolidarisierung.

Die Gesundheitsökonomie verwendet für Nutzen («Utility») den Begriff der Lebensqualität und hat ein Konzept entwickelt, das diese messen und in eine Relation zu den aufzuwendenden Kosten setzen soll: das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre QALY. Das hat etwas Einleuchtendes: Wenn eine medizinische Behandlung die Lebensqualität nicht wesentlich verbessert oder vielleicht sogar verringert, dann ist sie fraglich, insbesondere dann, wenn ihre Kosten hoch oder sehr hoch sind und die Ressourcen beschränkt. Nicht selten entscheiden sich ja die Patientinnen und Patienten selbst in solchen Situationen gegen eine Behandlung und/oder halten in ihrer Patientenverfügung fest, dass in bestimmten medizinischen Situationen davon abzusehen sei. Dies ist aber eine individuelle Entscheidung, und individuelle Entscheidungen können nicht extrapoliert werden.

QALY-Berechnungen und -Argumentationen haben mit ihrer nüchternen Zahlenlogik etwas bestechend Pragmatisches: 100'000 Franken darf ein Lebensjahr mit guter Lebensqualität einer [Studie von Constantin Beck](#) gemäss kosten, mehr können wir uns nicht leisten, denn es sind letztlich ja wir alle, die solche Kosten mit unseren Krankenkassenprämien berappen müssen, eine Belastung der Privathaushalte, über die sich seit Längerem schon viele beklagen. Und wie die Kostenseite zu berechnen ist, das wissen die Ökonomen ja auch, da sind sie die Experten. Sollte man ihnen aber wirklich die Bemessung von Lebensqualität überlassen, einem Wert, der so subjektiv ist und so verhandelbar wie der Nutzen oder das Glück? Wie objektiv und allgemeingültig sind denn diese Qualitäts-Berechnungen überhaupt? Beziehen sie soziale Aspekte gebührend ein, oder reduzieren sie unser Dasein nicht vielmehr auf das Dasein in den Rastern einer ökonomischen Nutzwertschablone? Und ist es denn nicht eben dieser Ansatz, der unserer Lebensqualität, unserem Lebenssinn und -nutzen, unserem Glück, empfindliche Einbussen beibringt?

Dr. Christine Blome vom Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) kritisiert aus diesem Grund das QALY-Konzept. Die Psychologin legt in ihrer vielbeachteten Arbeit [«Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen»](#) dar, dass die gängigen Messungen von Lebensqualität mit systematischen Verzerrungen einhergehen. Ihre These: «Was derzeit unter dem Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ gemessen wird, ist nicht die tatsächlich erlebte Lebensqualität der Patienten. Gemessen wird vielmehr die erwartete Lebensqualität.» Dr. Blome schreibt

einleitend: «Der Ansatz der Beeinträchtigungsindikatoren ist hinsichtlich der Validität problematisch: Die gleichen Umstände können – insbesondere aufgrund von Adaptationsprozessen – von verschiedenen Menschen als unterschiedlich beeinträchtigend erlebt werden.» Auch eine radikal subjektive Lebensqualitätskonzeption hat ihr gemäss aber Tücken. Diese liegen in eben jenen Adaptationsprozessen: «Häufig belasten gleichbleibende Einschränkungen durch eine Erkrankung den Patienten mit der Zeit immer weniger (Frederick und Loewenstein 1999; Ubel 2006). Wenn jemand schwer oder chronisch erkrankt, ist er oder sie typischerweise zunächst niedergeschlagen, verzweifelt oder zornig. Diese Gefühle werden jedoch mit der Zeit meist schwächer.»

Dr. Blomes Ausführungen sind mit Fällen aus der Praxis unterlegt und decken sich auch mit unserer Empirie: «Adaptation tritt auch nach positiven Ereignissen und Veränderungen auf. Sei es eine Heirat oder eine Gehaltserhöhung – über kurz oder lang lässt das anfängliche Glücksgefühl meist stark nach. Dies wird häufig als „hedonistische Tretmühle“ beklagt (Larsen und Prizmic 2008). Bei negativen Ereignissen hingegen ist Adaptation etwas sehr Nützliches.» Das relativiert die Pro-QALY-Argumentationen, die Patienten selber würden ihre Lebensqualität ja beurteilen, die QALY-Werte sich also aus deren Sicht ergeben. Die Frage ist, wann die Patienten befragt werden und wie. Ausserdem wird bei der Bestimmung von QALY-Werten eben nicht nur das subjektive Empfinden der Patienten gemessen (etwa Schmerzen), sondern auch objektive, durch die Krankheit verursachte Umstände, die von aussen als Beeinträchtigung wahrgenommen werden, beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität. Das hat etwas Anmassendes, weil es aus der Sicht des Gesunden die Umstände des Kranken beurteilt.

Kranke knüpfen Hoffnungen an eine Gesundung; ihr Glück ist durch das Erahnen einer Lebensqualität während der restlichen Lebensdauer geprägt. Aus versorgungsmethodischer, wissenschaftlicher und entscheidungstheoretischer Sicht werden alle Gesundheitskosten für das Lebensende nach Kosten für die Gesundheit und nach Kosten für ein längeres Leben unterschieden. Jeder Ansatz, Lebensqualität zur Bewertung des Lebens zu einem bestimmten Zeitpunkt in dessen (insbesondere späten oder prä-mortalen) Verlauf aufzugreifen, ist also virtuell. Stefan Felder etwa setzt anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie dggö von 2011, dass der Wert der Gesundheit und der Wert des Lebens mit abnehmender Lebenserwartung zunehmen. Es sind solche Prämissen, die die Autoren von QALY-Berechnungen Zahlenwerte so einsetzen lassen, dass sie den Nutzen medizinischer Behandlungen je nach Präferenzen darstellen, um entsprechend entweder ein gutes oder ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis «vorzurechnen». Das sind dann aber eben nicht Zahlenwerte, sondern ideologische Werte, nicht Berechnungen, sondern Bewertungen aufgrund vorgefasster Meinungen einzelner Gesundheitsökonomien. Ihre statistische Mittelwert-Logik verfehlt es, klinische Evidenz des Einzelfalls adäquat abzubilden, liefert aber Entscheidungsgrundlagen, die den klinisch-medizinischen Praxisalltag

verstören können. Darüber sollten wir uns bezüglich QALY-Berechnungen im Klaren sein: Die Ökonomie hat hier eine grosse Macht, und es ist eine ideologische Macht. Es zeigt sich hier ein Wertekonflikt, der grundsätzlicher Natur ist und zeittypisch, deshalb von allen gemeinsam im gesellschaftlichen Diskurs ausgetragen werden sollte, nicht von einer Disziplin im Alleingang und über die Hintertür scheinbar nüchterner gesundheitsökonomischer Kalkulationen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht handelt es sich beim QALY-Konzept um Arten der Erwartungsnutzen-Hypothese in der Spieltheorie; statt des absoluten Verlustes einer Lebensqualität wird der Verlust von Lebensqualität bei Zuleistung oder Beteiligung minimiert. Philosophisch wird gemäss dem aristotelischen Konzept der finalen Bedingtheit einer «Zweckursache» nachgegangen. Bei der ersten Art handeln die Individuen, indem sie sich ihrem Schicksal fügen. Philosophisch sind wir hier in der Tradition anglikanischer Theologen wie George Berkeley, mathematisch bei Bruno de Finetti. Bei de Finetti gibt es keine Wahrscheinlichkeiten; das Individuum bewertet seine Erahnung («prevision», siehe Bruno de Finetti, «Theory of Probability») einer ihm «offerierten» restlichen Lebenszeit in einem ihm «offerierten» Gesundheitszustand, wenn es sich in dieses Schicksal fügt, und wägt das ab mit dem Qualitätsverlust in der (von ihm vermuteten) restlichen Lebensdauer und in dem (vermuteten) Gesundheitszustand, wenn es etwas tut, bzw. sich ein Zutun anderer zukommen lässt. Bei der zweiten Art wird ein Gesundheitszustand mit einer zufälligen restlichen Lebensdauer bis zum Tod gemäss einer Lotterie «zugewiesen». Philosophisch sind wir hier bei David Hume («Berkeley minus Gott», wenn man so will). Bei dieser zweiten Art wird ein «Wert» für die Erwartung des «Nutzens» für das Individuum «bestimmt». Das Individuum verfügt in gewissen «Naturzuständen» und bei gewissen «Aktionen» für eine gewisse «Zeit» über einen «qualitätsbewichteten Gesundheitszustand».

Gesundheitsökonomisch wird die Höhe des Aufwandes für die Ermöglichung eines Nutzens für einzelne Individuen begrenzt. Nicht begrenzt wird aber die Anzahl der Individuen, die an irgendwelchen Aktionen mit individuell die Grenzhöhe unterschreitendem Aufwand teilnehmen. Verantwortungslos handeln Gesundheitsökonominnen dann, wenn sie Kranken Ressourcen zur Behandlung verweigern, insbesondere, wenn sie mit den verweigerten Ressourcen eine Überarztung weniger Kranker und gar Gesunder befördern. Was in unseren Gesundheitswesen leider zu beobachten ist. Der mathematisch bedingte Erwartungswert hat bei individuell vollständigem «Wissen» aller Kranken über ihre Krankheit(en) und die restlichen Lebensdauern die Wahrscheinlichkeit dieses Eintretens und bei völligem «Nichtwissen» den Erwartungswert (Mittelwert) als «Extremausprägung» (Joachim Bellach, Peter Franken, Elke und Walter Warmuth, «Maß, Integral und bedingter Erwartungswert»). Auch von den Gesunden kennt aber keiner, kein Mensch, auch kein Arzt, die restliche Lebensdauer in einem qualitativ guten Daseinszustand.

## QALY-Berechnungen auf dem Prüfstand

Inwieweit der Lockdown ökonomisch anhand von QALY eingeschätzt werden kann, haben wir im Folgenden für den April 2020 exemplarisch einzuordnen versucht. Dabei geht es uns darum, die QALY-Logik aufzuzeigen und bekannter zu machen. Denn letztlich stellt sich die Frage, ob es nicht vielleicht klüger wäre, ganz darauf zu verzichten und sich auf Entscheidungsgrundlagen zu stützen, die den Fragen, die sich in medizinischen Situationen stellen, besser gerecht werden.

Technisch betrachtet wägen QALY Tod und Lebensqualität gegeneinander auf. Wenn 5 Personen eine Lebensqualitätseinbusse von 20% über ein Jahr erleiden, dann wird dies mit dem QALY Verlust eines Todesfalls gleichgesetzt ( $5 \times 20\% = 100\% = \text{Tod}$ ). Dies bedeutet: Wenn, wie häufig in der Medizin bei der Behandlung von schwer erkrankten Personen, die Lebensqualität von minus 80% (z.B. Tetraplegie) auf minus 20% gehoben werden kann (z.B. weitgehend im Rollstuhl mobil) zu Kosten von 0.5 Mio. Franken, so ist dies gleichbedeutend mit der Verbesserung der Lebensqualität von 3 Personen von minus 20% (z.B. einmal wöchentliche Migraineattacke) auf minus 0% (Migraine verschwindet praktisch vollständig) zu Kosten von 100'000 Fr. Rein rechnerisch lohnt es sich also eher, Migraine zu behandeln als Personen mit Tetraplegie. In Zeiten knapper finanzieller Ressourcen würde man folglich Personen mit Tetraplegie wegen der hohen Kosten nicht mehr behandeln. Hier zeigen sich die Probleme von QALY im Speziellen und im Allgemeinen die von egalitaristischen Ansätzen. Dies wurde denn auch in einem [Experiment im US-Staat Oregon](#) erkannt: Die Entscheide waren teilweise geradezu absurd.

Ein weiteres Problem von QALY ist die Monetarisierung von Tod und Lebensqualität. Wie viel ist uns ein Leben wert (die GesundheitsökonomInnen sprechen hier von «value of a statistical life year», VSLY), und wie viel ist uns Lebensqualität wert (im Sinne der Bereitschaft, für eine Zunahme an Lebensqualität über einen bestimmten Zeitraum [eine bestimmte Menge Geld](#) zu bezahlen). Übertragen auf die Coronavirus-Pandemie bedeutet dies: Wie können die erwarteten Todesfälle durch das Virus mit den Kosten für Gegenmassnahmen inkl. Lockdown aufgerechnet werden?

Im Folgenden möchten wir darstellen, wie ein Gesundheitsökonom die Dinge sehen könnte und wie er rechnen würde. Wie wir sehen werden, müssen dabei zahlreiche Annahmen getroffen werden, was notwendig ist für ökonomische Berechnungen, aber auch ihr Mangel. Weil häufig die empirischen Grundlagen für Berechnungen schlicht fehlen. Es ist klar, dass Annahmen willkürlich sind, sie führen ein axiomatisches Element in die Diskurse ein, was denn auch typisch ist für diese ökonomischen Berechnungen. Ebenfalls klar ist, dass je nach Standpunkt des GesundheitsökonomInnen Werte und Bewertungen gesetzt werden, indem Annahmen getroffen werden. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Annahme, man könne nicht für die Lebensrettung von ein paar wenigen Kranken die Wirtschaft solcherart lähmen, dass eine Rezession und in der Folge psychisches Leid bis hin zu Selbstmorden verursacht

werde. Daraus kann man folgern, wirtschaftliche Prioritäten seien zu überdenken, oder eben, es lohne sich nicht, diese Ausgaben zu tätigen, bzw. diese Schutzmassnahmen zu ergreifen.

Doch die Annahmen betreffen nicht nur die Monetarisierung von Tod und Lebensqualität, sondern auch die Dauer der Wirkung. Prof. Felder hat dies mit uns an einem Beispiel durchgerechnet: es ging darum, ob eine [medizinische Massnahme über 5 Jahre](#) oder über 10 Jahre angeschaut werden soll. Dabei wurde der Todesfall mit  $8'500 \text{ Fr.} \times 2.5 \text{ Jahre} = 21'250 \text{ Fr.}$  monetarisiert und [über 10 Jahre unverändert belassen](#). Im Regelfall wird der Verlust eines Lebensjahres mit rund 200'000 Franken monetarisiert, und es wird berechnet, wie viele Jahre eine verstorbene Person noch gelebt hätte («value of a statistical life year»). Stirbt also ein Mensch mit 51 Jahren an einer vermeidbaren und medizinisch behandelbaren Krankheit, so verliert er statistisch betrachtet 30 Jahre oder  $30 \times 200'000 \text{ Franken} = 6 \text{ Mio. Franken}$ . In der Coronavirus-Pandemie sterben ohne Lockdown rund 5% der infizierten, weil die vielen Kranken nicht adäquat medizinisch versorgt werden können, mit Lockdown sterben rund 2% der mit COVID-19 erkrankten Personen. Auf die schweizerische Bevölkerung im April 2020 hochgerechnet, verliert die Schweiz ohne Lockdown 319'599 Lebensjahre, mit Lockdown 34'030 Lebensjahre. Unter Berücksichtigung von Altersgruppen und assoziierten Sterberaten mit und ohne Lockdown betragen die mit Lockdown vermeidbaren Zusatzkosten durch verlorene Lebensjahre 57.114 Mia. Franken (ohne Lockdown: 63.920 Mia, mit Lockdown: 6.806 Mia Franken).

Wir sehen also, dass bei korrekter Monetarisierung die 28 Mia. Franken Kosten (7 Mia. pro Woche) für den Lockdown in der Schweiz bereits weit höhere Einsparungen durch verlorene Lebensjahre gegenüberstehen. Bemisst man hingegen den Wert des Lebens mit 8'500 Fr. pro Jahr (wie oben erwähnt), so verliert die Schweiz über einen Monat berechnet Lebensjahreskosten von lediglich 2.7 Mia. Franken. Was wir auch sehen: In der Altersgruppe der 50-69-Jährigen ist der Verlust an Lebensjahren viel höher als in der Altersgruppe über 70 Jahren: 131'175 Jahre versus 149'985 Jahre. Die verlorenen Lebensjahre sind also nicht nur ein Problem bei den «Alten», sondern bei den Menschen im mittleren Lebensabschnitt, welche nicht mit COVID-19 verstorben wären, sondern wegen COVID-19.

Doch wie beeinflusst der Lockdown die Lebensqualität der 8 Mio. Schweizerinnen und Schweizer über einen Monat? Wir benutzen für diese Hochrechnung anstelle fixer Zahlen, wie [in der Gesundheitsökonomie üblich](#), eine Bandbreite von Möglichkeiten, in der Ökonomie auch Sensitivitätsanalyse genannt. Mit dem Lockdown treffen wir die Annahme, dass die Lebensqualität zwischen 10% bis 70% sinkt, ohne Lockdown zwischen 1% bis 5%. Der Verzicht auf den Lockdown und mithin die Verbesserung der Lebensqualität würde uns im Monat April 2020 Zusatzkosten zwischen 165'172 und - 210'727 Franken pro QALY verursachen, wenn man die Todesfälle mit 200'000 Franken pro VSLY monetarisiert. Mit der Monetarisierung des Todes von 8'500 Fr. einmalig über ein Jahr wäre allerdings der Lockdown u.U. nicht mehr kosteneffektiv (zwischen - 115'754 Franken und 90'731 Franken). Beispiel: Für

ein Durchschnitts-Szenario von 2% Verlust an Lebensqualität ohne Lockdown und von 30% Verlust an Lebensqualität mit Lockdown würden Zusatzkosten ohne Lockdown von 36.6 Mia Franken entstehen, mit einer Zunahme von 87'642 QALY, was Kosten von 418'342 Franken pro QALY entspricht.

Der vermiedene Lockdown ist also im Monat April 2020 nicht kosteneffektiv. Mit derselben Rechnung mit Monetarisierung des Todes mit einmalig 8'500 Franken würden 20.1 Mia. Franken gespart und 80'589 QALY gewonnen, womit wir negative Kosten pro QALY von -249'862 Franken erhalten. Hier wäre also kein Lockdown sehr kosteneffektiv. Dies bedeutet: je nachdem wie wir den Verlust an Lebensqualität durch Lockdown beziffert (z.B. 10% oder 70%) ist der Lockdown entweder kosteneffektiv oder nicht. Fazit: Gesundheitsökonomie schafft Annahmen und verkauft diese als Tatsachen. Es sind die Annahmen der Gesundheitsökonominnen, die darüber entscheiden, ob eine Behandlung oder eine Massnahme kosteneffektiv ist. Will man rationieren oder bestimmte Massnahmen einsparen, so findet man immer einen Ökonomen, der dies mit «objektiven» Zahlen untermauert, wie wir hier aufgezeigt haben. Gerade die Coronavirus-Pandemie zeigt, wie gefährlich solche Hochrechnungen sind und wie dringend nötig evidenzbasierte, konsensfähige Ökonomiemodelle.

Obige Berechnungen sind unter [www.docfind.ch/COVIDSimulations.xlsx](http://www.docfind.ch/COVIDSimulations.xlsx) nachprüfbar. Wir halten die Kalkulation, soweit es unsere Ressourcen erlauben, a jour und aktualisieren, wenn neue Berechnungen herumgereicht werden. Für konstruktive Kritik sind wir offen, bitten aber um Verständnis, dass wir nicht auf jede Anfrage eintreten können, da wir ein privater Verein und keine universitäre Institution sind.

## Rawls Gerechtigkeitstheorie

Wir stellen die Frage: Kommt die Förderung der Lebensqualität unserer kranken Mitbürgerinnen und Mitbürger wirklich lediglich ihnen zugute, und allen anderen bringt sie nur Beeinträchtigungen, Freiheitsbeschränkungen und Kosten bei? Wer so denkt, der denkt sich die Kranken auf einer Insel und klammert die soziale Bedeutung intakter Gesundheitswesen aus. Das BAG arbeitet in seiner Kampagne klug mit der Headline «So schützen wir uns» und nicht etwa mit der Headline «So schützen Sie sich». Es appelliert also nicht an den Egoismus, sondern an die Solidarität. Das kann man als romantisches Wunschdenken abtun, der Gedanke trägt aber mehr: In einer Gesellschaft zu leben, die sich im Notfall um ihre Kranken kümmert, stellt eine Sicherheit dar, die unserer Lebensqualität zuträglich ist. Es hat auch einen stabilisierenden Effekt, ist also auch ein Standortvorteil. In einem Land, in dem man sich im Krankheitsfall aufgehoben fühlen darf, arbeitet man gerne und engagiert. Dass Bund und Kantone so schnell und so unkompliziert Hilfspakete zur Glättung der mit den Massnahmen einhergehenden wirtschaftlichen Schäden geschnürt haben, trägt das Ihre dazu bei und schafft eine positive Stimmung, von der wir über die Krise hinaus profitieren werden – auch in wirtschaftlicher Hinsicht, das haben die Kriegs- und Krisenzeiten früherer Jahre und Jahrzehnte gezeigt.

Rechnet man überdies die Effizienzsteigerungen ein, welche Massnahmen wie etwa Homeoffice, die zuvor unmöglich durchsetzbar schienen und jetzt plötzlich möglich sind, mittel- bis längerfristig bringen, wenn sie sich nach der Krise etablieren, so sind wir bei ganz anderen Berechnungen von Kosten und Nutzen der Massnahmen dieser Krise. Economiesuisse hat dies bereits im April 2012 in einer [Studie](#) untersucht und kommt zum Schluss: «Home Office und Teleworking helfen, die Schweiz ökonomisch, ökologisch und gesellschaftlich vorwärtszubringen.» Die Massnahmen der Coronavirus-Pandemie sind diesbezüglich eine grosse Chance, unsere Gewohnheiten dahingehend zu ändern und bewährte Rituale teurer Meetings in Seminarhotels endlich zu überdenken. Auf welche weiteren Aspekte sich die Neugestaltung unserer Arbeit im Zuge der Coronavirus-Pandemie effizienzsteigernd und somit wirtschaftsfördernd auswirken wird, wäre nach der Krise zu untersuchen, um Chancen zu nutzen, statt Kosten zu beklagen, ohne dabei auch gesellschaftliche Kosten und Nutzen in die Kalkulationen mit einzurechnen.

Wenn jetzt, wie etwa von [Stefan Felder](#), hochgerechnet wird, wie lange die bisher an Covid19 Erkrankten im Schnitt noch gelebt hätten, um die Kosten der Massnahmen durch diesen letztlich hypothetischen Divisor zu teilen und daraus zu errechnen, was wir als Gesellschaft hier für ein Lebensjahr aufgewendet haben, dann ist das eine einseitige Hochrechnung. Wenn die Sterbehilfeorganisation Exit Ratschläge für die [Patientenverfügung bezüglich Covid19](#) herausgibt, dann ist das stossend und hat ei-

nen sozialdarwinistischen Beigeschmack, ebenso, dass die SAMW ihr Papier [«Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit»](#) herausgegeben hat, noch bevor diese Fragen im gesellschaftlichen, ja nur schon im innermedizinischen Diskurs gebührend diskutiert und austariert worden sind. Dies lässt uns alle, nicht nur die Risikogruppen, die davon betroffen sind, mit dem unguuten Gefühl eines Geronto-Genozids zurück und wird unserem Land mit seiner humanitären Tradition in keiner Weise gerecht. Die Stärke einer Gesellschaft zeigt sich nicht, wenn alles «hunky dory» läuft, sondern in einer Krise, wie wir sie jetzt haben, darin, wie sie dann mit ihren schwächsten und bedürftigsten Mitgliederinnen und Mitgliedern umgeht.

Beobachten wir die beispiellose Welle der Solidarität, die die Schweiz in diesen Tagen ergriffen hat, so dürfen wir beruhigt feststellen, dass obiges Denken in keiner Weise Konsens unserer Bevölkerung ist, dass die Zivilgesellschaft bereit ist, Opfer zu bringen, um Bedürftigen zu helfen. Dies birgt ein Potenzial an gesellschaftlichen Kohärenzkräften, das nicht zu unterschätzen ist. Die Krise gibt uns die Möglichkeit, Prioritäten und Präferenzen zu überdenken, auch unseren Konsum, zu revalidieren, was uns Glück bringt, was uns einen Nutzen beschert, was unsere Lebensqualität effektiv fördert und was nur zum Schein. Eine Ökonomie, die rückwärts denkt, um Künftiges zu verstehen, hilft uns dabei nicht. Ihre Werteskalen pressen unser Dasein in ökonomische Nutzwert-Skalen. Materieller Wohlstand ist nur ein Teil unseres Wohlstands. Die Lebensqualität, die wir an ihm haben, relativiert sich – bei uns jedenfalls –, wenn mit seiner weiteren Förderung ein Verlust unseres sozialen Wohlstands einhergeht oder in Kauf genommen werden muss.

Wie sind Forderungen wie die eines Lockdowns nur für die Risikogruppen oder die einer kontrollierten Durchseuchung medizinisch und medizinethisch zu beurteilen? Auch bei diesen beiden Voten zeigen die Autoren wenig Verständnis für klinische Medizin. Ökonomen arbeiten mit Schwellwerten, einen solchen gibt es bezüglich der Frage, wer zur Risikogruppe gehört, aber nicht. Es gibt Indikatoren wie das Alter, gesundheitliche Vorbelastungen, Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, Herz-Kreislauf-Krankheiten, ein geschwächtes Immunsystem. Daraus lässt sich aber keine klare Schwelle formulieren, wer von einem Lockdown nur für die Risikogruppe betroffen sein sollte. Auch ist völlig unklar, wie eine solche präventive Quarantäne praktisch auszugestalten wäre, und es fehlen Kostenrechnungen für ein solches Modell. Die Idee einer kontrollierten Durchseuchung andererseits, wie sie [Reiner Eichenberger](#) vorschwebt, ist noch problematischer und wohl auch nicht wirklich ernst gemeint. Herr Eichenberger schlägt vor, jenen Teil der Bürgerinnen und Bürger, der bei Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 keine schweren oder tödlichen Krankheitssymptome entwickelt, auf freiwilliger Basis gezielt mit dem Virus anzustecken, damit diese danach ohne Ängste und Einschränkungen weiterarbeiten könnten. Wir wissen über Covid19 zum gegebenen Zeitpunkt allerdings aus medizinischer Sicht



noch viel zu wenig, als dass ein solcher Schritt verantwortbar wäre. Wie verläuft der weitere gesundheitliche Zustand der immunisierten Patientinnen und Patienten? Wir wissen bereits jetzt, dass bei einer Untergruppe der Patientinnen und Patienten mit milder Symptomatik im weiteren Verlauf eine rasche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands auftritt, doch wir wissen nicht, bei welchen, wann und weshalb. Und vor allem, wie sich dies mittel- bis langfristig auswirkt. Im schlimmsten Fall würden unsere Behörden mit einer Strategie der kontrollierten Durchseuchung also Bürgerinnen und Bürger gesundheitlich schädigen, unter Umständen invalidisieren oder gar töten.

Die [Covid19-Verordnung](#) und unser [Epidemiegesetz](#), auf das sie sich stützt, sehen keine Durchseuchung der Bevölkerung vor, sondern deren Schutz, die Eindämmung pandemischer Krankheiten, nicht deren Verbreitung, und daran werden sich unsere Behörden auch halten. Diese Gesetzesgrundlagen sehen auch keine präventive Quarantäne ganzer Bevölkerungsgruppen vor, sondern sinnvolle Massnahmen, um diese zu schützen. Auch daran werden sich unsere Behörden halten. Obige Voten und Gedankenspiele können aber einen entsolidarisierenden Effekt auf die Gesinnung und die Stimmung der Bürgerinnen und Bürger haben. Der Utilitarismus hat seine Richtigkeit, wenn es die Verteilergerechtigkeit von Gütern betrifft, an denen alle denselben Bedarf haben, Grundnahrungsmittel, Grundbedürfnisse wie ein Dach über dem Kopf und den Anspruch auf Bildung. Auch lassen sich bei Entscheidungen, welche CO<sub>2</sub>-sparenden erneuerbaren Energien zu fördern sind, gerechte Lösungen finden, wenn dabei nach der Maxime des grössten Nutzens für die grösste Zahl verfahren wird. Die gesundheitlichen Bedürfnisse aber sind nicht gleichverteilt. Es ist der ungerechte Zufall, der manchen einen grösseren Bedarf an ihnen beschert als anderen. Diese Ungerechtigkeit vermögen utilitaristische Konzepte nicht auszugleichen, sie verschärfen sie vielmehr und setzen Kranke neben ihrer Krankheitsbelastung auch noch der Belastung aus, die Gesellschaft mit ihren Krankheitskosten zu belasten, ihr zur Last zu fallen.

Wir kommen zurück auf John Rawls (1921 bis 2002), der in seiner Gerechtigkeitskonzeption eines egalitären Liberalismus' prioritaristisch argumentiert, also nicht eine Maximierung von Glück, Nutzen, Präferenzenerfüllung für die grösstmögliche Zahl fordert wie der Utilitarismus, sondern eine möglichst gerechte Verteilung. Wenn nicht alle gleich gute Voraussetzungen haben, so sein Gedanke, dann sollte jenen mit den schlechtesten Voraussetzungen die grösste Hilfe zukommen. Rawls formuliert sein Prinzip so: «Soziale und ökonomische Ungleichheiten müssen (...) sich zum grösstmöglichen Vorteil für die am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder auswirken.» Dieser Gedanke findet sich in unseren Gesundheitswesen in der Idee der Krankenversicherung wieder, die Gelder nach dem Prinzip der Bedürftigkeit auszahlt, nicht danach, wer am meisten Prämien einbezahlt hat.

Rawls Hauptwerk «Theorie der Gerechtigkeit» ist als Vertragstheorie angelegt. Damit sind zunächst nicht explizite juristische Vertragsgrundlagen gemeint, sondern im Sinne Kants regulative Ideen,

Vorstellungen davon, was in einer Gesellschaft erlaubt sein sollte und was nicht. Bei einer Vertragstheorie geht es also darum, wie Gesellschaften sich diesbezüglich einigen, nach welchen moralischen Grundsätzen und nach welchen gesellschaftlichen Ordnungen sie funktionieren wollen und wie sich in ihnen politische Macht rechtfertigt. Rawls schreibt: «Ich habe versucht, die herkömmliche Theorie des Gesellschaftsvertrags von Locke, Rousseau und Kant zu verallgemeinern und auf eine höhere Abstraktionsebene zu heben». Rawls Idee hierzu sieht so aus: Die Prinzipien der Gerechtigkeit sollen identisch sein mit den Prinzipien, die freie und rationale, nur an ihrem eigenen Interesse ausgerichtete Personen wählen würden, wenn sie in einen ursprünglichen Zustand der Gleichheit versetzt wären und die Aufgabe bekämen, die Form ihrer zukünftigen Gesellschaft zu bestimmen.

Rawls knüpft also an Sidgwick an und appelliert wie dieser an den Egoismus, den es zu einem Wohlwollen seinen Mitmenschen gegenüber zu erweitern gilt. Wie wir das nun aber tun sollten, dazu schlägt Rawls ein [Gedankenspiel](#) vor: Wir hüllen uns in einen Schleier des Nichtwissens darüber, wo wir in dieser zu gestaltenden Gesellschaft unseren Platz haben würden, mit welchen Voraussetzungen wir darin lebten, ob wir arm oder reich, gebildet oder ungebildet wären, schön oder hässlich – gesund oder krank. Zurück in unsere Zeit und Situation: Wenn derzeit eine Güterabwägung zwischen einem maximalen Schutz des Lebens und dem Anspruch des Einzelnen auf Freiheit und gute Lebensqualität gefordert wird, dann müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass Verteilgerechtigkeit in unseren Gesundheitswesen theoretisch zwar gegeben ist, de facto Alte, Mehrfachkranke und Behinderte aber ungleich behandelt werden. Dies hat nicht unwesentlich mit Kosten-Nutzen-Analysen zu tun, die mit dem QALY-Konzept arbeiten.

Das QALY-Konzept hat, seit es in den Achtzigerjahren aufgekommen ist, kontroverse Diskussionen ausgelöst, die bis heute anhalten. Wir können diesen Diskurs im Rahmen dieses Papiers nicht abbilden, doch wir wollen auf eine der prominentesten Kritiken hinweisen, denn sie bezieht sich direkt auf John Rawls. John Harris [untersucht das QALY-Konzept](#) auf der Basis von Rawls Gerechtigkeits-theorie und stellt die Frage, ob ein Mensch mit dem Schleier der Ungewissheit [die QALY eines Kranken maximieren](#) würde. Es ist dies im Kern eine Kritik am Axiom der endlichen Mittel, und wie die konkrete Anwendung von QALY in der Praxis heute zeigt, wird ja auch so argumentiert, dass man behauptet, eine Maximierung der QALY lohne sich nicht unbedingt und zu jedem Preis. Dieses kann zu Situationen führen, in denen eine Behandlung unterlassen wird, obwohl die Mittel dafür da wären, um eine andere Behandlung zu priorisieren, bei der das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der QALY-Kalkulation besser erscheint, obwohl es dies in der klinischen Realität und unter Einbezug sozialer Kosten unter Umständen noch nicht einmal ist. In einer Pandemie, wie wir sie jetzt haben, können solche Fehlentscheide zu vermeidbaren Todesfällen führen, die de facto eine systematische Tötung von alten und vorerkrankten Patientinnen und Patienten bedeuten.

John Rawles von der University of Aberdeen (nicht zu verwechseln mit John Rawls) bringt dies in seiner lesenswerten [QALY-Kritik](#) auf den Punkt: «Das ethische Problem der Aufteilung begrenzter Ressourcen auf Bedürftige wurde uns durch die willkürliche Begrenzung der Gesundheitsausgaben aufgezwungen. Ihre Lösung wäre nicht erforderlich, wenn die Gesundheitsausgaben höher wären. Die Verteilung der Ressourcen nach dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis, bewertet als QALYs (Quality Adjusted Life Years) pro Kosteneinheit, wurde als mögliche Lösung vorgeschlagen, führt jedoch zu absurden Anomalien. Bei der Herstellung von QALYs ist der implizite Wert des Lebens nicht mehr als das Fehlen von Leiden. Die Verwendung von QALYs zum Vergleich symptomatischer oder lebensrettender Behandlungen führt daher zu einer ernsthaften Unterbewertung des Lebens und von Behandlungen, die es verlängern. Darüber hinaus ist die Verteilung der Ressourcen nach dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis, wie auch immer bewertet, ungerecht, da bei einem bestimmten Leidensgrad diejenigen, deren Krankheiten billiger zu behandeln sind, denen vorgezogen werden, deren Behandlungen teurer sind.»

Rawls «Theorie der Gerechtigkeit» ist eines der einflussreichsten Werke der politischen Philosophie des 20. Jahrhunderts. Woran ihm lag, war also nicht das Erträumen einer idealen Welt, die es wahrscheinlich wirklich nur in Märchen gibt, sondern die Erstellung und die Sicherstellung eines sozialen Friedens, ohne den Gesellschaften und Nationen nicht funktionieren können. Unser Staat hat, vergleichbar mit der Flüchtlingssituation 2015, bewiesen, dass er fähig ist zu moralischem Handeln. Das ist eine gute Nachricht. Nicht aus idealistischen Gründen, sondern aus pragmatischen: Eine Gesellschaft funktioniert nicht wirklich, wenn sie nur wirtschaftlich und technologisch funktioniert und nicht auch moralisch. Ökonomen haben mitunter eine Tendenz, Gerechtigkeitsfragen als romantische Träumereien und Wunschdenken abzuwinken. Ohne Gerechtigkeit sind Wirtschaftswachstum und materieller Wohlstand aber nicht zu haben. Es lohnt sich also auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht, die volksgesundheitlichen Entscheidungen, die die Coronavirus-Pandemie fordert, ausgewogen zu betrachten und zu diskutieren, nicht unter einem ökonomisch induzierten moralischen Druck, der im Ganzen gesehen nicht gerechtfertigt ist. In Deutschland hat das Münchner ifo-Institut dieser Tage unter dem Titel [«Die Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie tragfähig gestalten»](#) ein ausgewogenes Konzeptpapier mit konstruktiven Positionen und Vorschlägen herausgegeben, an dem wir uns für die Schweiz ein Beispiel nehmen könnten.

## Schlussfolgerung

Wir hoffen, es ist uns gelungen, die Chancen gesellschaftlicher Transformationen aufzuzeigen, welche die Krise der Coronavirus-Pandemie uns bieten kann. Wir müssen uns heute fragen: Können wir einer Gesundheitsökonomie trauen, die sich unter Ausschluss der Medizin berät, oder wenn anders, dann nur mit ausgesuchten Medizinerinnen und Medizinern, die sich ihren Wertekatalog weitgehend verinnerlicht haben? Wir sind jedenfalls gut beraten, ihr nicht die Deutungshoheit über so gewichtige Fragen wie die des Glücks, der Lebensqualität und der Daseinsberechtigung zu übertragen. Der Markt allein kann diese Fragen nicht beantworten. Was alle betrifft, das sollten auch alle gemeinsam entscheiden. Dazu ist ein Diskurs nötig, der seit etlichen Jahren schon nicht mehr so richtig funktioniert. Heute, eingedenk der Extremerfahrung, die wir in dieser Krisensituation machen, sollten wir das Paradigma einer Ökonomisierung der Gesundheitswesen zur Disposition stellen und uns der Frage stellen, ob nicht Gemeingüter wie Gesundheitswesen stärkere staatliche und behördliche Steuerung benötigen, damit sie wirklich und für alle solche sind und bleiben.