

Verallgemeinerungsfähigkeit als Kriterium für die Beurteilung eines angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses?

Nikola Biller-Andorno^a

^a Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Das Bundesgericht hat im Dezember 2011 der Beschwerde der Krankenkasse Publisana gegen ein Urteil des Aargauer Versicherungsgerichts stattgegeben. Die Krankenkasse, so das Bundesgericht, ist nicht verpflichtet, die Kosten für das Medikament Myozyme[®] zu erstatten, das zum Zeitpunkt des Bundesgerichtsurteils zwar zugelassen, aber nicht auf der Spezialitätenliste und damit nicht kassenpflichtig war.¹ Das Medikament wird beim Morbus Pompe, einer seltenen Stoffwechselerkrankung, eingesetzt, die zu einer Muskelschwäche besonders der Atem- und Skelettmuskulatur führt. Es soll eine gewisse Verlängerung der möglichen Gehstrecke bewirken und die Lungenfunktion verbessern. Sein Einsatz kostet pro Patient und Jahr etwa 500 000 Franken. Das Gericht lehnte die Kostenerstattung ab mit der Begründung, der hohe therapeutische Nutzen sei nicht erwiesen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis sei unangemessen.

Der Entscheid des Bundesgerichts ist als klärender Beitrag in einer emotional aufgeladenen und vielfach tabuisierten Debatte gewürdigt worden. In der Tat gibt es nach wie vor Stimmen, die die Ansicht vertreten, der gesellschaftliche Austausch über Kriterien für die Verteilung knapper Ressourcen sei einem friedlichen Zusammenleben und einer quasinatürlichen Neigung zu einer egalitären Verteilung abträglich und daher zu vermeiden [1]. Die Berichterstattung in der Presse spitzte das Urteil zu auf die Frage: «Was darf ein Jahr Leben kosten?» [2]

Aus ethischer Perspektive ist die Debatte über die Allokation knapper öffentlicher Güter zweifellos begrüssenswert. Zugleich gibt der Bundesgerichtsentscheid jedoch Anlass zu kritischen Nachfragen.

Da ist zum einen die fehlende Verallgemeinerungsfähigkeit als Begründung für die Ablehnung einer Erstattungspflicht durch die Krankenkasse: «Ist der Aufwand nicht verallgemeinerungsfähig, so kann er aus Gründen der Rechtsgleichheit auch im Einzelfall nicht er-

bracht werden.» (9C_334/2010, Erw. 7.8) Da in der Schweiz viele Menschen mit limitierter Gehstrecke wie die betroffene Patientin lebten, führt das Gericht aus, könnten unmöglich jedem von ihnen 500 000 Franken pro Jahr zur Verfügung gestellt werden, obwohl sie hinsichtlich ihrer Lebensqualität vermutlich ebenso profitieren würden. Leistungen zu erbringen, die nicht verallgemeinert werden können, sei mit der Gleichwertigkeit aller Menschen nicht vereinbar (Erw. 7.7).

Das Argument scheint zunächst attraktiv, da es über ein simples Postulat nach der Art «500 000 Franken pro Lebensjahr sind zuviel» hinausgeht und eine Begründung anbietet. Doch müsste man nach der gleichen Logik auch die Organtransplantation verbieten. Es stehen nicht für alle genug Organe zur Verfügung, manche Menschen werden sterben, bevor sie eines erhalten. Obgleich diese Leistung also nicht verallgemeinerbar ist, wird sie dennoch nicht Einzelnen vorenthalten. Dem könnte man entgegenhalten, dass der Nutzen bei der Organtransplantation in der Regel hoch ist und dass zudem viele Anstrengungen unternommen werden, um für eine faire Verteilung der knappen Organe zu sorgen. Dennoch zeigt das Beispiel, dass es mit dem Verallgemeinerungstest – «Bin ich in der Lage, die fragliche Behandlung allen Menschen in einer vergleichbaren Situation zukommen zu lassen?» – doch nicht so einfach ist.

Zudem kann man fragen, wer «Menschen in einer vergleichbaren Situation» sind: Alle an Morbus Pompe erkrankten? Das wären etwa 20 in der Schweiz. Oder alle Menschen mit einer Gehstrecke von unter 200 Metern? Das sind die im Gerichtsentscheid zitierten 180 000 Personen in der Schweiz. Aber mit welchem Recht würde der bei dieser grösseren Personengruppe nicht unbedingt auftretende Aspekt der Atemnot ausser Acht gelassen wie auch die Tatsache, dass die an Morbus Pompe erkrankten Personen mit einem frühen Tod rechnen müssen? Oder sollte die Vergleichsgruppe alle Menschen mit solchen chronischen Erkrankungen einschliessen, die die Lebenserwartung deutlich reduzieren? Oder alle Menschen in – nicht unbedingt medizinisch bedingten – Lebenslagen, deren Lebensqualität und -erwartung in ähnlicher Weise eingeschränkt sind? Oder alle Menschen, deren Lebensqualität durch 500 000 Franken zumindest moderat zu steigern ist? Je

1 Im Mai 2011 hat die Eidgenössische Arzneimittelkommission beschlossen, das Medikament auf die Spezialitätenliste zu setzen. Im Vorfeld war von der Herstellerfirma eine Preisreduktion in Aussicht gestellt worden. Die Kosten für Medikamente, die nicht auf der Spezialitätenliste stehen, müssen nur dann von der Grundversicherung getragen werden, wenn für das betreffende Medikament ein hoher therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist und keine andere wirksame Behandlungsmethode zur Verfügung steht.

nach Referenzgruppe (und deren Grösse) würde man zu unterschiedlichen Schlüssen bezüglich der finanziellen Leistbarkeit kommen.

In der Wahl der Referenzgruppe steckt zugleich eine andere Frage: Geht es nur um einen vergleichbaren Gewinn an Lebensqualität oder kommt es darauf an, wie gut oder schlecht es der Person vor der Intervention ging? Ist ein Zuwachs von 10% an Lebensqualität wertvoller in einer verzweifelten Situation als in einer nur wenig beeinträchtigten? Falls wir diese Frage bejahen, müssten weitere als medizinische Faktoren in die Beurteilung einfließen, denn die psychosoziale Situation kann erheblichen Einfluss auf die gegenwärtige Lebensqualität eines Individuums haben. Unter den vielen Schweizern, die nur 200 Meter gehen können, gibt es vermutlich in dieser Hinsicht ein breites Spektrum: von Hochbetagten, die aber mit ihrem Leben durchaus zufrieden sind, bis hin zu Menschen, die sich in einer Lage befinden, in der auch eine kleine Erleichterung von existentieller Bedeutung ist.

Oder sollten wir nicht vielmehr versuchen, dort die knappen Mittel im Gesundheitswesen zu investieren, wo der grösste Zuwachs an Lebensqualität zu holen ist? Damit würden wir allerdings diejenigen Personen diskriminieren, bei denen ein solcher Zuwachs aus verschiedenen Gründen beschränkt ist, Personen mit einer schweren Behinderung etwa, deren Lebensqualität trotz einer gelungenen Intervention eingeschränkt bleibt.

Besonders problematisch wird es, wenn die Frage, wie viele Mittel aufgewendet werden sollen, an die Schuldfrage geknüpft wird. Dies kommt im hier diskutierten Gerichtsentscheid nur insofern auf, als argumentiert wird, für Krankheiten, die niemand anders verschuldet habe, bräuchte nicht so viel aufgewendet werden wie für die «Prävention gegen Gefahrenquellen [...], welche von Menschen verursacht werden und völlig unbeteiligte andere Menschen bedrohen» (Erw. 7.6). Impliziert diese Unterscheidung, dass kranke Menschen an ihrer Krankheit «selbst schuld» sind und von daher weniger Solidarleistungen in Anspruch nehmen dürften? Und wie steht es dann mit offenkundig «selbstverschuldeten» Erkrankungen wie Herzinfarkten bei einem hektischen, wenig auf körperlichen Ausgleich bedachten Lebensstil?

Problematisch ist zudem die in der öffentlichen Debatte vielfach anzutreffende Verknüpfung mit dem Wert eines Lebensjahrs oder gar eines Lebens [3]. Allerdings verleiten Kosten-Nutzen-Analysen, insbesondere wenn sie indikationsübergreifend erfolgen, zu solchen Überlegungen. «Ist die Verlängerung der Gehstrecke dieses Geld wert?», wird rasch übersetzt in die Frage: «Ist dieser Patient es wert, dass wir dieses Geld in eine leichte Steigerung seines Wohlbefindens investieren?» Nun kann aber gerade das Urteil des Bundesgerichts als ein Versuch gewertet werden, in der Argumentation die Aussage zu vermeiden, die Symptomreduktion eines

Morbus-Pompe-Patienten (und damit dieser Patient) sei dieses Geld nicht wert. Das Gericht hebt vielmehr darauf ab, dass es ungerecht wäre, der betreffenden Patientin zu gewähren, was anderen in vergleichbaren Situationen aus Gründen der finanziellen Leistbarkeit versagt werden müsste. Welche Leistungskürzungen nun aber gerecht sind und anhand welcher Methodik sich dies feststellen lässt, bleibt noch der weiteren Debatte vorbehalten.

Es wäre ein Fehler, auf Basis des Gerichtsentscheids ökonomisch oder juristisch vorgegebene fixe Schwellenwerte für «wirtschaftliche» medizinische Interventionen zu definieren. Aus ethischer Sicht kann das Urteil vielmehr als ein Fanal verstanden werden für die Notwendigkeit einer intensiven gesellschaftlichen Verständigung über das, was in der öffentlichen Gesundheitsversorgung finanziell leistbar ist und wie ein fairer Mitteleinsatz geleistet werden kann.

Dabei sollten auch weitergehende Fragen nicht aus dem Blick geraten: Wie können wir Fehlanreize für Übermedikalisierung beseitigen? Wie können wir Sorge tragen, dass das Gesundheitswesen nicht in übermässiger und medizinisch unbegründeter Weise technisiert wird, nur um den Anschein einer «spitzenmedizinischen» Versorgung zu erwecken? Warum sind manche Medikamente so exorbitant teuer, könnte nicht mehr Einfluss auf die Preisgestaltung genommen werden? Wie können Prävention und Eigenverantwortung gestärkt werden, mit dem Ziel, ein funktionierendes solidarisches Gesundheitssystem zu erhalten? Und schliesslich: Vielleicht wäre eine Orientierung an Patientenwünschen gar nicht unbedingt ein Kostentreiber, sondern eher ein Korrektiv? Es ist keineswegs klar, dass Patienten unter allen Umständen auf einer Maximalversorgung mit allem Möglichen bestehen. Eine sorgfältige Aufklärung, die die Effekte der Interventionen realistisch und bezogen auf patientenrelevante Endpunkte darstellt, mag durchaus dazu beitragen, die vielfach beschworene Kostenexplosion im Gesundheitswesen abzuwenden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno
 Institut für Biomedizinische Ethik
 Universität Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 CH-8032 Zürich

E-Mail: biller-andorno@ethik.uzh.ch

Referenzen

1. Gehring P. Für wen und warum eine Kriteriendiskussion? *Forschung & Lehre*. 2011;8:586-8.
2. Städler I. Wieviel ist ein gerettetes Leben wert? *Tages-Anzeiger*. 14. April 2011. Available from: <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Wie-viel-ist-ein-gerettetes-Leben-wert-/story/26965535> [accessed 10.8.2011].
3. Lübke W. Sondervotum. *Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2011, p. 116.