

WORKING PAPER

**CORONAVIRUS-
PANDEMIE,
KOSTENEFFEKTIVITÄT
UND VERTEIL-
GERECHTIGKEIT**

April 2020

CORONAVIRUS-PANDEMIE, KOSTENEFFEKTIVITÄT UND VERTEILGERECHTIGKEIT

Michel Romanens, Walter Warmuth, Flavian Kurth

ABSTRACT

Die Autoren 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. Sie kritisieren die scheinbar objektiven Berechnungen aufgrund von QALY (qualitätskorrigierte Lebensjahre) als ideologisch und in ihrer Tendenz als sozialdarwinistisch.



Die Coronavirus-Pandemie stellt uns vor Probleme, die unsere Gesellschaft im Allgemeinen und Medizin und Medizinethik im Speziellen in einem nie dagewesenen Mass fordern. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW formuliert in ihrem am 24. März 2020 herausgegebenen Papier «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit»¹ in dieser Situation eine Weisung nicht nur zum Rationalisieren wie sonst, sondern diesmal und erstmals explizit auch eine solche zur Rationierung: «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 messen? Die Gesundheitsökonomie arbeitet hierfür mit der Lebensqualität als Skala und mit QALY (qualitäts-adjustierten Lebensjahren)² als Messgrösse. Auf der Basis des QALY-Konzepts haben GesundheitsökonomInnen nun Kosten-Nutzen-Kalkulationen erarbeitet und auf deren Grundlagen Massnahmen beurteilt und Vorschläge eingebracht, so etwa, wieso unter Umständen nicht alle Kranken behandelt werden könnten, weshalb der Lockdown verantwortungslos gewesen sei und wie sich eine Quarantäne nur für die Risikogruppe oder eine gezielte «Herden-Immunsierung» rechnen würden. Solche Voten haben uns mit ihrem sozialdarwinistischen Impetus und ihrem Beigeschmack eines Geronto-Genozids ratlos gemacht. Ratlos auch deshalb, weil was hier getan wird, eigentlich doch nur nüchternes Rechnen angesichts einer Ausnahmesituation ist, einzig dem grössten Nutzen für die grösste Zahl verpflichtet, frei von Ideologien. Wirklich?

Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS hat ein Papier³ ausgearbeitet, in welchem wir diese utilitaristische Maxime ideengeschichtlich aufbereiten und aufzeigen, wie sie sich im QALY-Konzept und in den Hochrechnungen manifestiert, die nun herumgereicht werden. Zur Ideengeschichte: Es findet sich zwar schon in der Ethik von Aristoteles eine Argumentation über das Glück, dort allerdings eher im Sinne eines geglückten Lebens, doch so sehr ins Zentrum allen Überlegens und Argumentierens gesetzt wie der Utilitarismus hat das Glück von den antiken Philosophen eigentlich nur Epikur. Der Utilitarismus setzt für diese neu in die Ethik eingeführte Skala aber auch ein neues Kriterium: die Maximierungsregel. Darüber, wie dies zu plausibilisieren sei, setzten und setzen sich utilitaristische Denker von Bentham, Mill und Sidgwick bis heute auseinander, wobei sich die Forderung gewandelt hat, von der des grössten Glücks zur Forderung des grössten Nutzens in unsere Diskurse, wo Peter Singers Präferenzutilitarismus möglichst viele erfüllte und möglichst wenige frustrierte Präferenzen fordert.

Die philosophische Kritik hat sich, bei uns jedenfalls, zu stark auf eine Kritik an der Skala konzentriert, denn Glück ist für die Philosophie kein Wert an sich. Die Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus wird aber eigentlich erst in der Kritik am Kriterium der Maximierung spannend. 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 argumentieren würden. Letztere Argumentation wird den Fragen, die sich in Gesundheitswesen stellen, auch am besten gerecht. 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.

John Rawls Gerechtigkeitstheorie denkt den Utilitarismus in diese Richtung weiter: «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. Die Prinzipien der Gerechtigkeit sollen bei Rawls 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. Und wie wir dies tun sollten, dazu schlägt Rawls ein Gedankenspiel⁴ 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.

John Harris, der pointierteste Kritiker von QALY, untersucht das QALY-Konzept⁵ auf der Basis von Rawls Gerechtigkeitstheorie und stellt die Frage, ob ein Mensch mit dem Schleier der Ungewissheit die QALY eines Kranken maximieren⁶ würde. Es ist dies im Kern eine Kritik am Axiom der endlichen Mittel, und wie die konkrete Anwendung von QALY in der Praxis zeigt, wird ja auch so argumentiert, dass man behauptet, eine Maximierung der QALY lohne sich nicht unbedingt und zu jedem Preis. Das 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.

QALY funktionieren egalitaristisch und wägen Behandlungen gegeneinander ab, deren Nutzen nicht vergleichbar sind, weil es die medizinischen Situationen nicht sind. Zu welchen absurden Priorisierungsentscheiden dies führen kann, wollen wir an einem Beispiel vorrechnen: 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, und dies wurde in den Achtzigerjahren in einem Experiment im US-Staat Oregon⁷ auch erkannt.

Jeder Ansatz, Lebensqualität zur Bewertung des Lebens zu einem bestimmten Zeitpunkt in dessen (insbesondere späten oder prämortalen) Verlauf aufzugreifen, ist letztlich 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. 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.

Die Annahmen betreffen auch nicht nur die Monetarisierung von Tod und Lebensqualität, wie oben aufgezeigt, sondern ebenso die Dauer der Wirkung. Prof. Felder hat dies mit uns an einem Beispiel durchgerechnet: es ging darum, ob eine medizinische Massnahme über 5 Jahre⁸ oder über 10 Jahre angeschaut werden soll. Dabei wurde der Todesfall mit 8'500 Fr. \times 2.5 Jahre = 21'250 Fr. monetarisiert und über 10 Jahre unverändert belassen⁹. 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 $30 \times 200'000$ Franken = 6 Mio. Franken.

Rechnen wir also so und nicht mit der vorgefassten Meinung, der Lockdown sei sowieso zu teuer: 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). Bei korrekter Monetarisierung stehen die 28 Mia. Franken Kosten (7 Mia. pro Woche) für den Lockdown in der Schweiz bereits weit höhere Einsparungen durch verlorene Lebensjahre gegenüber. Diese und weitere Berechnungen können Sie mit unserem Tool nachprüfen: www.docfind.ch/COVIDSimulations.xlsx¹⁰. Wir halten die Kalkulation, soweit es unsere Ressourcen erlauben, a jour und aktualisieren, wenn neue Berechnungen herumgereicht werden.

Wir sehen an diesen Beispielen, dass Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Rechnungen je nachdem, wie man hypothetische Werte setzt, so oder so ausfallen können. Letztlich geht es hier nicht um Utilitarismus, sondern schlicht um ökonomisch-neoliberales Kalkül. John Rawles von der University of Aberdeen (nicht zu verwechseln mit John Rawls) bringt dies in seiner lesenswerten QALY-Kritik¹¹ 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.» Rawles sieht das Grundproblem von QALY: «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.»

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. Dagegen sollten wir uns wehren.

Zu den Personen: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth, Flavian Kurth, Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrechte: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe. Dieser Text ist eine Zusammenfassung. Originaltext: <http://docfind.ch/VEMSCovid19undUtilitarismus.pdf>

Trägerschaft: Trägerschaft: Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, www.fairfond.ch



Fussnoten und Links

- 1 <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>
- 2 Ein qualitätskorrigiertes Lebensjahr (englisch quality-adjusted life year oder QALY) ist eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Ein QALY von 1 bedeutet ein Jahr in voller Gesundheit, während ein QALY von 0 einem Versterben entspricht (https://de.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A4tskorrigiertes_Lebensjahr, gelesen am 21.4.2020)
- 3 <https://docfind.ch/VEMSCovid19undUtilitarismus.pdf>
- 4 <https://www.youtube.com/watch?v=1cGYwwSg3fc>
- 5 <https://jme.bmj.com/content/medethics/13/3/117.full.pdf>
- 6 <http://carneades.pomona.edu/2015-SPP/26.OPandQALYs.html>
- 7 <https://adc.bmj.com/content/archdischild/66/8/990.full.pdf>
- 8 <http://www.docfind.ch/QALYFelder122014.pdf>
- 9 [https://www.swissmedicalboard.ch/fileadmin/public/news/2013/bericht_smb_statine_pri-
maerpraevention_lang_2013.pdf](https://www.swissmedicalboard.ch/fileadmin/public/news/2013/bericht_smb_statine_pri-
maerpraevention_lang_2013.pdf)
- 10 <http://www.docfind.ch/COVIDSimulations.xlsx>
- 11 <https://jme.bmj.com/content/medethics/15/3/143.full.pdf>