

Allen Patienten gerecht werden

Gedanken eines Gesundheitsökonomien zur Covid-19-Krise / Von Michael Schlander

Die Covid-19-Pandemie hält die Welt in Atem. In einer ersten Phase wohl zu lange unterschätzt, folgte der regulatorische Hammer des „Lockdowns“ nahezu aller als nicht „systemrelevant“ angesehenen sozialen und wirtschaftlichen Bereiche. Die ökonomischen Folgen rücken zusammen mit den sozialen Kosten nun zunehmend in den Fokus der Debatte über die schrittweise Lockerung der Beschränkungen der Freiheitsrechte, deren Verhältnismäßigkeit der Rechtsstaat begründen muss.

Erstunnen könnte in dieser Situation das Schweigen der Gesundheitsökonomie auslösen, ist doch die Disziplin selten um „normative“ Empfehlungen verlegen, wenn es um Fragen der Regulierung und vor allem der effizienten Ausgestaltung des Gesundheitssystems geht. Gerade haben wir im Gesundheitswesen eine bislang beispiellose Priorisierung der medizinischen Versorgung zugunsten der (erwarteten) Covid-19-Patienten erlebt: So wurden nicht als dringlich erachtete Eingriffe verschoben, Intensivbetten freigehalten und neue Kapazitäten im Rahmen des Möglichen geschaffen. Selbst innerhalb des Gesundheitssystems wird erst allmählich sichtbar, welche (Opportunitäts-)Kosten daraus entstehen. Zu den besonders verwundbaren Patientengruppen zählen nicht zuletzt Krebspatienten, bei denen Kontroll- und Nachsorgemaßnahmen aufgeschoben oder abgeändert wurden, selbst Tumorthérapien mit kurativer Absicht. Dazu kommt, dass manche Patienten Termine nicht wahrnehmen aus Sorge, sich zu infizieren. Das kann nicht als irrational abgetan werden, bedenkt man etwa Berichte über Covid-19-Fälle auf einer Krebsstation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Auch die medizinethische Debatte hat diesen Aspekt weitgehend ausgeklam-

mert. Sie hat sich (wie im Feuilleton dieser Zeitung) vorrangig mit der gefürchteten und medial mit Bildern aus Bergamo, dem Elsass und New York in alle Haushalte transportierten „Träge“ beschäftigt, also mit der Frage: Was tun, wenn die Behandlungskapazitäten nicht ausreichen und zwei beamtungspflichtige Covid-19-Patienten um einen Intensivbehandlungsort konkurrieren? Mittlerweile gibt es erste Modellrechnungen dazu. Für England wurde

von einem Team am University College London (UCL) geschätzt, dass innerhalb eines Jahres eine Covid-19-assoziierte Übersterblichkeit aller von Krebspatienten um nahezu 18000 Todesfälle auftreten könnte. Freilich weist die große plausible Bandbreite der Zahl, von den Autoren der Studie angegeben mit 7000 bis 36000, auf die vielen Unbekannten in den Gleichungen ihres bislang nicht in allen Details nachvollziehbaren Modells hin.

Man könnte also das Schweigen der Gesundheitsökonomie mit dem Mangel an einigermaßen verlässlichen Daten erklären. Das ist nicht falsch, gerade für gesundheitsökonomische Modellierungen gelten hohe Standards für die Transparenz der Annahmen sowie die Sensitivitätsanalysen im Umgang mit Unsicherheit und Varianten. Doch wäre diese Erklärung entschieden zu kurz gegriffen, weil sie just jene Fragen ausklammert, die der breiten gesellschaftlichen Akzeptanz der konventionellen Gesundheitsökonomie in Deutschland seit jeher im Wege standen. Denn diese tut so, als ob das Ziel des Gesundheitssystems nichts als die Maximierung erwarteter (zusätzlicher) Lebenszeit

Langsam werden die medizinischen Opportunitätskosten der beispiellosen Priorisierung sichtbar.

und -qualität sei – und daraus ließe sich dann ein von den Umständen unabhängiger Grenzwert für den maximalen „Preis“ eines menschlichen Lebensjahres ableiten und zur Priorisierung der medizinischen Versorgung verwenden. Ohne mindestens einen solchen Grenzwert funktioniert einerseits die Logik der Kosteneffektivität nicht. Andererseits unterscheiden sich die im Rahmen der ökonomischen Theorie ableitbaren Grenzwerte – je nach Methodik – um mehr

als eine Zehnerpotenz. Wichtiger noch: Das Postulat eines kontextunabhängigen „Werts eines statistischen Lebensjahres“ entspricht offensichtlich weder der institutionellen Verfasstheit

des deutschen Gesundheitswesens noch gesellschaftlich tief verankerten sozialen Normen und Werten.

Sozialer gesundheitsbezogener Nutzen unterscheidet sich in vielfältiger Weise von einem bloßen Aggregat des individuellen Nutzens. Allgemein anerkannt – und mit Studien über soziale Präferenzen empirisch gut belegt – ist der Vorrang von Hilfe für Menschen in Not, sei es wegen der besonderen Schwere ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder der Dringlichkeit einer medizinischen Intervention zur Abwendung bleibender Schäden. Ebenso breit anerkannt ist die medizinische Hilfe für Patienten mit seltenen Erkrankungen, selbst wenn sie mit höheren Kosten pro Behandlungsfall und deshalb niedrigerer Effizienz verbunden ist.

Doch gilt daher der Spruch, Not kenne kein Gebot? Das würde zu Ende gedacht eine verabsolutierte Position und den Verzicht auf jedwede Grenzssetzungen bedeuten, die das elementare Prinzip der Oppor-

tunitätskosten negieren. Stattdessen wird es einen erweiterten Begriff des sozialen Nutzens brauchen, dessen Versöhnung mit der dominierenden gesundheitsökonomischen Lehrmeinung aussteht. Aber auch vor Erledigung dieser Hausaufgaben kann gesundheitsökonomisches Denken einen Beitrag zur Krisenbewältigung leisten. Zum einen weisen die Schwierigkeiten mit der Modellierung der Krisenfolgen auf einen fundamentalen Mangel an zeitnahen Daten hin; die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist für ein aussichtsreiches Monitoring der komplexen medizinischen Folgen der Pandemie unbrauchbar. Zum anderen fallen bei um den Wert 1 schwankenden Reproduktionsraten die privaten Nutzenerwägungen und der soziale Nutzen weit auseinander, da jeder individuell Infizierte eine Kaskade nachfolgender Infizierter nach sich zieht, eine klassische Externalität.

Zum Dritten besteht eine weitere Externalität darin, dass in einer notwendigerweise auch in der Zukunft international eng vernetzten Welt ein nachhaltiger Erfolg der Maßnahmen in einem Land nicht ohne den Erfolg der Maßnahmen anderer Länder denkbar ist. Mithin wird eine erfolgreiche Krisenbewältigung von international abgestimmten staatlichen Maßnahmen abhängig sein und ist nicht vorstellbar unter alleinigem Rekurs auf die Selbstverantwortung der Einzelnen, so unerlässlich diese auch sein mag. Nicht zuletzt liegt eine große Verantwortung der Gesundheitspolitik darin, zu einer nachhaltigen Prioritätensetzung zu finden, die nicht nur dem Versorgungsbedarf der Covid-19-Patienten, sondern dem aller Patientengruppen gerecht wird.

Michael Schlander leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg.

FAZ 2020 No. 124 vom 24.05.20 P-20