

Für mehr Klarheit



Prof. Michael Schlander hat sich mit dem Thema Gesundheit schon aus vielen Perspektiven beschäftigt: Er arbeitete in der Hirnforschung, ist Arzt und Wirtschaftswissenschaftler und er hält eine Professur für Gesundheitsökonomie an der Universität Heidelberg, Medizinische Fakultät Mannheim, inne. Er lehrte an den Universitäten Duisburg-Essen und Witten/Herdecke und war bis 2016 Professor für Gesundheits- und Innovationsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft in Ludwigshafen. 15 Jahre lang war er international im Management der pharmazeutischen Industrie erfolgreich. 2005 gründete er das gemeinnützige „Institute for Innovation & Valuation in Health Care“ (InnoVal^{HC}) in Wiesbaden, dessen Vorstandsvorsitzender er heute noch ist, war 2008 Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖe) und zudem 2012 wissenschaftlicher Leiter des 15. Annual European Congress der International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) in Berlin, der mit mehr als 3.500 Teilnehmern bis dahin größten gesundheitsökonomischen Fachtagung in Europa. Seit Januar 2017 leitet er die Abteilung Gesundheitsökonomie im DKFZ. **intern** sprach mit ihm über die Schwierigkeit, den Wert von Gesundheit zu berechnen.

Herr Professor Schlander, am DKFZ erforschen Sie mit Ihrer Abteilung die Gesundheitsökonomie von Krebserkrankungen. Was macht das Thema so spannend?

MS: Gerade neue Krebstherapien sorgen in den letzten Jahren immer wieder für Diskussionsstoff: Einerseits ist der medizinische Fortschritt in der Onkologie natürlich sehr erfreulich, ermöglicht er doch maßgeschneiderte, erfolgreichere und schonendere Behandlungen, andererseits ist von „Kostenexplosion“ die Rede, denn neue Krebsmedikamente sind oftmals sehr teuer und werfen Fragen nach der dauerhaften Finanzierung auf. In diesem Spannungsfeld offenbaren sich Zielkonflikte zwischen der ärztlichen Verpflichtung, einzelne Krebspatienten optimal zu versorgen und der ethischen Verantwortung, das Ganze, das Gesundheitssystem und die Solidargemeinschaft der Versicherten zu bewahren. Die aus ökonomischer Sicht interessante und herausfordernde Aufgabe liegt darin, zum einen die wirtschaftlichen Konsequenzen von Krebserkrankungen sowie der Krebsforschung zu analysieren und gleichzeitig die Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung von Krebspatienten zu verbessern.

Wenn man Ihre Vita anschaut, drängt sich der Gedanke auf, dass mehrere Herzen in Ihrer Brust schlagen, wovon mindestens zwei manchmal einem widersprüchlichen Rhythmus folgen dürften: Sie sind Mediziner und Ökonom. Ein Arzt ist bestrebt, seinem Patienten jederzeit die maximal mögliche Therapie zukommen zu lassen. Ein Ökonom ist dazu gehalten, Nutzen und Kosten abzuwägen – wie passt das zusammen?

MS: Wir wägen immer Kosten oder Risiken und Nutzen ab, wenn es darum geht, begrenzte Mittel optimal einzusetzen. Wir tun das entweder implizit oder wir tun es explizit – aber wir tun es auf jeden Fall. Wie viele Ressourcen verwende ich, um einen bestimmten Nutzen zu erreichen, wohlwissend, dass ich dann diese Ressourcen an anderer Stelle nicht mehr verwenden kann? Das ist die Frage nach den sogenannten Opportunitätskosten – ein Prinzip, dem wir in unseren alltäglichen genauso wie in großen Entscheidungen folgen. Solange wir nicht über unbegrenzte Ressourcen verfügen, ist das so. Die Frage ist nur, ob wir dies mit formal definierten Methoden und konsistent tun oder ob wir intuitiv entscheiden.

Die konkreten Kosten für medizinische Versorgung lassen sich leicht berechnen. Für die Nutzenseite sieht dies sicher völlig anders aus?

MS: Das glauben Viele: Die Kosten sind nicht schwierig zu erfassen, ich sehe ja, was auf der Rechnung steht, das muss ich nur addieren. Aber das ist ein Irrtum. Selbst unter Ökonomen wird die Kostenerfassung häufig vernachlässigt. Dabei ist die alles andere als trivial. Es gibt zum Beispiel Kosten, denen überhaupt kein Finanzstrom gegenübersteht. Das trifft etwa auf den Fall der häuslichen Pflege durch Angehörige zu. Auch wenn kein Geld fließt, entstehen den Pflegenden durchaus Kosten, nämlich Opportunitätskosten: Sie können nicht arbeiten gehen oder haben Verluste an Freizeit. Umgekehrt gibt es Fälle, in denen ein Finanzstrom auftritt, aber keine Kosten. Zum Beispiel bei Transferzahlungen: Person A unterstützt Person B mit einem bestimmten Betrag, ohne dass konkrete Kosten entstanden sind. Und dann gibt es den häufigen Fall, dass Finanzströme entstehen, deren Höhe aber nicht mit den tatsächlichen Kosten übereinstimmt. Nehmen Sie zum Beispiel die Fallpauschalen, deren Höhe die realen Kosten nicht immer reflektiert. Zudem kommt es immer darauf an, aus welcher Perspektive ich die Kosten messen will: Aus Sicht der Krankenversicherungen? Oder ist es die Patientenperspektive, wo indirekte Kosten wie Erwerbsausfall eine Rolle spielen? Oder Sie betrachten die gesamtwirtschaftliche Perspektive, bei der volkswirtschaftliche Aspekte und Kosten durch Produktivitätsausfälle greifen, diese aber anders bewertet werden müssen als aus der Patientenperspektive.

Wenn schon die Kalkulation der Kosten so vielschichtig und komplex ist, wie ermittle ich erst die Nutzen? Dazu muss ich doch den konkreten Wert von Gesundheit benennen können.

MS: Der klassische Ansatz wäre, die individuelle Zahlungsbereitschaft zu messen. Das alte Diktum lautet: Wo es keine Zahlungsbereitschaft gibt, da gibt es auch keinen Nutzen und je größer die Zahlungsbereitschaft, desto größer der Nutzen.

Es macht doch einen Unterschied, wen man fragt, zum Beispiel Gesunde oder Patienten?

MS: Selbstverständlich. Die Standard-Methodik sieht vor, dass Gesunde befragt werden. Aus einem einfachen Grund: Wenn Sie Patienten fragen, würden diese

im Zweifelsfall eine unendlich große Zahlungsbereitschaft zeigen. Er wäre schwierig, daraus etwas für die Solidargemeinschaft von Versicherten abzuleiten. Deswegen geht man meist einen Umweg und fragt nach dem Wert eines statistischen Lebensjahres. Auch da gibt es verschiedene Ansätze. Man kann das tatsächliche Verhalten von Menschen beobachten. Diese Gruppe von Studien nennt man Revealed Preferences. Man deckt also die Präferenzen der Leute auf. Im Bereich der Verkehrssicherheit hat man zum Beispiel gefragt, wie groß die Zahlungsbereitschaft für einen Airbag im Auto ist. Man muss dabei allerdings unterstellen, dass genau bekannt ist, welche Risikoreduktion damit einhergeht. Daraus können Sie den impliziten Wert ermitteln, den die Menschen einem ihrer Lebensjahre beimessen. Das erfordert einige Rechenoperationen, aber es ist möglich. Wir haben gerade ein derartiges Projekt abgeschlossen. Dabei haben wir alle ökonomischen Studien der letzten 20 Jahre zu diesem Thema einem systematischen Review unterzogen, um daraus den Wert eines statistischen Lebensjahres abzuleiten. Das ist dann eine erste Annäherung. Mit diesem Wert könnten Sie dann den Nutzen von medizinischen Maßnahmen, die zum Beispiel eine Verlängerung der Lebenszeit bewirken, berechnen und vergleichen.

Vorausgesetzt, dass jedes Lebensjahr gleich zu bewerten ist.

MS: Das nehmen viele Gesundheitsökonomien so an. Sie ziehen dann noch eine Modifikation dazu, nämlich die Lebensqualität. Damit kommt man zu den berühmten QALYS, also zu den qualitätsadjustierten Lebensjahren. Es gibt eine relativ große Gruppe von Gesundheitsökonomien, die der Meinung ist, es müsste so etwas wie einen einheitlichen Wert eines QALY geben. Ein QALY entspräche dann ein Lebensjahr in fiktiv 100%iger Gesundheit. Dazu gäbe es dann Abstufungen. Wenn Sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zum Beispiel auf einen Wert von etwa 50% kommen, wäre also ein Jahr in diesem Zustand so viel wert wie ein halbes Jahr in kompletter Gesundheit. Ich bin kein großer Anhänger dieser Methodik, aber sie ist ein Standard in der Gesundheitsökonomie und das keinesfalls nur in der Theorie.

Wird dieses Modell nicht in Großbritannien angewendet, wenn es um die Aufnahme von Behandlungen in den Leistungskatalog der Versicherungen geht?

MS: Genau, dort wird ein QALY mit 20 000 oder 30 000 britischen Pfund bewertet. Ganz folgerichtig haben neue Krebsmedikamente dort deutlich schlechtere Chancen, in die Erstattung des Nationalen Gesundheitswesens zu kommen. Das hat einer meiner Mitarbeiter untersucht und statistisch belegen können. Das alleine bedeutet jedoch nicht, dass deswegen der QALY-Ansatz falsch ist. Wenn Sie zum Beispiel in der Herz-Kreislauf-Behandlung mit weniger Einsatz von Ressourcen mehr erzielen können, ist die Frage, warum wir in der Krebsmedizin so viel investieren sollten, durchaus berechtigt. In Deutschland sind wir wesentlich freundlicher gegenüber neuen Krebstherapien, weil wir stärker am Nutzen orientiert bewerten und die Kosten weniger bedeutsam sind – zumindest noch.

Was die Forschung und die Entwicklung betrifft, sind Therapien und neue Medikamente vielleicht anfangs weniger effizient. Sie sind ungenau, haben viele Nebenwirkungen und sind teuer. Erst indem ich sie einsetze und anwende, werden sie weiterentwickelt und verbessert. Vergibt man mit der unbedingten Frage nach der Effizienz nicht auch Chancen?

MS: Mit der üblichen statischen Effizienzbetrachtung setzen wir zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt X Kosten und Nutzen in Relation und stellen eine vergleichende Bewertung von verschiedenen Alternativen an. Das kann zum Zeitpunkt X+1 schon ganz anders ausfallen. Es sind dann möglicherweise neue Alternativen aufgetaucht oder neue Erkenntnisse, wie die Methode besser einzusetzen ist – oder anders herum, es erweist sich, dass die Behandlung mehr Nebenwirkungen mit sich bringt, als gedacht. Zu beiden Fällen gibt es in der Vergangenheit durchaus Beispiele. Wir wissen also, dass es diese Effekte gibt, und können sie gut retrospektiv beschreiben, aber wir haben große Probleme, sie vorherzusagen. Das heißt, wir müssen einen Weg finden, wie wir mit Unsicherheiten umgehen, zum Beispiel durch Modellierung und das Darstellen von Szenarien. Da verlassen wir Bereich der Wahrheitsfindung und kommen im weitesten Sinne in den Bereich der Technologiefolgenabschätzung und der Plausibilitäten. Auch das gehört zur Gesundheitsökonomie, in Form von Health Technology Assessments (HTAs). Wichtig ist, dass wir ehrlich angeben, wo die empirischen Daten enden und die Unsicherheit anfängt und zudem offenlegen, welches unsere zugrundeliegenden Annahmen sind. HTAs gibt es in praktisch allen Gesundheitssystemen. In Deutschland spielt die Gesundheitsökonomie im Rahmen von HTAs immer noch eine relativ geringe Rolle, in den meisten anderen Ländern eine ziemlich große.

Wenn wir von Effizienz im Gesundheitswesen sprechen, müssen wir klar definieren, was wir damit meinen und welche Werturteile wir zugrundelegen.

Nochmal zurück zum Wert der Gesundheit: So richtig überzeugt scheinen Sie weder von der klassisch ökonomischen Methode über die Zahlungsbereitschaft noch vom Modell der QALYS. Wie kann man den Wert von Gesundheit denn sonst berechnen?

MS: Die von Ihnen genannten Methoden sind durchaus geeignet, um die produktive Effizienz von medizinischen Interventionen zu ermitteln, also Aussagen darüber zu treffen, welchen Beitrag eine bestimmte Behandlung zur Gesundheit von Patienten leisten kann. Wir arbeiten daran, einen weiteren Ansatz zu entwickeln, der auch bestehende soziale Normen und Präferenzen besser berücksichtigt – Faktoren, die durchaus eine Rolle spielen, wenn es um die Ressourcenverteilung innerhalb des Gesundheitssystems geht. Wir messen dabei einer gesundheitlichen Maßnahme einen Wert bei, der nicht nur davon abhängt, was für einen Effekt die Maßnahme hat. Natürlich muss diese effektiv sein – wenn Sie damit nichts erreichen, ist es uninteressant. Aber der Effekt auf die Lebenszeit ist nur ein Faktor, ebenso wie der Effekt auf die Lebensqualität. Es kommt zudem darauf an, wer eigentlich von der Maßnahme profitiert. Das ist den meisten Menschen nämlich nicht egal. Dabei muss es gar nicht sofort um bestimmte Personen oder Personengruppen gehen. Nehmen Sie den Schweregrad von Krankheiten: Die meisten Menschen sind erwiesenermaßen der Meinung, dass das Gesundheitssystem vorrangig den schwer Erkrankten helfen soll. Der soziale Wert von Maßnahmen wird dann generell höher eingeschätzt. Man kann auch weiter nach Patientengruppen fragen: Was ist mit Kindern im Vergleich zu Älteren? Das ist natürlich schon heikler. Dennoch: aus ethischer und aus empirischer Sicht gibt es gute Gründe zu sagen, es sei wichtiger, einem Kind zu helfen, das noch gar keine Chance hatte, seine Lebenspläne zu verwirklichen, als beispielsweise jemandem in meinem Alter – ich hatte ja bereits Jahrzehnte lang dazu Zeit. Wahrscheinlich würden sich Viele dafür aussprechen, dem Jüngeren eine höhere Priorität einräumen als mir.

Man könnte doch auch umgekehrt argumentieren und sagen, ein Mensch mittleren Alters, der voll ausgebildet ist und mitten im Erwerbsleben steht, in den die Gesellschaft also schon viel investiert hat, und der eventuell noch Kinder bekommen wird, ist volkswirtschaftlich produktiver und damit „wertvoller“?

MS: Die WHO rechnet zum Beispiel genau auf diesem Weg. Sie bestimmt Krankheitslast aus den verlorenen Lebensjahren und der verlorenen Lebensqualität, also auf den ersten Blick umgekehrt wie die QALYs. Sie geht von einer statistischen Lebenserwartung aus und errechnet die Verluste durch Krankheiten, um diese zu klassifizieren. Sie nimmt dann eine Adjustierung nach Lebensalter vor. Dabei sind die mittleren Lebensalter tatsächlich höher gewichtet als die hohen und die niedrigen. Weil die ganz Jungen noch ausgebildet werden müssen und die Alten nicht mehr produktiv sind. Die WHO berücksichtigt also die Produktivität bei der Berechnung der Krankheitslast. Wenn man den Gedanken logisch fortführt ist auch das eine heikle Sache, denn irgendwann komme ich zwangsläufig zu dem Punkt, wo ich auf der Ebene einzelner Personen unterschieden müsste, wer produktiver ist. Auf diesen Ansatz werden Sie bei Vertretern der neoklassischen Wohlfahrtsökonomie denn auch öfter einmal stoßen.

Wie verhindern Sie, sich auf dieses Terrain begeben zu müssen?

MS: Wir befinden uns immer auf diesem Terrain. Das lässt sich gar nicht vermeiden. Sobald man anerkennt, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen knapp und endlich sind und man sich entscheiden muss, wie sie eingesetzt werden sollen, befindet man sich bereits in diesem Dilemma. Es kommt nur darauf an, welchen theoretischen Ansatz Sie Ihrer Evaluation zugrundelegen und darauf, dies auch ehrlich und transparent zu sagen. Ich muss an mich und an die Gesundheitsökonomie immer den Anspruch stellen, die Werturteile, auf denen unsere jeweilige Methodik und Aussagen beruhen, ganz klar und transparent zu machen. Wir sollten nicht sagen, dass etwas effizient oder ineffizient ist, ohne transparent zu machen, was genau wir mit Effizienz meinen und wie wir sie definieren. Das ist alleine schon spannend, da der Effizienzbegriff sehr viele Schattierungen hat, denen immer Werturteile zugrunde liegen. Es ist letztlich die Frage, worauf unser Gesundheitssystem abzielen soll und was somit der normative Rahmen unserer ökonomischen Betrachtungen ist.

For more Clarity

Prof. Michael Schlander has been dealing with health from many perspectives: He worked in the field of brain research, he is a physician as well as an economist, and he holds a Professorship for Health Economics at the University of Heidelberg. He taught at the Universities of Duisburg-Essen and Witten/Herdecke and until 2016, he was a Professor of Health and Innovation Management at the Ludwigshafen University of Economics. For 15 years, he has been a successful international manager for the pharmaceutical industry. In 2005, he founded the nonprofit „InnoValHC“ in Wiesbaden and in 2008, he was a co-founder of the German Society of Health Economics (DGGÖe). In 2012, he was the scientific director of the 15th Annual European Congress of the International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) in Berlin, which is the largest health-care conference in Europe. Since January 2017, he heads the Department of Health Economics at DKFZ. Intern talked to him about the difficulty of calculating the value of health.



You may read the interview with Michael Schlander in English online. The link can be found on the Intranet landing page under „Announcements“.