

Schweizer Premiere: Die Number-needed-to-treat-Frage vor Gericht

# Der Fenstersturz und das Bundesgericht

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher,  
stv. Generalsekretär

Das Bundesgericht hat in seinem «Fenstersturz»-Urteil vom Februar 2006 verlangt, das Spital hätte bei einem herzoperierten Patienten eine Sitznachtwache anordnen müssen; diese hätte ja für eine Woche nur Fr. 1680.– gekostet. Das Bundesgericht hat dabei die «number needed to treat»-Frage übersehen. Das kantonale Verwaltungsgericht hatte sie analysiert und kam dabei auf Grenzkosten von 1,7 Mia. Franken. Das heisst: Die vom Bundesgericht verlangte Sicherheit wäre definitiv nicht mehr finanzierbar. Es ist zu hoffen, dass es seine Rechtsprechung bei nächster Gelegenheit korrigiert.

Nicht ernsthaft im Streit lag in diesem Fall die Aufklärung. Wenn die Spitäler den Bundesgerichtsentscheid – nach meiner Überzeugung zu Recht – nicht flächendeckend umsetzen, wird die Aufklärung wichtig. Die Frage ist naheliegend: Wollen der Patient oder seine Angehörigen eine Sitzwache im Spital selber finanzieren, wenn die Allgemeinheit sie wegen zu hoher Grenzkosten nicht bezahlen kann?

Ein früherer Fenstersturz hat einen europäischen Krieg ausgelöst. Der vorliegende Fall beschäftigt nur die Schweiz. Allerdings ist er für unser kleines Land eine Premiere: Zum ersten Mal musste das Bundesgericht über eine Behandlung urteilen, in der die «number needed to treat» und die Grenzkosten zusätzlicher Sicherheit in der Medizin auf dem Tisch lagen. Aber der Reihe nach.

## Der Fall

An einem Schweizer Unispital wurde ein Herzpatient operiert. Sein Zimmerfenster hatte man abgeschlossen, weil er am Abend einige Zeit verwirrt war. Der im Gerichtsurteil wiedergegebene KG-Eintrag hält fest: «Um 00.15 Uhr stellte ein Arzt fest, dass der Patient ruhig war, adäquat antwortete und neurologisch unauffällig war.» Das Unwahrscheinliche geschah zwanzig Minuten später: «Um 00.35 Uhr sprang er vom Balkon des Nachbarzimmers [*kursive Hervorhebungen im Beitrag durch den Autor*] in den Tod.» Schicksal oder Behandlungsfehler?

## Das erste kantonale Urteil

Das kantonale Verwaltungsgericht hatte als erste Instanz entschieden:

«Der Verzicht auf die Anordnung einer Sitzwache, der mit Blick auf den ungewöhnlichen Ablauf der Ereignisse in das Ermessen der Verantwortlichen gestellt gewesen sei, sei noch nicht als pflichtwidrige Unterlassung zu werten.» [1]

## Das erste Bundesgerichtsurteil (2004) [2]

Das Bundesgericht kippte die Beurteilung. Dass es das kantonale Urteil aufhob, war verständlich, denn das kantonale Verwaltungsgericht hatte die Zumutbarkeit einer Sitzwache nicht selbst beurteilt, sondern diese Frage faktisch an die Gutachter delegiert.

## Das zweite kantonale Urteil

Das betroffene Spital hatte im Durchschnitt nicht weniger Sitzwachen angeordnet als vergleichbare andere Unispitäler. Zu entscheiden blieb die Frage, ob das Spital im Rahmen der «zumutbaren Sorgfalt» eine Sitzwache auch für diesen Patienten hätte stellen müssen, um den Sturz aus dem Nachbarzimmerfenster zu verhindern.

Das kantonale Verwaltungsgericht urteilte am 25. Juli 2005 so: Das Zimmerfenster dieses Patienten war abgeschlossen. Ein Sturz aus dem Fenster des Nachbarzimmers war gemäss Experten offenbar weltweit noch nie vorgekommen. Will man maximale Sicherheit, muss man für jeden verwirrten Patienten nach Herzoperation eine einwöchige Sitzwache organisieren, also pro Patient zusätzlich Fr. 1680.– aufwenden.

Der Grenznutzen wäre klein, denn die Wahrscheinlichkeit für diesen Sturz aus dem Fenster des Nachbarzimmers betrug höchstens eins zu einer Million. Die Grenzkosten werden damit astronomisch hoch:

«Setzt man diese Risikoreduktion in Beziehung zu den Kosten einer einwöchigen Sitzwache (Fr. 1680.–; vgl. vorne E. 5.4.1), welche das Risiko vermieden hätte (vorne E. 5.4.3), so ergeben sich pro gerettetes Menschenleben Kosten von mindestens ca. 1,7 Milliarden Franken, oder – umgerechnet auf die durchschnittliche Lebenserwartung des damals 75-jährigen

Korrespondenz:  
Rechtsdienst FMH  
Postfach 170  
CH-3015 Bern  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
lex@fmh.ch

gen Patienten von ca. 11,5 Jahren (Stauffer/Schaetzle, Barwerttafeln, 5. Aufl. 2001, Tafel 42) – *pro gerettetes Menschenlebensjahr Kosten von mindestens 150 Mio. Franken.* [...] Selbst wenn man verschiedene Parameter der angestellten Rechnung deutlich und in einem unrealistischen Mass zu Gunsten der Klägerinnen ändert, könnte die Massnahme damit nicht mehr als finanziell zumutbar bezeichnet werden.» (E. 5.4.6)

Das kantonale Verwaltungsgericht vergleicht diese Grenzkosten mit denjenigen, die im Gesundheitswesen und in der allgemeinen Risikodiskussion als vernünftig angesehen werden:

«So werden im Bereich des *Gesundheitswesens* selbst für komplizierte Behandlungsmethoden Kosten in der Grössenordnung bis zu *etwa Fr. 300 000.– pro QALY* (quality-adjusted life year) angenommen (vgl. Jürg H. Sommer, *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*, 2001, S. 69 ff.). In der allgemeinen Risikodiskussion werden Grenzkostenbeträge von maximal 20 Mio. Franken pro gerettetes Menschenleben oder maximal Fr. 500 000.– pro gerettetes Menschenlebensjahr diskutiert (Hansjörg Seiler, a.a.O., S. 153 f.).» [3]

Das kantonale Verwaltungsgericht schliesst: Das Unispital konnte und musste diesem Patienten keine Sitzwache auf Kosten des Prämien- und Steuerzahlers organisieren [4].

Die gleiche Frage, über die das Bundesgericht nun gestolpert ist, hat der Landarzt Dr. Klöti in der schönen Geschichte von Luzi Dubs aus dem Jahr 2003 [7] elegant gelöst:

«*Pharmavertreter Ledergerber zu Besuch bei Dr. med. Klöti*

Dr. med. Pius Klöti praktiziert seit 15 Jahren als Landarzt, ist dabei zufrieden und empfängt jedes Jahr einmal den Pharmavertreter Ledergerber zwecks Informationen über neueste Medikamente. [...] Während Ledergerber seine ersten Musterpackungen auf dem Tisch ausbreitet, berichtet er mit sichtlichem Stolz über den günstigen Monatspreis von Fr. 78.– für die Behandlung. Klöti wirkt nachdenklicher als auch schon und schaut sich etwas länger als üblich die Studie an. An der Stelle, wo er die konkreten Zahlen über die Inzidenzen entdeckt, hält er inne. Eine 10jährige Medikamenteneinnahme reduziert die Schenkelhalsfrakturrate von 6% auf 4%. Rasch gelangt er via Berechnung der absoluten Risikoreduktion zur Number-needed-to-treat von 50. Er müsste also 50 Frauen 10 Jahre lang mit CONTRAFRAKT-PLUS behandeln, um eine einzige Schenkelhalsfraktur zu vermeiden. Bei einem Jahrespreis von 936 Franken belaufen sich die Kosten demnach auf Fr. 468 000.–, um dieses Ziel zu erreichen. Ledergerber hat mit der Angabe der relativen Risikoreduktion von 33% zwar keine Unwahrheiten verbreitet. Klöti hat sich aber diesmal nicht erwischen lassen.»

*Buchtipp*

Das Buch von Gerg Gigerenzer, «Das Einmaleins der Skepsis» [8, 9], wurde in Deutschland im Jahr 2002 als Wissenschaftsbuch des Jahres ausgezeichnet. Es ist zudem süffig geschrieben und taugt als Gutenachtlektüre für Ärzte und Juristen.

## Kommentar

Der methodische Ansatz überzeugt. Medizin und Recht müssen beim Entscheid über die Behandlung Grenznutzen und Grenzkosten abwägen.

Aufgrund der konkreten Prozessgeschichte hat das Verwaltungsgericht den Grenznutzen und die Grenzkosten nur bezüglich des Sturzes aus dem Nachbarzimmer geprüft. Das war möglicherweise etwas reduktionistisch, und damit blieb letztlich die Frage offen: Wieviel Grenznutzen über alles hätte eine lockerere Indikationsstellung für Sitzwachen, und wieviel Grenzkosten würden damit verursacht?

## Das zweite Urteil des Bundesgerichts (2006 [5])

Das Bundesgericht nimmt die Diskussion des kantonalen Verwaltungsgerichts zu Grenznutzen und Grenzkosten zwar auf ...:

«Nach den bereits aufgeführten Zahlen (vorne E. 4.1) ergeben sich pro Delirfall Kosten von Fr. 1680.– und für alle Delirfälle zusammen jährliche Kosten von Fr. 369 600.– bis Fr. 655 200.– [für dieses Spital. Anm. d. A.] Diese Kosten erscheinen als finanziell ohne weiteres zumutbar, insbesondere wenn sie mit den weit höheren Kosten der Operationen selbst verglichen werden, die an solchen Patienten vorgenommen werden. Noch viel eindeutiger ist das Ergebnis im Übrigen, wenn die vom Verwaltungsgericht befürwortete volkswirtschaftliche Betrachtungsweise übernommen würde. Danach wird von Grenzkostenbeträgen von maximal zwanzig Millionen Franken pro gerettetes Menschenleben und von zwischen Fr. 300 000.– bis Fr. 500 000.– pro gerettetes Menschenlebensjahr ausgegangen (Urteil E. 5.2 S. 20). Für H. \_\_\_\_\_ mit einer zurzeit der Operation rund 11,5 Jahre betragenden durchschnittlichen Lebenserwartung (angef. Urteil E. 5.4.6) würden sich so Grenzkostenbeträge von Fr. 3 450 000.– bis Fr. 5 750 000.– ergeben.» (E. 4.3.)

... aber zeigt sogleich, dass es diese Logik noch nicht verstanden hat, denn es fährt fort:

«Verglichen mit diesen Beträgen erscheint der erforderliche Aufwand von Fr. 1680.– für eine einwöchige Sitznachtwache verschwindend gering, weshalb auch unter diesem Aspekt die finanzielle Zumutbarkeit ohne weiteres bejaht werden kann.»

## Kommentar

### 1. Der Entscheid ist logisch falsch und nicht finanzierbar

Offensichtlich ist, dass sich die beiden Gerichte in dieser Sache «aufeinander eingeschossen» hatten, was die Beurteilung der Konsequenzen nicht einfacher macht.

Dennoch ist aus meiner Sicht klar: Der Bundesgerichtsentscheid überzeugt nicht. Das Bundesgericht hat die Number-needed-to-treat-Frage offensichtlich noch nicht verstanden. Das

bedeutet: Es wäre medizinisch und rechtlich falsch, nun bei jedem verwirrten Herzpatienten Sitzwachen anzuordnen. Das kantonale Verwaltungsgericht hatte zu Recht festgehalten:

«Mit dem Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung) wäre es nämlich nicht vereinbar, in einigen Fällen sehr hohen Aufwand zu betreiben, um geringfügige Risiken weiter zu reduzieren, wenn in anderen Fällen selbst wesentlich weniger aufwändige Massnahmen nicht getroffen werden. Dies gilt auch für Risiken im Gesundheitswesen: Es geht auch hier nicht an, bloss für einzelne Patienten oder Kategorien von Patienten sehr kostspielige Sicherheitsmassnahmen durchzuführen, für andere aber nicht, da alle Personen gleichermassen Anspruch auf Behandlungs- oder andere Massnahmen haben (vgl. Brigitte Pfiffner Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, 2003, S. 50 ff., 223 ff.). Die finanzielle Zumutbarkeit von Massnahmen kann also nur solange bejaht werden, als der daraus resultierende Aufwand noch in einem Rahmen liegt, der auch dann, wenn er verallgemeinert wird, von der Gesundheitspolitik bzw. der gesamten Volkswirtschaft finanziert werden kann.»

Dem ist nichts beizufügen.

## 2. Aufklärung: Finanzierung zu teurer Massnahmen durch den Patienten?

Die Behandlung auf Kosten des Prämien- und Steuerzahlers müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Hingegen ist es dem Patienten nicht verboten, nützliche aber unwirtschaftliche Behandlungen selbst zu bezahlen. Solange es einen medizinischen Grenznutzen gibt (die zusätzliche Massnahme also medizinisch mehr nützt als schadet), stellt sich die Frage, ob nicht Arzt und Ärztin den Patienten oder seinen Angehörigen entscheiden lassen sollen: Wollen diese trotz hoher bzw. in unserem Fall wohl astronomisch hoher Grenzkosten diese zusätzliche Massnahme – oder in einem anderen

Fall zum Beispiel ein nicht kassenpflichtiges Medikament [6] – selbst bezahlen?

Keine Lösung wäre hingegen wohl eine Sitzwache durch die Angehörigen selbst. Denn alle von mir kontaktierten Spitalärzte haben dazu spontan kommentiert: «Ein Angehöriger über Nacht im Spital, das ist ein zu betreuender Patient mehr.» Und damit wären wir indirekt wieder bei den Zusatzkosten für zusätzliche Sicherheit, die dem Prämien- und Steuerzahler wohl nicht mehr auferlegt werden können.

### Literatur

- 1 Kantonaler Entscheid wiedergegeben im Urteil des Bundesgerichts von 2004 (deshalb die indirekte Rede).
- 2 Urteil vom 19. Oktober 2004, 4P.92/2004.
- 3 Das Gericht bezieht sich hier auf: Seiler H. Risiko-basiertes Recht. Risk-Based-Regulation – ein taugliches Konzept für das Sicherheitsrecht? Schweizerischer Nationalfonds, Projekt Nr. 1113-52163.97. Bern: Stämpfli; 2000.
- 4 «Insgesamt ergibt sich aus diesen Überlegungen, dass angesichts der sehr kleinen Todesfallwahrscheinlichkeit, die sich mit der Sitzwache hätte vermeiden lassen, diese Massnahme finanziell nicht zumutbar und ihre Unterlassung damit nicht pflichtwidrig war.» E. 5.6.
- 5 Entscheidungsnummer 4P.244/2005.
- 6 Jefford M, et al. Medical Paternalism and expensive unsubsidised drugs. *BMJ* 2005;331:1075-80.
- 7 Dubs L. Offensive für nutzenorientierte Medizin in Winterthur. *Schweiz Ärztezeitung* 2003; 84(35):1790-1.
- 8 Gigerenzer G. Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. 2. Auflage. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag; 2005.
- 9 Gigerenzer G. Calculated risks: How to know when numbers deceive you. New York: Simon & Schuster (UK edition: Penguin Books); 2002.