

UNSERE soziale Wohlfahrtsgesellschaft kann den Erfolg für sich verbuchen, fast lückenlos allen Bürgern eine hochqualifizierte medizinische Versorgung bieten zu können. Die Gesundheit wird als hoher Wert eingestuft, für den es sich lohnt, auch einen entsprechenden Anteil des Brutto-Inlandsproduktes (BIP) zur Verfügung zu stellen. In Österreich beispielsweise sind das 9,6% des BIP, und damit liegt es gleichauf mit der Schweiz, Frankreich und Deutschland im Spitzenfeld der Gesundheitsausgaben der europäischen Industrienationen. Wenngleich sich manche Stimmen hörbar machen wollen, daß dies noch zu wenig sei, sollte man beispielsweise den Vergleich zu Rußland heranziehen, wo die Bevölkerung mit 2,6% des BIP das Auslangen finden muß. Die Situation, wie wir sie in unseren Ländern erleben, bringt aber als Kehrseite der Medaille ein neues Phänomen mit sich: die weitverbreitete Ansicht, daß im Gesundheitsbereich keine Knappheit der Mittel existiert. Es ist paradox, aber den Ärzten und Patienten scheint der direkte Bezug zu den Kosten einer Therapie oder Diagnostik weitgehend aus dem Bewußtsein entschwunden zu sein. Der Spitalsarzt weiß häufig nicht genau, was ein bestimmtes Medikament oder eine aufwendige Laboruntersuchung kostet. Und selbst wenn er die entsprechenden Preise kennt, werden sie häufig nicht mit ins Kalkül zur Entscheidungsfindung bezüglich einer konkreten Therapie oder der Durchführung eines bestimmten diagnostischen Verfahrens gezogen. Im ärztlichen Alltag stößt man kaum auf Grenzen, die die Knappheit der Mittel setzt. Man geht von der Annahme aus, daß für den konkreten Einzelpatienten immer alles ohne Limit aus dem „gemeinsamen Topf“ geholt werden kann. Die Argumentation könnte etwa folgendermaßen lauten: „Warum sollte man bei diesem Patienten keine Compu-

ter-Tomographie durchführen? Schließlich haben wir ja den Apparat und das Personal im Haus.“ Zum ökonomischen Effizienzdenken, das zu einer besseren Ressourcenverteilung und besserem Einsatz führen sollte, fühlen sich die Ärzte nicht berufen. In Wirklichkeit können sie auch nicht viel dazu beitragen, weil die Zusammenhänge die Handlungskonsequenzen des einzelnen Arztes übersteigen. Das Gesundheitssystem sollte aber Regelungen vorsehen, die das Effizienzdenken fördern. Das neue LKF-System will einen Beitrag dazu leisten. Dennoch werden von der Ärzteschaft ökonomische Überlegungen im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie häufig als unethisch und einschränkend empfunden, weil diese sie vermeintlich daran hindern, dem Patienten das für ihn Beste zu tun. Eine derartige Haltung geht aber von einer Annahme aus, die letztlich immer Illusion bleiben muß: nämlich, daß der einzelne Kranke ein unbeschränktes Recht auf die Zuwendung aller Güter besitze, ohne Rücksicht auf andere nehmen zu müssen. Eltern in einer kinderreichen Familie werden leicht nachvollziehen können, worauf hier angespielt wird. Die Bedürfnisse eines Kindes können nicht einfach aus dem Context der Bedürfnisse der anderen und den finanziellen Möglichkeiten der ganzen Familie herausgelöst werden. Was auf den ersten Blick als unbedingt notwendig erscheinen mag, findet beim nochmaligen Überlegen eine andere, günstigere Lösung, die nicht schlechter sein muß. Kluges Abwägen aller „Für“ und „Wider“ schafft das „Kunststück“, mehrere Angelegenheiten „unter einen Hut“ zu bringen. Ein solches Vorgehen von seiten der Eltern wird von niemandem als unethisch oder fahrlässig abgeurteilt werden können. Zieht man die Parallele zur Arzt-Patientenbeziehung, so wird vielleicht deutlich, was damit gesagt werden will. Der Arzt kann in

seinem Handeln die Nöte anderer Patienten nie gänzlich ausklammern. Er wird mit Weitblick am besten abschätzen können, welcher Kranke bevorzugt seine Hilfe braucht und bei wem ohne Gefahr eine Therapie auf später verschoben werden kann. Gelegentlich wird er vielleicht sogar eine Behandlung zu Gunsten eines anderen einstellen müssen. Oder aber er wird eine vom Patienten geforderte Untersuchung (CT, Labor usw.) deswegen nicht durchführen, weil sie nicht indiziert ist und es eine Verschwendung wäre, würde man sie trotzdem machen. Eine derartige Vorgangsweise war und ist den Ärzten nicht fremd; jeder Hausarzt beispielsweise muß (nicht nur seine Zeit) rationieren. Dies ist keinesfalls unmoralisch, sondern kann ganz im Gegenteil einer Verpflichtung gleichkommen. In diesem Heft wollen wir mehrere Artikel bringen, die ökonomische Überlegungen von verschiedenen Seiten her beleuchten. Der Focus beschäftigt sich mit der volkswirtschaftlichen Analyse von (teuren) medikamentösen Präventivmaßnahmen. An-

hand der Ergebnisse einer Kosten-Nutzen-Analyse soll aufgezeigt werden, daß der unkritische Einsatz von Arzneimitteln das Gesundheitsbudget belastet, und umgekehrt in diesem Bereich reale Einsparungspotentiale vorhanden sind. Im Schwerpunkt finden sich Beiträge, die aufzeigen wollen, daß der ökonomische Diskurs durchaus in den Zusammenhang der hippokratischen Ethik gestellt werden kann, ja, daß der Arzt sogar moralisch verpflichtet ist, in seinem Verhalten Verschwendung und Ungerechtigkeit zu vermeiden. Wie schwierig diese Aufgabe der gerechten Mittelallokation ist, macht auch der Artikel von J. DESZY deutlich. In einer pluralistischen Gesellschaft gibt es keine einheitliche Auffassung von Gesundheit, weil die Zielvorstellungen derart weit auseinander gehen. Keine einfache Aufgabe ist es daher, die vorhandenen Mittel gerecht zu verteilen. In Zukunft gilt es, diese nicht mehr ökonomische, sondern im eigentlichen Sinn ethische Frage in Angriff zu nehmen.

Die Herausgeber