

SCHWERPUNKT GESUNDHEITSÖKONOMIE UND ETHIK

Was ist uns unsere Gesundheit wert?

Josef DÉZSY

ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheit ist nicht objektiv bewertbar, weil die Zielvorstellungen der Menschen so unterschiedlich sind. Die Wirksamkeit der eingesetzten Mittel (Kosten) steht nicht in einer eindeutigen Korrelation zur Effektivität der einzelnen angewandten Maßnahmen, der Qualität und dem Grad der Zielerreichung. Beim gegebenen Fortschritt der Medizin, Technik, Biologie, Pharmazie und der Methoden wird es in Zukunft schwerpunktmäßig um ethische Fragen gehen. Insbesondere darum, welche Maßnahmen wann und ob eingesetzt werden, und ob sie ethischen Vorstellungen der Gesellschaft, dem besseren Leben und der Verteilergerechtigkeit u.a. Kriterien entsprechen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsökonomie, Verteilergerechtigkeit, Effektivität im Gesundheitsbetrieb, Subjektive Bewertbarkeit der Gebrechen und Krankheit, Qualität des Lebens, Ethik

ABSTRACT

Health can not be objectively evaluated as the imagined aim or goal varies from person to person. The efficiency of the means (costs) used do not stand in an unequivocal corelationship to the effectiveness of the individual measures applied, the quality and the degree of the end gain. With the continuing progress in medicine, biologie, pharmacie and their methods the focal point in the future will be the question of ethics. Especially since which measure when and if they should be taken at all will depend on society's conception of the advantages for a forthcoming of a better life, justice of distribution and other criteria.

keywords: health economics, Justice of distribution, effectiveness of health service, subjective evaluation of infirmity and illness, quality of life, and ethics.

SOLL die gestellte Frage nach dem Wert der Gesundheit bzw. den Gesundheitsleistungen vom Standpunkt des Gesundheitsökonomien beantwortet werden, so ist es unbedingt erforderlich, daß man sich zuerst der ökonomischen Prinzipien besinnt und prüft, ob die Frage überhaupt beantwortbar ist.

Die Ziele und Aufgaben der Ökonomie als Disziplin liegen in der Erkenntnis, daß wir in einer Welt von begrenzten Mitteln leben und deshalb haushalten müssen. Dieses Haushalten setzt voraus, daß ein Ziel gesetzt wird, das durch Haushalten erreichbar ist.

Auch unser Leben und die Gesundheit sind begrenzt; daraus folgt, daß wir auch die Gesundheit und unser Leben überlegt einsetzen und dieses superiore Gut ökonomisch verwenden müssen.

Entsprechend unserem Erkenntnisstand wird das menschliche Dasein als Wettbewerb mit anderen Lebewesen, insbesondere mit anderen Mitmenschen, angesehen.¹

Dieser Wettbewerb bewirkt, daß sich der Mensch so auszubilden versucht und sich anpaßt, daß er Vorteile im Wettbewerb erlangt.

Bedürfnisse im Gesundheitswesen können somit in ihrer allgemeinen Form als empfundener Mangel an Wettbewerbsfähigkeit und als Wunsch, diesen zu beseitigen, gesehen werden.

Demnach wären Ausgaben zur Wiederherstellung verlorengangener Gesundheit als Reinvestition in Humankapital zu sehen.²

Auf dem Weg zur Erreichung dieses Zieles stehen wir laufend in der Situation, zwischen mehreren Möglichkeiten wählen zu müssen, und diese Wahl wollen wir rational treffen, das heißt wir suchen unseren größtmöglichen Nutzen.

Voraussetzung ist allerdings, daß wir die Alternativen und deren Sinnhaftigkeit erkennen.

Im Gesundheitswesen sind wir als Nichtgeschulte nicht in der Lage die richtige Wahl bei der Behandlung unserer Krankheiten treffen zu können, weshalb wir einen Fachmann brauchen, der auch gleichzeitig unser Interessens-

vertreter ist. Der bekannte Gesundheitsökonom ARROW hat dieses Phänomen in seiner agency theory ausführlich beschrieben.³

Ein Arzt schafft ja auch nicht allein Gesundheit, dies kann nur mit dem Fachpersonal und dem Patienten gemeinsam gelingen.

Letzterer muß bereit sein, die Leistungen des Arztes anzunehmen. Er ist sozusagen ein „Produzenter“, also jemand, der Produzent und Konsument zugleich ist.⁴

Ohne die Kraft und Bereitschaft, die verlorengangene Gesundheit gemeinsam mit dem Arzt wiederherzustellen wird dieser Vorgang nicht glücken.

Dies ist auch das große Problem im Bereich der Krankenpflege chronisch Kranker oder überhaupt der Pflege alter Menschen, denen dieser „aktive Primärinput“⁵, also der Wille bei seiner Gesundung mitzuwirken, fehlt oder gering ist. Wie soll denn ein Querschnittsgelähmter oder ein Krebskranker im Endstadium glauben können, daß der Arzt ihn gesundmachen wird? In diesen Fällen stehen neue Aufgaben zur Lösung an, erbracht durch neue Fachleute, wie etwa Psychotherapeuten o.a, die die Pflegenden unterstützen, weil eben das Ziel, Gesundheit wieder zu erlangen, nicht erreicht werden kann.

Alles was auf diesem weiteren Weg möglich ist heißt „futile“, also vorübergehende Besserung des Wohlbefindens, aber keine grundlegende Veränderung des Gesundheitszustandes.⁶

Wir sind also, wenn es um Gesundheitsleistungen geht, keine souveränen Konsumenten.

Wie verhalten wir uns aber vorher?

Können wir unsere Gesundheit und deren Nutzen nicht richtig einschätzen?

Wenn wir uns den von SCHOPENHAUER stammenden Satz ins Gedächtnis rufen, der lautet: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, oder etwa die anfangs vorgetragenen Begriffe von Gesundheit, dann müßte man meinen, daß wir alles daransetzen, dieses höchste Gut Gesundheit zu pflegen und zu erhalten.

Aus einer weltweit bekannten kanadischen Untersuchung ist uns bekannt, daß als Faktoren

für die Gesundheit zu 24 % die Umwelt, zu 37% der Lebensstil, zu 29% die Humanbiologie, die Konstitution, und nur 10% die kurative Medizin zu nennen sind.¹⁰

Die Gesundheitsökonomie zeigt auf, daß der Mensch auf dem Weg zu seinem subjektiv gesteckten Ziel, die größtmögliche Menge an Wohlbefinden und Nutzen zu erreichen – auch wenn es oft um Scheinnutzen gehen kann – in objektivem Sinne Fehlentscheidungen trifft. Die Lebens- und Konsumgewohnheiten der verschiedenen Menschen sind deshalb auch so. Die Versicherungen zeigen einerseits in ihren Berechnungen, den sogenannten Gliedertaxen auf, was ein Fuß, ein Auge, eine Hand etc wert sind. Das sind statistische Werte, die niemals darüber Aussagen treffen können, was die Integrität eines Menschen wirklich bedeutet. Der Ringfinger der linken Hand einer Bäuerin ist sicher für deren Leben nicht gleichviel wert, wie etwa der des Geigenvirtuosen Yehudi MENUHIN.

Wieviel Geld soll man überhaupt für Gesundheitsleistungen ausgeben?

More plausible relationship between health spending and medical outcome

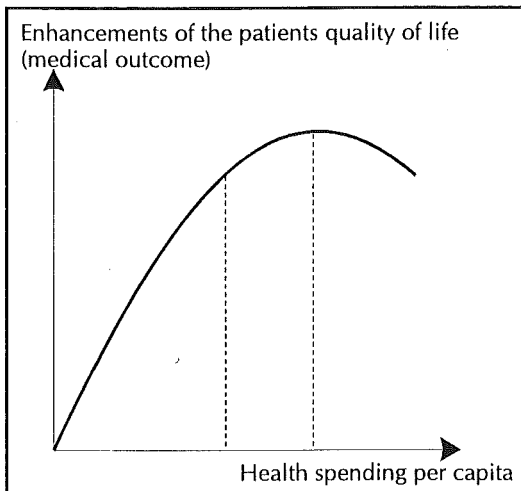


Abb 1: Grenznutzen des Ausgabenzuwachses

Diese Frage beantwortete Prof. STREIßLER von der Universität Wien anlässlich des österreichischen Ärztetages 1996 lapidar in seinem Vortrag mit: „nicht zuviel.“

Durch Verschiebungen des Mitteleinsatzes können intersektoral (z.B. weniger Straßenbau – mehr Gesundheitswesen u.a.) oder intrasektoral (z.B. mehr ambulant, weniger stationär oder mehr Prävention, weniger kurative Medizin u.a.) unterschiedliche Geldflüsse entstehen, die wir Opportunitätskosten nennen.

In einem geschlossenen Budgetsystem eines Staates könnten die Abgeordneten im Parlament die Meinung vertreten, daß der größte Anteil der Budgetmittel für Gesundheit ausgegeben werden soll. Dies könnte dann lediglich so bewerkstelligt werden, wie angedeutet, daß andere Ministerien auf ihre Mittel teilweise verzichten.

Letztlich wäre aber, wenn wir diese Überlegung fortsetzen und zu der von Journalisten manchmal vertretenen Meinung kommen, eines Tages werde man alle Budgetmittel für Gesundheitsleistungen ausgeben müssen, die Frage: was würde der einzelne dann mit der Gesundheit allein anfangen, wenn es keine Kultur, keine Vergnügen, keine Musik etc gäbe. Die Wirtschaftswissenschaft fragt immer nach der Nutzenvermehrung.

Wir können ohne Zaudern antworten, daß der Wert der Gesundheit für die Zielerreichung des Individuums nicht so hoch angesetzt werden wird.

Dieses zugegebene superiore Gut Gesundheit wird immer mit anderen Gütern unseres Lebens konkurrieren und nur eines der erstrebenswerten Güter sein.

Die Frage meines Beitrages kann also doch wohl nur sein: „Was sind uns die *Gesundheitsleistungen* wert?“ Außerdem: „*Wieviel, wie lange, wann und zu welchen Kosten müssen Leistungen erbracht werden?*“

Wenn wir uns einige Ziffern aus der Statistik diverser Staaten über den Geldeinsatz und den Nutzen von Gesundheitsleistungen ansehen (Abb 2 u. 3), werden wir sofort sehen, daß die Menge der eingesetzten Gelder *nicht mit der*

Finanzierungsanteil (in %)					
	Sozialbeiträge	Staat	Private Versicherung	Selbstbeteiligung	Sonstige
B	44,6	32,6	5,0	17,8	0,0
BRD	66,2	12,0	7,7	12,9	1,1
DK	0,0	36,5	1,3	12,2	0,0
E	40,2	37,8	5,0	16,9	0,1
F	66,4	5,9	9,4	17,4	0,9
GB	7,6	72,7	6,1	13,6	0,0
GR	42,9	35,6	2,9	18,6	0,0
I	40,3	35,2	4,8	19,6	0,0
IRL	6,4	65,0	10,2	18,4	0,0
L	55,0	19,1	8,9	16,9	0,0
NL	63,0	7,3	17,5	12,1	0,0
P	13,3	68,1	3,2	20,3	0,0
EG	48,0	28,4	7,4	15,8	0,5
A	55,6	25,3	6,0	13,2	0,0
CH	44,8	24,3	7,0	23,5	0,0
S	16,5	68,5	2,5	12,0	0,0
USA	18,6	24,8	31,3	22,1	3,2

Abb 2: Finanzierung der Gesundheitssysteme im Jahr 1990
(Quelle: Übersicht F.3.1 und eigene Berechnungen)

Zunahme von Gesundheit oder Verlängerung der Lebenserwartung korreliert.

Weiters zeigt sich, daß nach Ansicht bekannter Ökonomen wie HAVINGHURST und BLUMSTEIN oder auch REINHARDT^{7,8} der Nutzen bei erhöhten Gesundheitsleistungen ab einem bestimmten Punkt nicht mehr zunimmt, sondern sogar abnimmt – oder sich ins Negative wendet (z.B. Polypragmasie)(Abb 1).

Wir haben bereits oben erwähnt, daß der Wert der Gesundheitsleistungen im eigentlichen Sinne nur subjektiv sein kann.

Die Einzelperson selbst ist an sich einmalig, unwiederbringlich und entzieht sich letztlich einer Bewertbarkeit. Nur relativ und in der Gemeinschaft wird ihr, bezogen auf verschiedene Zielsetzungen, ein Wert zugesprochen: als Produzent, als Arbeiter, als Zahler von Versiche-

rungsbeiträgen, als Glied der Kette des Generationenvertrages im Hinblick auf die Pension und andere Kennziffern.

Jedenfalls ist nun in meinen Ausführungen auch klarzustellen, daß Ökonomie im eigentlichen Sinne mit Kosten, die durch Handlungen entstehen, nicht direkt zu tun hat.

Kosten können entstehen für Handlungen, die im Hinblick auf die Erreichung eines gesetzten Zieles effektiv, d.h. wirksam oder effizient, d.h. wirtschaftlich oder auch das Gegenteil sind, sie sind lediglich der geldmäßige Ausdruck für bestimmte Vorgänge.

Der Nutzen, den Ärzte und Pflegepersonal einem Todkranken durch Leistungen spenden, muß von ihm noch erlebbar, also konsumierbar und spürbar sein. Dann ist auch die Leistung mit einem geringen Nutzenzuwachs als ökonomisch, also als sinnvoll zu bewerten.

Wenn wir im Gesundheitswesen, speziell im Krankenhausbereich bis

vor kurzem Tarife hatten, waren diese bestenfalls lediglich der Ausdruck für entstandene Kosten. Niemand wußte, ob gut und sinnvoll oder schlecht gewirtschaftet worden war, denn alle Kosten wurden „post festum“ durch die öffentliche Hand dem Krankenhaus refundiert.

Einen Preis für Gesundheitsleistungen gab es nicht, da er auch im klassischen Sinne der Ökonomie nicht zustande kommen konnte. (Vielleicht mit der Ausnahme von Ärztehonoraren, die durch Verhandlungen zwischen Versicherungen und Ärztekammer ausgehandelt wurden).

Wenn man den Preis – simplifiziert – als Treffpunkt von Angebot und Nachfrage bezeichnet, dann konnte er auch nicht auf dem Markt entstehen, denn er wäre nicht bezahlbar

gewesen, weil die Nachfrage das Angebot um das millionenfache übersteigt.

Wer will nicht ewig schön, jung und fern jeglicher Krankheit sein?

Ein kleines Beispiel zeigt dies: Jemand verschluckt beim Fischessen eine Gräte, was ihn in höchste Not, ja seiner Ansicht nach in Lebensgefahr bringt. Er wird zum Arzt gebracht, der diese Gräte mit einer Pinzette entfernt. Auf die Frage des erleichterten Patienten, was er für die Leistung zu bezahlen habe, antwortet der Arzt: Geben Sie mir die Hälfte von dem, was sie mir geben wollten, als sie mit

der Gräte im Hals zur Türe hereingekommen sind.

Der Preis („Quasipreis“) für Gesundheitsleistungen wird und kann nur mit Hilfe gesellschaftspolitischer Hilfsmaßnahmen und künstlich oder auf Grund statistischer Normen, etwa bezogen auf Diagnosen – wie dies im neuen Finanzierungssystem in Österreich geschehen ist, – vorgegeben werden.

Es geht nicht nur um den einzelnen Menschen, sondern auch um die Gesellschaft, die für diese Maßnahmen Geld zur Verfügung stellen muß.

Diese Fragen können von der Ökonomik, müssen aber letztlich von Seiten der Ethik ge-

hen werden.

Verschwendung von Geld für ineffiziente und ineffektive Diagnostik und Therapie – sei es aus Mangel an Wissen oder aus Gewinnmaximierung – verhindert möglicherweise, daß die ohnehin begrenzten Geldmittel für andere, lebenswichtige Therapien zur Verfügung stehen.

Falscher Ehrgeiz von Ärzten, die aus Funktionslust alles, was die Medizintechnik bietet, anwenden und ausprobieren wollen, sei hier ebenso genannt, wie wichtige, von vornherein als kurzfristig bekannte Verlängerung des Lebens ohne Lebensqualität und Beachtung der Menschenwürde.

Ich denke hier an den 1990 verstorbenen Prof. SCHUY aus Graz, der in einem Vortrag vor Biomedizintechnikern gesagt hat:

„Wir brauchen Therapie und Behandlung für möglichst viele und nicht Wunder für wenige.“

Land	Zusätzliche Gesundheitsausgaben pro Kopf in DM KKP (1)	Gewonnene Lebensjahre (2)	Elastizität der Lebenserwartung
B	728	3,05	0,081
P	225	3,60	0,078
BRD	1.028	2,60	0,066
GR	203	1,50	0,056
IRL	565	1,95	0,055
A	959	2,90	0,055
F	1.159	2,30	0,046
E*	733	1,45	0,043
S	1.479	1,90	0,042
NL	649	1,05	0,041
CAN	1.343	2,15	0,040
GB	807	1,95	0,035
CH	1.244	1,80	0,034
I	1.159	1,80	0,028
L	846	1,70	0,024
USA	2.121	1,45	0,023
DK	743	0,60	0,019

*1980-1987

Abb 3: Zusätzliche Gesundheitsausgaben und gewonnene Lebensjahre 1980-1990 (Quelle: Übersichten F.2.3, F.4.10 und eigene Berechnungen)

Die folgende Abbildung (Abb 4) zeigt Ergebnisse von VERBRÜGGE, ergänzt mit meiner These, daß gerade durch die Möglichkeiten der Medizin die Gefahr besteht, daß am Ende des Lebens immer mehr Menschen ein Leben ohne Qualität haben.

Die erhöhte Zahl von Gesundheitsleistungen, die erbracht werden, bedeuten, wie statistisch nachgewiesen werden kann, nicht ein höheres Gesundheitsniveau der Bevölkerung. Ebenso ist es klar, daß die Fortschritte in der Medizin einer Verlängerung der Lebenserwartung, aber auch eine steigende Anzahl von Behinderten und Pflegebedürftigen gebracht haben. Nach verschiedenen Varianten wird es im Jahr 2015 zwischen 180-220.000 Pflegebedürftige in Österreich geben; ich meine hingegen in meinem 1989 veröffentlichten Buch „Gesundheitsreport II“, daß es etwa 340.000 sein werden.

Wir sprechen von einem fallenden Grenznutzen der eingesetzten Mittel. Aus der Sicht des Ökonomen sind auch die durch die Mittelverknappung immer brennender werdenden Fragen, wie Behandlung alter pflegebedürftiger

Menschen, der Verlängerung des Lebens mit allen Mitteln u.a. aufzuzeigen.

In Österreich wurden 1960 6 Mrd, 1988 130 Mrd und 1996 240 Mrd Schilling für Gesundheitsleistungen ausgegeben, aber der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich kaum geändert. Die Haupttodesursachen sind – und das mit steigender Tendenz – Herz-Kreislaufkrankungen (53,5 % aller Verstorbenen). Diese Todesursache könnte durch vernünftigen Lebensstil stark reduziert werden. (Abb 5)

Kostenerhöhung oder Kostenreduktion sind in keiner Weise Garant für unökonomisches oder ökonomisches Handeln. Die Kostenreduktion im Bereich nicht vertretbarer, nicht zielführender, unwirksamer Maßnahmen hat nur zum Resultat geführt, daß diese günstiger, aber immer noch ohne Anspruch auf Effektivität erbracht werden.

Gerade im Bereich der Geriatrie stellt sich immer wieder, und dies in nahezu allen westlichen Ländern, die schwierige Frage nach dem sinnvollen Handeln und den Grenzen. Letztlich geht es auch um die Frage, ob die verlorengegangene Gesundheit mit allen Mitteln

Gesundheitszustand (Index)

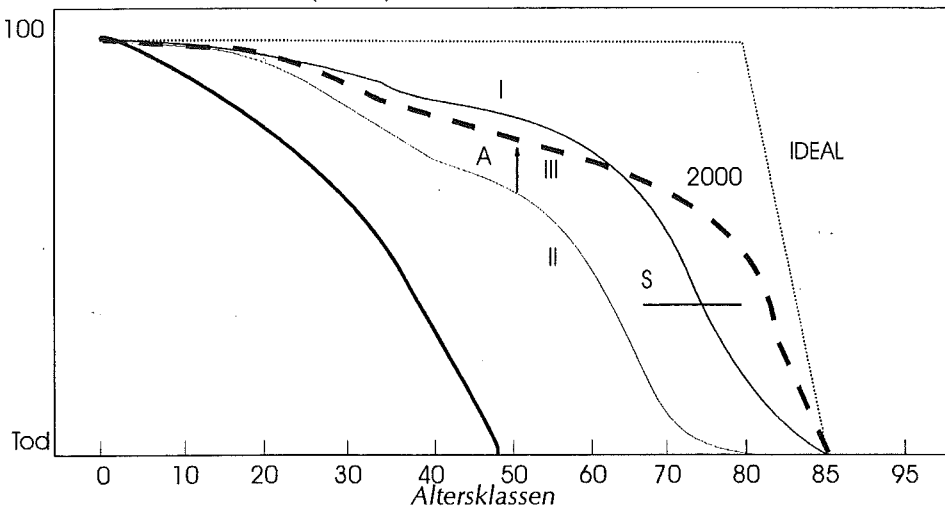


Abb 4: Veränderungen des Gesundheitszustandes nach Verbrugge

und zu jeder Zeit und jedem Zustandsbild wiederhergestellt werden soll.

Der einzelne Arzt, der entsprechend seiner Ausbildung dem ihm anvertrauten Menschen den Fortschritt weitergeben will, kann und darf einerseits nicht zum Richter gemacht werden, andererseits hat er aber auch die Frage nach dem Willen und der Erwartung des Patienten und der Qualität, die er durch eine Maßnahme geben kann, und nach der Menschenwürde zu stellen.

Hier ergibt sich also mit aller Schärfe die Frage nach dem Wert in qualitativem Sinne bei einer nur kurzen und vorübergehenden Verbesserung oder „Reparatur“.

JAHNINGEN und BINSTOCK⁹ stellen in ihrer Abhandlung „economic and clinical realities“ einige essentielle Elemente für die Geriatrie zur Diskussion, die bei ärztlichen Entscheidungen bedacht werden sollten: Lebensgeschichte, Entstehung des persönlichen Wertesystems, religiöse Sicht, Wünsche und Zielvorstellungen und vieles andere. Dieses Wissen besitzt aber ledig-

lich der Hausarzt, der den Menschen seit Jahrzehnten betreut und kennt. Demgegenüber hat der in der kritischen Phase handelnde Spezialist, der über das gesamte med.-techn. Arsenal verfügt und lediglich zu einer Episode beigezogen wird, dieses Wissen nicht. Von den genannten Autoren wird das mit Recht bedauert. Hier besteht ein Ungleichgewicht zwischen Wissen und Macht.

Am Ende seines Lebens wird aus dem nicht souveränen Konsumenten mittels Gesundheitsleistungen allzuoft ein Objekt der Medizin oder ein auf die Barmherzigkeit oder den politischen, praktierten Willen der Gesellschaft Angewiesener. Hier geht es – gleichgültig was geschieht – um die Erhaltung seiner Menschenwürde.

Zusammenfassend kann nochmals gesagt werden:

1. Wert von Gesundheit und Leben sind nicht objektivierbar. Die Definition der WHO, daß Gesundheit ein Zustand körperlichen und psychischen Gleichgewichts sei, ist reichlich romantisch.
2. Die Zielvorstellungen der Menschen sind so unterschiedlich und breitgestreut, daß jeder

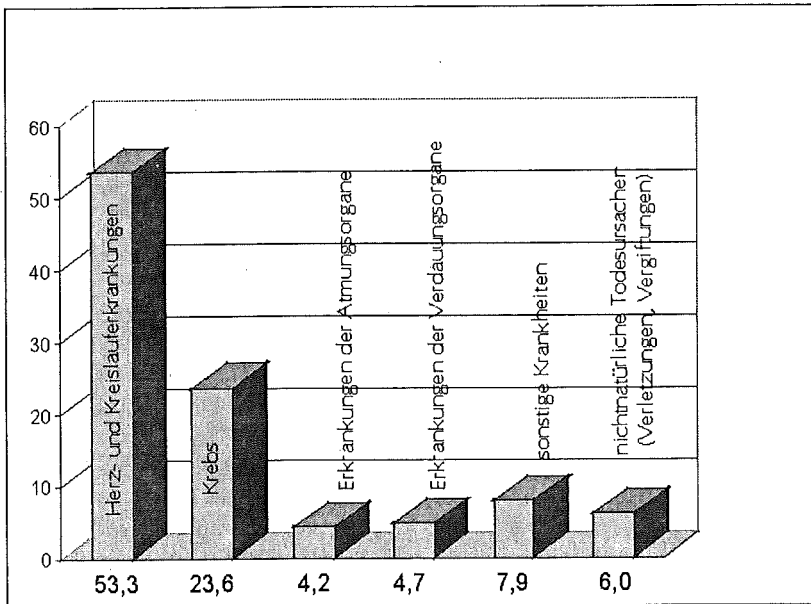


Abb 5: Todesursachenstatistik 1995 (In Prozent der Sterbefälle) (Quelle: ÖSTAT)

- Gesundheit und Wohlbefinden auf andere Art sieht, sucht und bewertet.
3. Körperliche Gebrechen bedeuten für jeden einzelnen einen unterschiedlichen Nutzenentgang bzw. Mangel und werden in der Wettbewerbsfähigkeit im Leben unterschiedlich bewertet. Diese Bewertung hängt auch von der sozialen Stellung, der Bildung und dem Beruf ab.
 4. Aus den genannten und anderen Gründen ist der Wert der Gesundheit nur subjektiv darstellbar.
 5. Bewertbar sind die Mittel, die für Gesundheitsleistungen, die Erhaltung der Gesundheit (primäre und sekundäre Prävention) und der Wiederherstellung von Gesundheit des einzelnen oder Linderung von Schmerzen ausgegeben werden oder auch organische Krankheitszustände oder Funktionsdefekte; also Krankheit kann im Vergleich mit der Norm bewertet werden.
 6. Die Bewertung der eingesetzten Mittel (Kosten) stehen nicht eindeutig in einer direkten Korrelation zur Effektivität der angewandten Maßnahmen und der Qualität und dem Grad der Zielerreichung. Vielmehr können wir feststellen, daß bei Überschreitung eines Optimums an Leistungen keine Zunahme an Gesundheit mehr erfolgen kann. Wir können festhalten, daß mehr Mitteleinsatz für Gesundheitsleistungen statistisch zu erhöhter Lebenserwartung und Lebensverlängerung führen kann, aber nicht unbedingt zur Verbesserung oder Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung oder zur Erhöhung der Lebensqualität des Einzelnen.
 7. Eine Preisbildung im Sinne des Marktes findet im Gesundheitswesen, ökonomisch gesehen nicht statt. Man greift auf statistische oder zwischen den Anbietern und Konsumentenvertretern (z.B. Versicherungen) ausgehandelte Werte zurück.
 8. Die Effektivität (Wirksamkeit) der Ausgaben für Gesundheitsleistungen, auch von Therapien allgemein oder von Gesundheitsprogrammen (Impfungen) kann mit Instrumenten der Ökonomie, wie etwa der Kosten-Nutzen-Analysen in größerem Rahmen, statistisch aber nicht individuell aufgezeigt werden.
 9. Auf der Nachfrageseite, den Patienten, wird der Wert der Gesundheit erst geschätzt, wenn sie verlorengegangen ist. Dann sind sie bereit, nahezu alles zu geben, um noch einige Zeit zu leben. Diese Sicht vertritt die gesamte Gesellschaft. Obwohl die kurative Medizin nur 10% Einfluß auf die Gesundheit hat, werden 90% aller Mittel des Gesundheitsbudgets für diese ausgegeben. Die Anbieterseite, vertreten in erster Linie durch die Ärzte, wird im Studium auf kurative Medizin hin ausgebildet. Der bekannte Schweizer Gesundheitsökonom Zweifel konnte aus OECD-Daten zeigen, daß die Ausgaben für die Behandlung in den letzten 6-8 Wochen der Patienten so hoch sind wie im gesamten übrigen Leben. Daraus kann geschlossen werden, daß am Ende des Lebens das gesamte Arsenal der Medizin eingesetzt wird.
 10. Ökonomie verlangt Entscheidungsmöglichkeit. Der Schwerstpflegebedürftige, koma-tös Sterbende kann in dieser Situation nicht entscheiden; deshalb sind letztlich alle zu treffenden Entscheidungen gesellschaftspolitisch und ethisch zu sehen oder zwischenmenschlich mit dem entsprechend würdevollen Hineingleiten ins Sterben, wobei sich der religiöse Mensch leichter tun wird. Nach WITTGENSTEIN kann man ja den Tod nicht erleben und damit gibt es für andere auch keine „Nutzenkategorien“ nach dem Tod.
 11. Beim gegebenen Fortschritt der Medizin, der Technik, der Biologie, die Pharmazie und der Methoden wird es in Zukunft schwerpunktmäßig um ethische Fragen gehen. Insbesondere darum, welche Maßnahmen wann und ob eingesetzt werden, und ob sie ethischen Vorstellungen der Gesellschaft, dem besseren Leben und der Verteilergerechtigkeit u.a. Kriterien entsprechen. Wenn man in einer Disziplin nahezu alles

kann, geht es nicht mehr um die Fragen des methodischen „Wie“ oder des „Was“, sondern *Wann und in welchem Ausmaß* die gegebenen Möglichkeiten eingesetzt werden. Dies ist in der Medizin, wie auch im Militär- oder Hochtechnologiebereich die gleich schwierige – letztlich aber ethische und nicht ökonomische Frage.

Referenzen

1. DÉZSY J., SCHWANZER H.: Einführung in das Krankenhausmanagement, Springer-Verlag, Wien-New York 1993 S 6
2. ANDREAE C.A.: Anmerkungen zum Stellenwert der Gesundheitsökonomie, in: *Gesundheitoeconomica* 1/1985 29 ff
3. ARROW K.J.: Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: *American econom. review* 1963
4. TOFFLER A.: *The third Wave*, New York 1980
5. DÉZSY J.: Kostenprobleme im Krankenhaus in: Band 3 der Reihe der Forschungsstelle f. Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth, Verlag R.E-Wilfer 1987 S 2 ff
6. SCHNEIDERMANN L., JECKER N., JONSEN A.: Medical futility, its meaning and ethical implications in: *Am. College of Physicians* 1990 S 949
7. HAVINGHURST C.C., BLUMSTEIN J.F.: Coping with quality / Cost trade offs in Med. Care in: *Northwestern Univ. Law Press* III/IV 1975
8. REINHARDT U.: Die Bedeutung des Qualitätsbegriffes in der gesundheitspolit. Diskussion in: *Info. Dienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung Köln* 1992
9. JAHNINGEN D.W., BINSTOCK H.: Economic and clinical realities in: *Too old for Health Care?* John HOPKINS Univ. Press Baltimore/London 1991 S 13 ff
10. ALAN DEVER G.E.: An epidemiologised model for health policy analysis“ in: *Social Indicator Research*, Nr.2/1976, Basierend auf der Arbeit von Lalonde M.: *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*“ Ottawa 1974