

Ökonomisches Denken und hippokratisches Ethos

Johannes BONELLI

ZUSAMMENFASSUNG

Ökonomisches Denken ist mit einer hippokratischen Ethik vereinbar, darf aber nicht zur Leitlinie ärztlichen Handelns gemacht werden. Es darf nicht dazu kommen, daß Gesundheit und Krankheit in erster Linie als ökonomische Größen angesehen und marktgerecht verwertet werden. Läßt sich der Arzt in seinen Entscheidungen vorrangig von den hippokratischen Tugenden leiten, wird er schon in den meisten Fällen kostengünstig arbeiten. Er wird das Wohl des Patienten als oberstes Handlungsziel nicht aus den Augen verlieren und dabei trotzdem wirtschaftlich effizient arbeiten.

Schlüsselwörter: Hippokratische Ethik, Ökonomie, Sinnhaftigkeit, Verhältnismäßigkeit, Surrogatparameter

ABSTRACT

Economic thinking is in line with Hippocratic Ethics but must not become the main guideline for the doctor's actions. It must not happen that health and illness be mainly considered to be purely an economical matter and be subjected to the rule of the market. If the doctor lets himself be guided by Hippocratic virtues, in most case he will automatically be doing his work in the least expensive manner. He will not lose sight of the fact that the wellbeing of the patient is his utmost aim but will be working economically efficient as well.

keywords: Hippocratic Ethics, economics, sensefulness, relativity, substitute measures

Die Frage, inwieweit und ob überhaupt ein ökonomisches Denken mit dem hippokratischen Ethos vereinbar sei, ist so vielschichtig, daß hier sicher keine umfassende und erschöpfende Antwort auf alle Teilaspekte dieses Themas gegeben werden kann. Daß der Arzt gegenüber sich selbst, den Patienten und der Gesellschaft eine gewisse ökonomische Verantwortung trägt, ist unbestritten.¹ In diesem Sinne meine ich, kommt der Arzt sicherlich nicht mit dem hippokratischen Ethos in Konflikt.

Unter dem Druck der heutigen globalen Ökonomisierung des Gesundheitswesens scheint sich aber im ärztlichen Denken insofern ein Paradigmenwechsel anzubahnen, als ökonomische Überlegungen als Entscheidungskriterien in das ärztliche Handeln mit einbezogen werden, wie dies bis vor wenigen Jahren noch undenkbar gewesen wäre.

Es sei hier nur an das ab 1997 gültige „leistungsorientierte Finanzierungssystem der Krankenhäuser“ (LKF-System) erinnert!

Es erscheint daher durchaus angebracht, wenn wir versuchen, diese Tatsache im Lichte der hippokratischen Medizin zu betrachten.

In Punkt 3 des Hippokratischen Eides heißt es unter anderem: „Meine Maßnahmen werde ich treffen *zum Nutzen des Leidenden*, nach meinem *Vermögen und Urteil*“. Und weiter: „*Schädigung und Unrecht* werde ich von ihm abwenden“. In Punkt 5 heißt es: „*Lauter und redlich* werde ich bewahren meine Kunst“.

Es ist also nicht die Ökonomie, die das ärztliche Handeln in der hippokratischen Ethik bestimmt, sondern es sind sehr konkrete Prinzipien, die hier gefordert werden. Insofern steht das hippokratische Ethos gegen jenen Zeitgeist, der ökonomisches Kalkül, Profit und hohe Gewinne zum Leitprinzip jeder Handlungsentscheidung macht, während jede Art von Überlegungen nach menschlichem Maß diesen Prinzipien untergeordnet wird. Für die hippokratische Ethik sind jedenfalls hohe Gewinnspannen kein Kriterium eines gerechten Handelns, sondern die hippokratische Ethik ist eine echte *Tugendethik*.²

Ich möchte allerdings behaupten, daß die vorrangige Beachtung der hippokratischen Tugenden als solche ebenfalls zu einer Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen führt, die allerdings in weit höherem Maße dem Wohl unserer Kranken gerecht wird als das rein ökonomische Kalkül.

Aus der hippokratischen Ethik lassen sich folgende Prinzipien ärztlichen Handelns ableiten:

I. Einfachheit (Effizienz)

Evidenzsicherung
Diagnostik
Sparsamkeit

II. Sinnhaftigkeit

Heilung
Lebensverlängerung
Lebensqualität (Angemessenheit)

III. Redlichkeit

Zeitgeist
Wahrhaftigkeit

IV. Verhältnismäßigkeit

Primum nil nocere
Risiko/Nutzen
Schaden/Nutzen
Kosten (Standards)

I. Einfachheit

Nach hippokratischer Lehre sollte es das Bestreben des Arztes sein, seine Handlungen innerhalb dieser Schöpfungsordnung so einzufügen, daß die Harmonie des Ganzen wiederhergestellt wird.

Anzustreben ist eine Wirksamkeit, die sich durch Behutsamkeit und Einfachheit auszeichnet. Heute würden wir von *Effizienz* sprechen, das heißt: das angestrebte Ziel (output) sollte mit möglichst sparsamen Mitteln (input) erreicht werden.

Evidenzsicherung

Dazu gehört z.B. die Forderung, alle Behandlungsmethoden nur bei sichergestelltem Wirkungsnach-

weis zu verordnen. Beispiele sind die leichtfertige Verordnung von Blutplasma, Albumin, Blutkonserven, Somatostatin, Prostaglandinen und Antibiotika ohne gesicherte Indikation.

Diagnostik

Medikamente sollten eigentlich weniger nach dem heute so beliebten Gießkannenprinzip eingesetzt werden, sondern erst nach gezielter Diagnostik. Besonders in der Primär- und Sekundärprävention werden heute hunderttausende Patienten behandelt, von denen nur ein ganz kleiner Prozentsatz wirklich profitiert. Es scheint das Gebot der Stunde wissenschaftlicher Forschung, diese Patienten zu selektieren, um sie dann gezielt behandeln zu können, während die übrigen von einer unnötigen Behandlung verschont bleiben könnten. Hier gäbe es ein großes Einsparungspotential.

Weiters müßten aber auch die diagnostischen Verfahren selbst auf ihre Sinnhaftigkeit hinterfragt werden. Insbesondere sei hier auf die diversen Screeninguntersuchungen (z.B. Tumormarker) verwiesen, die zwar sündteuer, in ihrer klinischen Relevanz jedoch mehr als fraglich sind.

Sparsamkeit

Zur Einfachheit gehört es auch, daß bei gleichem Effekt die billigere Behandlung gewählt wird, z.B. auf dem Medikamentensektor. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Krankenhausapotheker notwendig. Jedenfalls sind hier sicher noch erhebliche Einsparungsreserven vorhanden.

II. Sinnhaftigkeit

Oft geht uns der Blick für die Sinnhaftigkeit einer Behandlung verloren, weil wir uns nicht ehrlich darüber Rechenschaft geben, ob die geplante Therapie tatsächlich wirksam ist, oder ob wir vielleicht nur Surrogatparameter behan-

deln. Es sind 4 Kriterien, die die Sinnhaftigkeit einer Therapie begründen:

- 1) Heilung
- 2) Lebensverlängerung
- 3) Verbesserung der Lebensqualität (LQ)
- 4) Das erreichbarere Ziel muß in einem angemessenen Verhältnis zu dem stehen, was dem Patienten durch die Therapie zugemutet wird. (Punkt 4 fällt unter das Prinzip Verhältnismäßigkeit, s. später).

Wenn diese Kriterien nicht erfüllt werden, so muß davon ausgegangen werden, daß sinnlos Surrogate behandelt werden, ohne dem Patienten zu nützen.

Dazu einige Beispiele:

Wer bei einem Patienten mit metastasierendem Pankreaskarzinom, der beschwerdefrei ist, eine Chemotherapie verordnet, erreicht weder Heilung, noch eine Verbesserung der LQ, noch eine Lebensverlängerung. Er behandelt bestenfalls den Tumor, keinesfalls aber den Patienten (das Surrogat ist in diesem Fall die Regression des Tumors).

Ein klassisches Beispiel aus der letzten Zeit ist die Behandlung von Rhythmusstörungen mit Antiarrhythmika, wie sie seit Jahrzehnten durchgeführt werden. Damit konnten zwar EKG-Kurven normalisiert, nicht aber – wie sich nun herausstellt – das Leben verlängert werden. Im Gegenteil, die behandelten Patienten starben früher als die nichtbehandelten. (Flecainidstudie).

Auch über die Sinnhaftigkeit von radikalen Operationen bei Mammakarzinomen hat bekanntlich ein Umdenken stattgefunden. Jahrzehntlang wurden schwer verstümmelnde aufwendige Operationen an der Brust durchgeführt. Erst in den letzten Jahren konnte gezeigt werden, daß eine solche Operation im Vergleich zu einem mehr begrenzten Eingriff keinerlei Vorteile in bezug auf die Lebenserwartung hat, während die Lebensqualität solcher radikal operierten Frauen erheblich schlechter ist. (Lymphoedem usw.).

In all diesen Fällen könnte nicht nur dem Patienten eine belastende Behandlung, sondern auch dem Kostenträger viel Geld erspart werden, wenn die Kriterien der Sinnhaftigkeit stärkere Beachtung fänden.

III. Redlichkeit

In Bezug auf die Redlichkeit seien zwei Kriterien herausgegriffen, nämlich die Resistenz gegen Modetrends und die Wahrhaftigkeit.

Zeitgeist

Wie sehr Modetrends die Verschreibung von Arzneien wider jede rationale Begründung beeinflussen können, kann am Beispiel der Hypertoniebehandlung gezeigt werden: In einer Reihe von Studien konnte in den letzten Jahren nachgewiesen werden, daß Thiaziddiuretika in der Hypertoniebehandlung in bezug auf Schlaganfälle, koronare Ereignisse und Mortalität eine günstige Wirkung haben, während dies bei Calciumantagonisten und ACE-Hemmern nicht der Fall ist. Dennoch hat die Verschreibung von Diuretika in den letzten Jahren drastisch abgenommen, während bei den erheblich teureren ACE-Hemmern und Calciumantagonisten eine Zunahme zu verzeichnen ist.³

Diese Befunde belegen, wie sehr wissenschaftliche Kompetenz, gepaart mit Resistenz gegen zeitgeistige Werbestrategien, Kosten einsparen könnten.

Wahrhaftigkeit

Hier scheint es zunächst angebracht, sich Gedanken zu machen über die Wahrhaftigkeit bzw. die wissenschaftliche Transparenz bei der Präsentation von Studienergebnissen.

Zum Beispiel ist es heute üblich geworden, mit Hilfe groß angelegter Multi-Center-Studien und Meta-Analysen fast jede Art von Therapie zu rechtfertigen, ohne daß die Aussagekraft solcher Studien in ihrer wahren Bedeutung be-

wußt gemacht wird. Im Gegenteil: durch eine irreführende Wortwahl wird der wahre Sachverhalt meist verschleiert.

Als Beispiel sei die sogenannte ISIS-4-Studie genannt.⁴ Es heißt dort: Bei einer frühzeitigen Gabe von ACE-Hemmern nach Myocardinfarkt können 5 von 1000 Leben „gerettet“ werden. Wer von uns Ärzten will nicht 5 Leben retten und könnte sich daher einer Verschreibung von ACE-Hemmern entziehen? Analysiert man jedoch die Daten genauer, so zeigt sich, daß in der Verumgruppe 6 Wochen später ebensoviele Patienten tot sind wie in der Placebogruppe. Es müßte also in Wahrheit heißen: Bei einer frühzeitigen Gabe von ACE-Hemmern nach Myocardinfarkt steigt die Lebenserwartung bei 5 von 1000 Patienten um 6 Wochen. Bei 995 von 1000 Patienten hingegen bewirkt eine solche Behandlung gar nichts. Anders gesagt, 99,5% der Patienten werden sinnlos behandelt, während 0,5% profitieren. Dieser Profit besteht nicht in einer Lebensrettung sondern in einer Verlängerung der Lebenserwartung um 6 Wochen!

Unter diesen Auspizien ist wohl die Gabe eines ACE-Hemmers ganz anders zu beurteilen als wenn ständig das Wort Lebensrettung und damit vollständige Heilung suggeriert wird. Zum Vergleich: Nichtraucher haben eine um 8 Jahre längere Lebenserwartung als Raucher.⁵ Ein weiteres Beispiel, wie sehr Arzt und Patient durch effekthaschende Aufbereitung von Daten getäuscht und damit zu teuren Verschreibungen bewegt werden können, ist die Manipulation mit den sogenannten Mortalitätsraten und Risiken.

Derzeit wird aufgrund der sogenannten CARE-Studie⁶ dafür geworben, Patienten nach Herzinfarkt zusätzlich mit Statinen zu behandeln, auch wenn die Cholesterinspiegel durchschnittlich normal sind. Die Mortalität durch Herzinfarkt – so wird argumentiert – könne dadurch um 37% gesenkt werden. Das klingt sicher sehr gut. Tatsächlich betrug aber die absolute Mortalität nur 1,8% und wurde innerhalb

von 5 Jahren auf 1,2 also nur um ganze 0,6% reduziert. Dies bedeutet eine jährliche Reduktion um 0,12%. Von den 37% bleibt also faktisch nichts übrig. Mit einem Wort, relative Risiken sagen in Wahrheit gar nichts aus, wenn nicht gleichzeitig das absolute Risiko angegeben wird.

Würde sich der praktisch tätige Arzt nach den derzeitigen Empfehlungen der Meta-Analysen-Apostel richten, dann müsste er heute jeden Postinfarkt-Patienten automatisch mit mindestens 4 Medikamentengruppen gleichzeitig behandeln. Nämlich mit: Aspirin, Beta-blockern, ACE-Hemmern und mit den sogenannten Statinen. Dazu kommen noch H2-Blocker (Aspirin) und bei Frauen Östrogene, Biphosphonate, Ca und Calcitonin (Osteoporoseprophylaxe).

Der bloße Hausverstand reicht aus, um zu erkennen, daß eine solche Vorgangsweise für den Patienten eher schädlich, keinesfalls aber nützlich sein kann. Nur bei ausreichender Transparenz der Daten kann jedenfalls entschieden werden, welches Präparat der Patient unbedingt einnehmen muß und welches gegebenenfalls (z.B. wegen Nebenwirkungen) weggelassen werden kann.

Eine evidenzgesicherte Medizin nach den Regeln der hippokratischen Tugenden, insbesondere nach der Regel wissenschaftlicher Redlichkeit, könnte jedenfalls hier erheblich Ressourcen einsparen!

Die Wahrhaftigkeit gebietet auch, daß teure, aber unwirksame Behandlungen – nur um den Patienten zu beruhigen oder ihm falsche Hoffnungen zu machen – ungerechtfertigt sind. Eine solche Vorgangsweise ist:

- 1) Eine Ungerechtigkeit gegenüber dem Patienten, der auf diese Weise in den Tod hineingetäuscht wird.
- 2) Es ist ein Mißbrauch der ärztlichen Kunst. In der Chirurgie ist dies relativ einsichtig. Kein redlicher Chirurg wird sich zu einer Scheinoperation zur Beruhigung des Patienten überreden lassen. Auch von einem Internisten kann man kaum verlangen, eine teure Chemotherapie durchzuführen, nur um

dem Wunsch der Patienten oder der Verwandtschaft Genüge zu tun.

- 3) Es ist vor allem auch eine Ungerechtigkeit gegenüber der Allgemeinheit, weil hier unnötig Ressourcen vergeudet werden.

Es sei aber eingeräumt, daß der gezielt eingesetzte Placeboeffekt durchaus seine Berechtigung hat und auch eingesetzt werden sollte. Wahrscheinlich könnten auch dadurch Kosten gespart werden.

IV Verhältnismäßigkeit

Primum nil nocere

Kosten könnten meines Erachtens auch gespart werden, wenn das Prinzip *primum nil nocere* stärkere Beachtung fände. Ich denke hier z.B. an riskante Behandlungsstrategien mit wenig Aussicht auf Erfolg (Nutzen/Risiko – Verhältnis). Dazu 3 Beispiele:

Unlängst wurde eine derart aggressive präoperative, also neoadjuvante Chemotherapie bei großzelligem Bronchuskarzinom vorgestellt, daß das Mortalitätsrisiko dieser Therapie 15% beträgt, während der Gewinn äußerst fraglich erscheint.

Bei der Behandlung von Schlaganfällen mit Streptokinase nimmt man bewußt erhöhte intrazerebrale Blutungen in Kauf, um für die Überlebenden die Restschäden zu vermindern.⁸

Die hochdosierte adjuvante Chemotherapie bei Mammakarzinom ist ein sehr teures äußerst belastendes Verfahren für die Patientin, während die Erfolgsaussichten minimal sind. Hier wäre nach dem Verhältnis des Schadens zum Nutzen zu fragen.

Kostenverhältnis

Letztlich wird man sich wohl auch die Frage stellen müssen, inwieweit der finanzielle Auf-

wand zum erzielten Erfolg im rechten Verhältnis steht. Eine zweifelhafte Verbesserung der Lebensqualität, die hunderttausende von Schillingen kostet, wird von der Gesellschaft ohnehin nicht mehr finanziert (z.B. gewisse „Schönheitsoperationen“).

Hier handelt es sich aber eher um Bereiche, die auf der Makroebene entschieden werden sollten (z.B. Erstellung von Standards, Scoring-Systeme usw.). Sie gehören eigentlich nicht in die direkte Verantwortung des Arztes gelegt, da sie das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient schwer belasten würden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß ein ökonomisches Denken durchaus mit der hippokratischen Ethik vereinbar ist, allerdings nur, wenn dieses Denken nicht zur Leitlinie ärztlichen Handelns gemacht wird. Es darf nicht dazu kommen, daß Gesundheit und Krankheit in erster Linie als ökonomische Größen angesehen werden, die sich mehr oder weniger marktgerecht verwerten lassen. Wenn sich der Arzt hingegen in seinen Entscheidungen vorrangig von den hippokratischen Tugenden leiten läßt, wird er alleine dadurch schon in den meisten Fällen kostengünstig arbeiten. Dazu gehört, daß er sich mehr als früher ehrlich und kompetent (*Redlichkeit*) über die *Sinnhaftigkeit* seiner medizinischen Maßnahmen Rechenschaft geben müssen wird. Er wird sich

weilers darum bemühen, das angestrebte Ziel mit möglichst einfachen, d.h. sparsamen Mitteln zu erreichen (*Effizienz*) und er wird eine gewissenhafte Abwägung von Nutzen und Risiko vornehmen müssen, um seine Patienten nicht unnötig zu gefährden (*Verhältnismäßigkeit*).

Der Vorteil einer solchen Denkungsart besteht darin, daß hier das Wohl des Patienten als oberstes Handlungsziel des Arztes nicht aus den Augen verloren und trotzdem wirtschaftlich effizient gearbeitet wird.

Referenzen

1. PRAT, E.: Warum ist der Arzt verpflichtet, ökonomisch zu denken? Symposium „Pharmaökonomie“, Wien, März 1997
2. LICHTENTHAELER, Ch.: „Der Eid des Hippokrates, Ursprung und Bedeutung“, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1984
3. MANOLIO, T.A. et al, Tendenzen bei der pharmakologischen Beurteilung der Hypertonie in den USA, Arch Intern Med. (1995), 155:829-37
4. 1919-4 Collaborative Group
1919-4 „A randomised factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58050 patients with suspected acute myocardial infarction“, The Lancet (1995), Vol.345, March 18
5. COHEN, B.L., „Catalogue of risks extended and updated“, Health Physics (1991) 61:317-55
6. SACKS, F. et al, „The Effect of Pravastatin on Coronary Events After Myocardial Infarction in Patients with Average Cholesterol Levels“, New England Journal of Medicine (1996), Vol 335:1001-1009
7. Vortrag in der Gesellschaft für Innere Medizin, Wien, 19.1.1995
8. DIENER, H.C., HACKE W., „Thromolyse bei Schlaganfall“, Der Internist, (1996), 37, 613-617