# Imago Hominis

BAND IV/Nr. 3 • 1997 • Preis ATS 120

EDITORIAL165
AUS AKTUELLEM ANLASS T. LUTNIK Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
FOCUS R. LENZHOFER, E.H. PRAT Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen. Eine Rechtfertigung
SCHWERPUNKT Gesundheitsökonomie und Ethik
J. Dézsy  Was ist uns unsere Gesundheit wert?187  J. BONELLI
Ökonomisches Denken und hippokratisches Ethos197 E.H. Prat
Ist der Arzt ethisch verpflichtet, auch ökonomisch zu denken?203
NACHRICHTEN
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL215
BUCHBESPRECHUNGEN218
IMPRESSUM226









# Imago Hominis

### Herausgeber

Johannes Bonelli Enrique H. Prat de la Riba

### Schriftleitung

Notburga Auner

#### Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn) Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien) Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien) Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien) Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien) Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien) Friedrich Kummer (Innere Medizin, Wien) Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien) Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg) Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien) Hugo RAINER (Onkologie, Wien) Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg) Gottfried ROTH (Neurologie, Wien) Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg) Dieter Schweizer (Genetik, Wien) Franz Seitelberger (Neuropathologie, Wien)

Das IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das IMABE-Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.



NSERE 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

Band IV/Nr. 3 Seite 165

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

Seite 166 Band IV/Nr. 3

### AUS AKTUFLIEM ANIASS

# Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG

Therese LUTNIK

I N den letzten Jahrzehnten hat innerhalb des Pflegeberufes im deutschsprachigen Raum ein tiefergreifender Wandel eingesetzt. Krankenschwestern übernehmen immer schwierigere und verantwortungsvollere Aufgaben. Die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft und die Veränderung des Krankheitsspektrums stellen neue Anforderungen an unseren Beruf.

Kritische Stellungnahmen zur derzeitigen Berufssituation, Infragestellung des traditionellen Berufsbildes, Diskussion um die Professionalisierung der Krankenpflege und das Bestreben nach Etablierung eines eigenen Wissenschaftsbereiches haben eine Diskussion in Gang gesetzt, die endlich zu einem ersten Ziel geführt hat: wir stehen kurz vor Inkrafttreten des neuen Gesundheit- und Krankenpflegegesetzes (GuKG).

#### Gesetzliche Reformmaßnahmen

Bis zum Jahr 1992 waren im Krankenpflegegesetz (BGBL) 102/1961) die Ausbildung und das Berufsrecht von 22 Gesundheitsberufen, unter anderem: MTD, Hebammen, SHD, Cardiotechnikern, geregelt. Bereits mit der Erlassung des MTD-Gesetzes, BGBL 460 / 1992 wurde der Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste aus dem Krankenpflegegesetz ausgegliedert.

Die immer bedeutendere Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens erforderte eine umfassende Reformierung der Pflegeberufe und ein eigenes Gesetz, in dem die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zeitgemäß geregelt sind. Aufgrund der starken Bindung an das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wird auch die Pflegehilfe in das neue Gesetz integriert.

Am 21. Mai 1997 hat unser Gesetz den Ministerrat passiert, am 25. Juni wurde es vom Gesundheitsausschuß im Parlament behandelt, es soll mit 1. September 1997 in Kraft treten.

#### Schwerpunkte des Gesetzesentwurfes

Änderung der Berufsbezeichnung: Der Krankenpflegefachdienst erhält die Bezeichnung "gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege" (§ 12).

Für den Beruf der /des PflegehelferIn wurde der Terminus "Pflegehilfe" geschaffen (§ 90).

- Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten
- Neuformulierung der Berufsbilder §§ 11 (1-3)
- detaillierte Umschreibung der T\u00e4tigkeitsbereiche \u00a3\u00e4 13-26
- umfassende Regelung über die Berufsberechtigung und die Berufsausübung
- Festlegung der Ausbildungsbedingungen
- Regelung der Fort- und Weiterbildung § 63 (40 Stunden innerhalb von 5 Jahren)
- verpflichtende Sonderausbildungen für die Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben

Auf einige wesentliche Bestimmungen im neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz möchte ich näher eingehen und eine Beziehung zur notwendigen Umstrukturierung herstellen.

### Berufspflichten § 4 (1-3) GuKG

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person (Gleichheitssatz, Diskriminierungsverbot) gewissenhaft (Sorgfaltsmaßstab) auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hiefür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden (explizite Verpflichtung zur ständigen Fort- und Weiterbildung § 63 GuKG, verankerte Fortbildungsverpflichtung § 6 StGB "Fahrlässigkeit" und § 1299 ABGB zivilrechtliche Haftung bei Sorgfaltspflichtverletzung). Sie dürfen im Falle drohender Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung eines Menschen ihre fachkundige Hilfe nicht verweigern (§ 95 StGB "Unterlassung der Hilfeleistung"). Wir finden in diesen Paragraphen ein grundsätzliches Bekenntnis zur Pflege als Wissenschaft. In Österreich laufen seit einiger Zeit unter der Leitung von Fr. Univ. Doz. Dr. Elisabeth SEIDL intensive Bemühungen um die Etablierung eines Studienzweiges "Pflegewissenschaft". Ein Universitätsstudium, das im anglo-amerikanischen Raum seit Jahrzehnten angeboten wird. Weitere Berufspflichten sind:

- Verpflichtung zur Pflegedokumentation (§ 5 GuKG) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegeevaluation zu enthalten.
- Verschwiegenheitspflicht gemäß § 6 GuKG
- Anzeigeplicht gemäß § 7 GuKG bei freiberuflicher Ausübung des Berufes
- Meldepflicht gemäß § 8 GuKG
- Auskunftspflicht gemäß § 9 GuKG

## Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 11 (1-3)

Ganz allgemein ist der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

Er umfaßt die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender, sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich. Diese Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.

# Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich gemäß § 14 GuKG

Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfaßt die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozeß), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere (taxative Aufzählung):

- den Pflegeprozeß
- Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
- psychozoziale Betreuung,

- Dokumentation des Pflegeprozesses,
- Organisation der Pflege,
- Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
- Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung
- Mitwirkung an der Pflegeforschung.

Zum richtigen Verständnis des Begriffes "Eigenverantwortlichkeit" ist klarzustellen, daß die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Ausübung der Tätigkeiten, die ihr Berufsbild umfaßt, eigenverantwortlich handeln. Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes, freilich unbeschadet allfälliger grundlegender Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes. Mit dem Wort "eigenverantwortlich" wird aber auch zum Ausdruck gebracht, daß die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester für den Schaden, den sie infolge nicht fachgemäßer Pflege verursacht hat, selbst haftet. In diesem Zusammenhang ist auch auf die strafrechtlich relevante Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit hinzuweisen. Die Eigenverantwortlichkeit ist nicht als verzichtbares Recht, sondern als eine unverzichtbare Pflicht bei der Berufsausübung zu sehen.

# Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich gemäß § 15 GuKG

Dieser Tätigkeitsbereich umfaßt die Durchführung therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeord-

neten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der entsprechenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist von der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester durch ihre Unterschrift zu bestätigen.

Nur im extramuralen Bereich kann die ärztliche Anordnung in begründeten Notfällen mündlich erfolgen. Die schriftliche Dokumentation der Anordnung hat in diesen Fällen nachträglich zu erfolgen.

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

- Verabreichung von Arzneimitteln,
- Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- Vorbereitung und Anschluß von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
- Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- Legen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
- Durchführung von Darmeinläufen und Legen von Magensonden.

Unter dem Begriff "ärztliche Anordnung" ist keine generelle Delegation durch die behandelnden Ärzte zu verstehen, vielmehr hat die Vornahme der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach eingehender Untersuchung und Beurteilung des Zustandes des Patienten durch die Ärzte zu erfolgen.

Zusätzlich hat sich der jeweilige Arzt zu vergewissern (sekundäre Sorgfaltspflichten des Arztes gemäß § 22, Abs. 3 Ärztegesetz), daß die betreffende Pflegeperson die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Durchführung der angeordneten Tätigkeiten besitzt.

Um allfällige Haftungsprobleme zu vermeiden, hat jede ärztliche Anordnung schriftlich vor Durchführung der entsprechenden Maßnahme durch die diplomierte Pflegeperson zu erfolgen. So muß z.B. bei der Verordnung von Arzneimitteln sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsart als auch Zeitpunkt der Verabreichung von dem anordnungsberechtigten Arzt schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten werden. Die bisher praktizierte "Bedarfsmedikation" kann daher nicht mehr zur Anwendung kommen. Die Gegenzeichnung durch die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester nach Durchführung der entsprechenden Maßnahme ist einerseits für die Vollständigkeit und Transparenz der Krankengeschichte erforderlich, andererseits dadurch eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche.

# Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich gemäß § 16 GuKG

Gemeint sind jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege haben hier ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht.

Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen. Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

- Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
- Gesundheitsberatung und Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

Das Zusammenwirken zwischen Angehörigen aller Gesundheitsberufe sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich gehört zu den Grundsäulen eines funktionierenden Gesundheitssystems. Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich sind die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gleichberechtigte Teammitglieder. Dies ist von besonderer Bedeutung für die Qualität und Kontinuität in der gesundheitlichen Betreuung. Es ist daher wichtig, daß diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern die notwendige Koordination und Beratung, etwa bei der Entlassung aus Krankenanstalten in häusliche Pflege, leisten. Sie üben diese Aufgaben auf der Grundlage ihrer berufsspezifischen Kenntnisse und in Zusammenarbeit auch mit Angehörigen anderer Berufe aus, z.B. den diplomierten Sozialarbeitern, physikalischen Therapeuten usw.

Der Handlungsbedarf der Pflege wird sich in Zukunft an der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung, die eine Umstrukturierung des Gesundheitswesens nach sich zieht, orientieren müssen. Die allgemeine demographische Entwicklung erweitert den Anteil der potentiell und faktisch Pflegebedürftigen. Die Veränderung des Krankheitsspektrums mit der Zunahme der chronischen Erkrankungen erhöht die Bedeutung präventiver und rehabilativer Maßnahmen im Vergleich zur klassischen Versorgung bei akuten Erkrankungen. Hier ergibt sich für die Zukunft ein neuer Aufgabenbereich für die Pflege: die primäre Gesundheitsversorgung, d.h. Gesundheitsberatung und Krankheitsverhütung müssen bereits dort aktiv einsetzen, wo die Menschen leben und arbeiten und nicht erst beim schon erkrankten Menschen.

Von den Pflegenden wird eine hohe Fach-, Sozial-, Handlungs- und Methodenkompetenz erwartet. P. BENNER, eine amerikanische Pflegewissenschafterin, spricht von der Pflegeexpertin, der Pflegeperson, die die letzte Entwicklungsstufe der praktischen Krankenpflege erreicht hat. Damit sich die Pflege entsprechend

Seite 170 Band IV/Nr. 3

AUS AKTUELLEM ANLASS Imago Hominis

entwickeln kann, ist Pflegeforschung notwendig. Jede Krankenschwester wirkt auch dann an der Pflegeforschung mit, wenn sie deren Ergebnisse in die Praxis umsetzt oder wenn sie Problembereiche aufzeigt, die es zu erforschen gibt. Ohne ständige Fort- und Weiterbildung kann die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in Zukunft diesen Anforderungen nicht mehr gerecht werden.

Niemand darf sich der Illusion hingeben, daß die vom Arbeitgeber angebotene Fortbildung in der Dienstzeit für die Erfüllung der Berufspflichten ausreichend ist. Berufspolitisch müssen wir versuchen, die schwierige Balance zwischen notwendiger Abgrenzung und unverzichtbarer Kooperation zu halten. Es darf keine Spaltung geben, die die Medizinwissenschaft und die pflegerische Betreuung voneinander trennt.

Ein verbindendes Element für medizinischtherapeutische wie auch pflegerisch-therapeutische Bemühungen ist der gemeinsame Heilungsauftrag, der sich an ethischen Prinzipien ausrichtet (M. Arndt, 1996). Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist eine enorme Herausforderung. Die Pflege ist ein faszinierender und anspruchsvoller Beruf und steht erst am Beginn ihrer Möglichkeiten. Bei allem Fortschritt haben wir Pflegende neben der sachlich-fachlichen auch eine hohe moralische Verantwortung und müssen deshalb unsere Tätigkeiten nicht nur fachlich stets hinterfragen, sondern auch ethische und moral-philosophische Prinzipien in unsere Entscheidungen miteinbeziehen.

Nur so werden wir den uns anvertrauten Patienten im intra- und extramuralen Bereich eine fachlich und menschlich hochqualifizierte Pflege anbieten können.

Therese LUTNIK, akademisch geprüfte Leiterin des Pflegedienstes, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Große Mohrengasse 9, A-1020 Wien

Band IV/Nr. 3 Seite 171

# Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen Eine Rechtfertigung

R. LENZHOFER und E.H.PRAT

#### ZUSAMMENFASSUNG

Will man die Ausgaben für die medizinische Versorgung eindämmen und die öffentlichen Investitionen selektiver tätigen, so muß man die verschiedenen Projekte (Anschaffung teurer Geräte, Einführung von Therapien und Arzneimittel) genau evaluieren, um ihren volkswirtschaftlichen Nutzen festzustellen. Die Kosten-Nutzen-Analyse scheint als Methode dafür gut geeignet zu sein. In dieser Arbeit wird exemplarisch die Kosten-Nutzen-Rechnung eines präventiven Arzneimittels (Pravastatin) durchgeführt. Anhand dieses Beispiels sollen die Vorzüge und die Grenzen dieser Methode aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: Kosten-Nutzen-Analyse, Gesundheitsökonomie, Pharmaökonomie, öffentliche Ausgaben

#### ABSTRACT

If one wishes to reduce the expenditures for medical care and use the public monies more selectively, one must evaluate the various projects more exactly (buying expensive machines, introduction of therapies and medicines) in order to ascertain their political economic advantage. A profitability analysis would seem to be the best method of gaining this information. In this exemplary study a profitability calculation on a preventative medicine (Pravastatin) could be carried out. With this example the advantages and limits of this method could be shown.

keywords: profitability analysis, economy in health systems, economy in pharmaceutics, public expenditures

Anschrift der Autoren:

Prim.Univ.Prof.Dr. Reinhard LENZHOFER, Kard. Schwarzenberg'sches Krankenhaus,

Prof. Pöschlweg 4, A-5600 St. Johann im Pongau

Prof.Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

# 1. Die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitswesens

Die Bürger Westeuropas und Nordamerikas leben heute in einem Wohlstand, den sich unsere Vorfahren nicht einmal erträumen hätten können. Den entscheidendsten Beitrag zu diesem Wohlstand leistete die medizinische Entwicklung der letzten Jahrzehnte<sup>24</sup>. Gerade in einer Zeit, in der die Fortschritte der Medizin ein gigantisches Ausmaß erreicht haben, macht sich ein Unbehagen über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems breit und es werden immer lautere Forderungen nach einer Reform des derzeitigen Zustandes zum Ausdruck gebracht<sup>12,13</sup>. Der konkrete Anlaß dazu ist die anhaltende Steigerung der Ausgaben für das Gesundheitssystem und die sich daraus ergebende Belastung des Staatshaushaltes.

Wenn man allerdings die Entwicklung der Ausgaben für das Gesundheitssystem genauer betrachtet (Tabelle 1), so muß die in breiter Öffentlichkeit propagierte Information einer bedrohlichen Kostenexplosion ernsthaft in Zweifel gezogen werden. Es stimmt zwar, daß die Aufwendungen für das Gesundheitswesen kontinuierlich angestiegen sind, sowohl in absoluten Zahlen als auch in Relation zum Brutto-Inlandsprodukt, aber diese Entwicklung hat sich in Österreich, objektiv und ohne Emotionen betrachtet, durchaus in Grenzen gehalten, insbesondere, wenn man die Werte der USA zum Vergleich heranzieht. Es wird allerdings viel zu selten bedacht, daß in den letzten 30 Jahren ein enormer Reichtum angehäuft werden konnte und heute darüberhinaus eine soziale Absicherung besteht, wie sie noch nie dagewesen ist<sup>19</sup>.

Wenn man nach den Gründen sucht, die zu dieser Steigerung der Ausgaben für die medizinische Versorgung geführt haben, so können mehrere Faktoren angeführt werden. Einer der wichtigsten Faktoren ist die Überalterung der Bevölkerung der westlichen Welt, bedingt durch eine Erhöhung der Lebenserwartung und eine damit im Zusammenhang stehende vermehrte Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Die steigende Bedeutung chronischer Erkrankungen und die enorme Erweiterung des technischen Spek-

	1965	1975	1985	1995
Österreich	4,7	7,3	8,1	9,6
Belgien	3,9	5,9	7,4	8,0
Dänemark	4,8	6,5	6,3	6,5
Finnland	4,9	6,4	7,3	8,2
Frankreich	5,2	7,0	8,5	9,9
Deutschland	5,1	8,1	8,7	9,6
Griechenland	2,6	3,4	4,1	5,2
Irland	7,2	7,6	7,8	7,9
Italien	4,3	6,2	7,0	7,7
Niederlande	4,3	7,6	7,9	8,8
Norwegen	3,6	6,2	5,9	7,3
Spanien	2,6	7,6	5,7	7,6
Schweden	5,5	7,9	8,9	7,7
Schweiz	4,5	7,0	8,1	9,6
Großbritannien	4,1	5,4	5,6	6,9
USA	5,8	8,2	10,7	14,5

Tabelle1: Anteil der Gesundheitsausgaben am Brutto-Inlandsprodukt (%), OECD Health Systems, OECD Paris 16,19

Seite 174

trums, das uns heute im medizinischen Leistungsbereich zur Verfügung steht, sind weitere wichtige Faktoren. Die Einstellung in der Gesellschaft, daß für die Gesundheit alles aufgewendet werden muß, was die Medizin zu bieten hat, führte zu einer übertriebenen Konsumentenmentalität, bei der lediglich der Anspruch auf das Machbare erhoben, aber nicht die Frage nach den Kosten gestellt werden durfte.

Die Gesundheitsökonomie beschäftigt sich zwar mit der Frage, wie die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt werden können<sup>8</sup>, sie befaßt sich allerdings nicht mit der Frage, wieviel eine Gesellschaft und ihre Bürger für Krankheitsvorsorge und Heilung ausgeben sollten. Die Klärung dieser an sich ethisch-politischen Frage wird zu einem immer drängenderen Problem, da in unserer Gesellschaft weltweit zunehmende Tendenzen der Entsolidarisierung zu erkennen sind. Dies ist bei der Erörterung mancher Probleme, wie der zunehmenden Arbeitslosigkeit, der Überalterung der Bevölkerung, der Welle der Frühpensionierungen und der Steigerung der Kosten der medizinischen Versorgung drastisch zu spüren. In der öffentlichen Meinung wird immer öfter von der Finanzierbarkeit gesprochen und viele Politiker in öffentlichen Positionen ziehen sich auf die moderne Forderung des "Einsparens" zurück, ohne dabei längerfristig die Frage zu erörtern, was in einem demokratischen Staatssystem bei Aufrechterhaltung des derzeitigen medizinischen Standards Aufgabe der Gesellschaft im Sinne einer Solidaritätserklärung sein muß, und was der Einzelperson zur Entscheidung und Finanzierung überlassen werden könnte.

Unsere westlich-demokratischen Systeme haben bislang auf das Prinzip der Solidarität gebaut. Solange die Mittel ausreichten, gab es keine Probleme und auch keine Diskussionen. Erst mit dem Knapperwerden der Ressourcen wird diese Solidarität auf die Probe gestellt. Eine rein bedarfsorientierte Versorgungsregelung, welche die Eigenleistung der Begünstig-

ten in keiner Weise mit ihren Anrechten in Beziehung bringt, könnte Ursache einer Überbeanspruchung des Systems sein, sodaß die Auflehnung der Beitragszahler ohne übermäßige medizinische Konsumbestrebungen bereits jetzt vorprogrammiert ist.

Die oben erwähnte Grundeinstellung der Gesellschaft, daß im Bereich der Gesundheit jeder ein Anrecht auf alles medizinisch Machbare hat, bezieht sich sowohl auf die therapeutisch-diagnostische Medizin als auch letztlich auf die vielen präventiv-medizinischen Angebote. Die Medikamentenkosten insgesamt stellen zwar nur einen kleinen Bruchteil der Gesamtkosten dar, die im Gesundheitswesen anfallen, trotzdem hängt der Gesundheitsbetrieb stark von den Arzneimitteln ab. Deswegen ist es sinnvoll, die Rationalität des Mitteleinsatzes zu hinterfragen.

### 2. Arzneimittel: Kosten und Finanzierung

Bis vor kurzem wurden die Ergebnisse randomisierter Studien, in denen ein statistisch gesicherter Überlebensvorteil für ein bestimmtes Medikament nachgewiesen wurde, meistens ohne jeglichen Vorbehalt rasch in den klinischen Alltag umgesetzt. Kosten, die aufgebracht werden mußten, um den statistisch gesicherten Vorteil erreichen zu können, wurden weder diskutiert noch ernstlich erhoben.

Die knapper werdenden Ressourcen haben in den letzten Jahren dazu geführt, daß neben dem medizinischen Vorteil zunehmend auch betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Aspekte erwogen werden. Die hitzigen Debatten, die in vielen Bereichen geführt werden, entbehren häufig einer zahlenmäßig nachvollziehbaren sachlichen Grundlage und legen offen, daß im medizinischen Bereich keineswegs eine ausreichende Bereitschaft vorhanden ist, neben medizinisch-therapeutischen Argumenten auch Argumente der Güterabwägung oder Argumente der volkswirtschaftlichen Vertret-

barkeit zuzulassen. Auf der anderen Seite drohen ausschließlich auf das Faktum der beschränkten Ressourcen blickende Wirtschaftsfachleute das mühsam in den letzten Jahren aufgebaute medizinische System so nachhaltig einzuschränken, daß wirtschaftsschwache Patientengruppen in Zukunft ernste Nachteile in Kauf zu nehmen gezwungen sein könnten, wenn nicht ein ethisch durchaus vertretbarer Mittelweg entwickelt werden kann, der es ermöglicht, daß das Notwendige und Sinnvolle getan und das Überflüssige unterlassen wird.

Eines steht schon jetzt zweifelsfrei fest: In den kommenden Jahren werden die vorhandenen Mittel nicht mehr ungezielt je nach eingefordertem Bedarf zugeteilt werden können, da eine uneingeschränkte Steigerung der Kosten von politischer Seite undenkbar erscheint. Es wird sich daher die Frage stellen, nach welchen Kriterien die vorhandenen Mittel gerecht verteilt werden sollen. Ein Ansatzpunkt muß sein, daß offensichtlich überflüssige medizinische Handlungen im diagnostischen, medizinischtherapeutischen und pflegerischen Bereich aus dem derzeitigen Betreuungsablauf eliminiert werden müssen. Dazu müssen sich Ärzte und Pflegepersonen darüber im klaren sein, daß der Einsatz überhöhter, stark kostenwirksamer Maßnahmen für den Einzelpatienten auch den Handlungsspielraum für andere Betreuungsbedürftige einengt. Nachdem die zur Verfügung stehenden Mittel knapp sind, ist jede Verschwendung inhuman, da diese Mittel in anderen Bereichen, wo auch die Notwendigkeit dazu besteht, besser eingesetzt werden könnten. Schon jetzt, aber stärker noch in den kommenden Jahren wird es in vielen medizinischen Bereichen heftige Verteilungsdiskussionen geben, wobei man heute schon sicher vorhersagen kann, daß harte, nachvollziehbare Daten als Diskussions-Argumentationsgrundlage unumgänglich sein werden, um nicht automatisch in diesem Verteilungskampf zu unterliegen und auf der Strecke zu bleiben.

In den letzten Jahren wurden in verschiedenen Bereichen der Medizin Kosteneffektivitäts-Kosten-Nutzen-Analysen rechnungen und durchgeführt<sup>4,10,17,28,29</sup>, die zumindest einen brauchbaren Anfang für eine umfassende Therapiebeurteilung darstellten. In dieser Arbeit wollen wir zeigen, daß die Kosten-Nutzen-Analyse ein wertvolles Instrument für die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen ist, weil sie eine Orientierungshilfe für die Mittelverwendung darstellt. Wir wollen aber auch auf die Grenzen dieser Berechnungsmethode hinweisen. Es soll zunächst die Methode kurz dargelegt und anschließend ein Beispiel in vereinfachter Form durchgerechnet werden. Anhand dieser Berechnungen soll gezeigt werden, was sie aussagen können und was nicht daraus geschlossen werden darf.

# 3. Methodik der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)<sup>9,10</sup>

Die KNA ist ein Verfahren, das ursprünglich für den öffentlichen Bereich eingesetzt wurde, um einen rationelleren Einsatz der Mittel zu erreichen. Dabei wird zwischen alternativen Mitteleinsätzen bzw. zwischen Mitteleinsatz und keinem Mitteleinsatz (Null-Hypothese) verglichen. Wenn Märkte gut funktionieren, brauchen wir lediglich die Preise untereinander zu vergleichen, um zu wissen, welche die wirtschaftlich günstigere Alternative ist.

Die KNA ist eine Berechnungstechnik, die entwickelt worden ist, um die Marktergebnisse, die sich bei funktionierenden Märkten im Preis ausdrücken, mit Hilfe statistischer Methoden und mit Hilfe von Expertenurteilen zu simulieren. Dadurch können Entscheidungen mit ökonomischer Rationalität getroffen werden, d.h. die ökonomisch günstigere Entscheidungsalternative<sup>15</sup>. Große Verwendung hat diese Berechnungsmethode in den verschiedenen Bereichen, in denen die öffentliche Hand Leistungen erbringt, gefunden.

Seite 176 Band IV/Nr. 3

Das Gesundheitswesen ist nur teilweise als Markt organisiert, es entspricht zumindest nicht der Vorstellung von Märkten, die sich an das Ideal der vollkommenen Konkurrenz, wie etwa die Börse, annähern. Dennoch ist das Gesundheitswesen auch ein Wirtschaftssystem<sup>20</sup>, weil Bedürfnisse und knappe Ressourcen verarbeitet und verteilt werden müssen. Infolgedessen müssen Einsatzalternativen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und auf ihre Wirtschaftlichkeit verglichen werden, um Verschwendungen zu vermeiden. Deswegen wird auch im Gesundheitsbereich schon seit langem und verstärkt in den letzten Jahren die Methode der KNA verwendet.

Handlungsalternativen werden dadurch vergleichbar gemacht, daß möglichst alle relevanten, qualitativen und quantitativen Auswirkungen - Kosten und Nutzen - ermittelt und diese monetären Größen zugeordnet werden. Bei der KNA wird nach direkten (primären) und indirekten (sekundären) Kosten sowie direktem und indirektem Nutzen unterschieden. Direkte Kosten und direkter Nutzen ergeben sich aus der Handlungsalternative selbst. Indirekte ergeben sich als Folge der Nebenwirkungen. Kosten und Nutzen werden nicht nur im betriebswirtschaftlichen oder auch volkswirtschaftlichen Sinn verstanden, sondern als Kosten gelten alle sich ergebenden Nachteile (Belastungen) und als Nutzen alle Vorteile (Erfolge). Das große Problem der Anwendung dieser Methode im Gesundheitswesen liegt in der Quantifizierbarkeit vieler (sogenannter intangibler) Vorteile/Nachteile (z.B. Wert von Lebensjahren, Schmerz, Lebensqualität und dergl.). Diese Schwierigkeit wird dadurch gelöst, daß man mehr oder weniger plausible Annahmen trifft.

# 4. Ein praktischer Fall: Pravastatin

Kosten-Nutzen-Analysen können sowohl im diagnostischen wie im therpeutischen und prä-

ventiven Bereich durchgeführt werden. In dieser Arbeit wird zum Zweck der Veranschaulichung ein Fall des präventiv-therapeutischen Bereiches in vereinfachter Form durchgerechnet und diskutiert. Die Daten, die als Grundlage der Berechnungen dienen, wurden im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten Studie erarbeitet<sup>22</sup>.

#### 4.1 Die Pravastatinstudie<sup>22</sup>

#### 4.1.1 Grundlagen und Patientenauswahl

Mehrere Studien in der Vergangenheit haben gezeigt, daß die Verabreichung cholesterinsenkender Medikamente als präventive Maßnahme bei koronarer Herzkrankheit eine Reduktion der Inzidenz akuter Myokardinfarkte zu bewirken vermag<sup>1,5,25,26</sup>. Diese Studien konnten jedoch keinen eindeutig positiven Effekt auf das Risiko, an den Folgen der koronaren Herzkrankheit (KHK) zu sterben, beweisen. Vor einigen Jahren wurde eine neue Klasse von Medikamenten in die klinische Praxis eingeführt, die 3-Hydroxy-3-methyl-glutaryl-Coenzym A Reduktasehemmer. Diese Substanzen blockieren die endogene Cholesterinsynthese und reduzieren die LDL (low density lipoprotein)-Spiegel. Sie sind in der Lage, die Progression der KHK zu verlangsamen und reduzieren die im Rahmen der KHK beobachteten Todesfälle<sup>3,6,11,14,18,21,27</sup>. Die hier für wirtschaftliche Überlegungen zugrundegelegte Studie untersuchte die Auswirkungen einer mehrjährigen Pravastatineinnahme (40 mg p.o.abends) zur Verhinderung koronarer Ereignisse bei Männern mit mäßiggradig erhöhten Cholesterinwerten und keiner Herzinfarktanamnese. Es wurden insgesamt 6.595 Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren mit einem mittleren Plasmacholesterinspiegel von 272 ± 23 mg% in diese Studie eingebracht und entweder in die Therapie oder die Placebogruppe randomisiert. Die Basischarakteristika sind in Tabelle 1 zusammengefaßt. Die

	Placebo (n = 3293)	Pravastatin (n=3302)
Alter (Jahre)	55,1±5,5	55,3±5,5
Body-Mass-Index	26,0±3,1	26,0±3,2
Blutdruck systolisch	136±17	135±18
diastolisch	84±10	84±11
Cholesterin (mg%)	272 ±22	272±23
LDL	192±17	192±17
HDL	44±10	44±9
Triglyceride (mg%)	164±68	162 ±70
Angina pectoris (%)	5	5
Claudicatio intermittens (%)	3	3
Diabetes mellitus (%)	1	1
Hypertonie (%)	15	16
Raucher (%)	44 .	44
Ex - Raucher (%)	34	34

Tabelle 2: Basischarakteristika von Patienten der Pravastatinstudie<sup>22</sup>

mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 4,9 Jahre.

### 4.1.2 Ergebnisse und Endpunkte der Studie

Pravastatin konnte den Plasmacholesterinspiegel um 20% und den LDL-Spiegel um 26% senken, wohingegen in der Placebogruppe kein derartiger Effekt zu beobachten war. Die sicheren und vermuteten Koronarereignisse, die

während des Beobachtungszeitraumes auftraten, sind in Tabelle 2 dargestellt. Während dieser Zeit traten 204 nicht tödliche Infarktereignisse in der Placebogruppe und 143 in der Behandlungsgruppe auf. Das relative Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden, konnte um 31% gesenkt werden. Absolut konnte die Myokardinfarktanzahl von 6,19% in der Placebogruppe auf 4,33% in der Pravastatingruppe (-1,86%) reduziert werden.

Auch die Todesfallhäufigkeit, die auf eine koronare Ursache zurückzuführen ist, konnte relativ um 33% durch die Pravastatineinnahme reduziert werden. Absolut wurde der Prozentsatz der Todesfälle in der Placebogruppe von 1,85% auf 1,24% in der Behandlungsgruppe (-0,61%) gesenkt. Auch die Zahl an notwendigen Koronarangiographien konnte durch die prophylaktische Pravastatingabe relativ um 30%, jedoch absolut nur um 1,17% verringert werden. Rekonstruktive Maßnahmen (PTCA und CABG) waren relativ um 36,6%, absolut um 0,89% weniger häufig erforderlich.

## 4.2 Die Berechnung

Eine Zusammenstellung des direkten und indirekten Nutzens ist in Tabelle 4 zu sehen.

#### 4.2.1 Direkter Nutzen

Er ergibt sich in erster Linie durch eine reduzierte Inanspruchnahme von verschiedenen Gesundheitseinrichtungen durch therapiebedingt seltener auftretende nicht tödliche Krankheitsereignisse. Die eingesetzten Kosten für Pflegegebühren entsprechen den vom Amt der Salzburger Landesregierung für das Jahr 1994 genehmigten Sätzen. Die Kosten für eine Koronarangiographie und eine perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) wurden

	Placebo (n=3293)	Pravastatin (n=3302)	Differez		Differez pro 1000
MI nicht tödlich	204	143	p < 0.001	-61	18,47
absolut	6,19%	4,33%		1,86%	
relativ			-3	1,00%	
Koronarangiographie	128	90	p <0.007	-38	11,5
absolut	3,90%	2,73%	-	1,17%	
relativ				-30%	
PTCA* oder CABG**	80	51	p <0,009	-29	8,78
absolut	2,43%	1,54%		0,89%	
relativ			-3	6,60%	
Tod durch KHK	61	41	p < 0.042	-20	6,06
absolut	1,85%	1,24%	-	0,61%	
relativ				-33%	

Tabelle 3: Endpunkte der Studie

\*PTCA: Perkutane Transluminale Coronarangioplastie

<sup>\*\*</sup>CABG: Aorto-Coronare-Bypassoperation

#### Direkte Nutzen

				pro 1000
vermiedener MI nicht tödlich			pro Patient	Behandelte
3 Wochen stationärer Aufenthalt	Tagsatz 3560	ÖS	74760	
4 Wochen Rehabilitation	Tagsatz 2793	ÖS	78204	
		SUMME	152964	2825245
vermiedene Koronarangiographie		•	24686	283889
vermiedene PTCA und CABG			38403	337178
		SUMME		3446312

#### Indirekte Nutzen

vermiedene Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsausfall bei nicht tödlichem MI							
7 Wochen Arbeitsausfall	Wertentfall / Tag 2464 ÖS	86240	1592853				
vermiedene Arbeitsunfähigkeit d	urch vorzeitigen TOD						
5 Jahre Ausfall an Arbeitskraft	Wertentfall/ Jahr 492800 ÖS	2464000	14931840				
		SUMME	16524693				

Tabelle 4: Nutzen

im Rehabilitationszentrum Großgmain im Jahre 1994 ermittelt. Die Kosten für eine aortakoronare Bypassoperation (CABG) wurden an der herzchirurgischen Abteilung im Landeskrankenhaus Salzburg ermittelt und gelten für das Jahr 1994.

Durch jeden vermiedenen, nicht tödlich verlaufenen Myokardinfarkt wurden Kosten für die stationäre Behandlung während der Akutphase eingespart. Die Dauer des stationären Aufenthaltes wurde mit 3 Wochen angesetzt, da in Abhängigkeit vom Schweregrad und der eventuellen Begleitkomplikationen eine stationäre Behandlung bis zu durchschnittlich 21 Tagen üblich ist. Der anschließende Rehabilitationsaufenthalt dauert in der Regel 4 Wochen; diese Aufenthaltsdauer wurde der Kostenberechnung zugrunde gelegt.

Als weiterer direkter Nutzen sind auch die vermiedenen Koronarangiographien und gefäßrekonstruktiven Maßnahmen, wie PTCA und CABG, die ohne Lipidsenkerbehandlung erforderlich gewesen wären, zu erwähnen. Die Gesamtsumme des direkten Nutzens wird bezogen auf 1000 behandelte Fälle und kann näherungs-

weise, wie in Tabelle 3 detailliert aufgeschlüsselt, mit 3.446.312 öS quantifiziert werden.

#### 4.2.2 Indirekter Nutzen

Indirekter Nutzen ergibt sich einerseits durch den vermiedenen Arbeitsausfall bei Auftreten eines nicht tödlichen Myokardinfarktes für zumindest 7 Wochen, in denen die stationäre Akutbehandlung und anschließende Rehabilitation stattfindet.

Der volkswirtschaftliche Schaden, der durch den Ausfall an Arbeitskraft infolge eines Krankenstandes entsteht, wurde auf der Basis des Nettoproduktionswertes abgeschätzt. Der Nettoproduktionswert, ein Maß für die volkswirtschaftliche Wertschöpfung, betrug

nach Auskunft der Handelskammer Salzburg für das Jahr 1994 berechnet 492.800 öS pro Beschäftigten (ohne Landwirtschaft) und Jahr. Daraus errechnet sich ein Wertentfall pro Krankenstandstag bei durchschnittlich 40 Arbeitswochen und einer 5-Tage-Woche von 2.464 öS pro Tag.

Bezogen auf 1000 Pravastatinbehandelte ergibt sich ein quantifizierbarer Nutzen von 16.524.693 öS.

Ein weiterer indirekter Nutzen ergibt sich auch durch die behandlungsbedingte vermiedene Arbeitsunfähigkeit durch vorzeitigen Tod im Rahmen der koronaren Herzkrankheit.

Zur Abschätzung des vermiedenen volkswirtschaftlichen Schadens wurde ebenfalls der Nettoproduktionswert eingesetzt und auf Grund der Altersverteilung des Studienkollektivs ein Wertentfall von so vielen Jahren willkürlich angesetzt, wie sich aus der Differenz des Altersmittelwertes des Patientenkollektivs und dem gesetzlichen Pensionsalter ergab.

Nachdem die Angabe der Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit nach plötzlich eingetretenem Tod nur äußerst ungenau geschätzt werden kann, wird für diese Berechnung ein Durchschnittswert von 5 Jahren angenommen, der entsprechend der Altersverteilung des untersuchten Kollektivs mit einem mittleren Alter von 55 Jahren realistisch sein dürfte. Bezogen auf 1000 Behandelte ergibt sich daraus ein quantifizierbarer Nutzen von 14.931.840 öS,

Die theoretische, volkswirtschaftliche Einsparung, die durch nicht notwendige oder reduzierte Pensionszahlungen bei plötzlich eingetretenem Tod verursacht wird, ist in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

#### 4.2.3 Gesamtnutzen

Der Gesamtnutzen ergibt sich aus der Addition des direkten und indirekten Nutzens. Er beträgt, bezogen auf 1000 Behandelte, 19.971.005 öS.

#### Kosten für Behandlung

Medikamentenkosten pro Tag/ Patient	Kranken- kasse	Privat-tarif
	32 ÖS	44,06
pro Jahr	11680	16082
pro 5 Jahre	58400	80410
Kosten pro 1000 Patienten	58400000	80409500

#### Kosten minus Einsparungen

(Volkswirtschaftliche Auswi	rkungen pro 1000	Behandelte )
Krankenkasse	38428995 · ÖS	Defizit
Privat	60438495 ÖS	Defizit
Errechnete Medikamentenk Neutralität	osten bei volkswi	rtschaftlicher

Tabelle 5

# 4.3 Kosten für die Behandlung

10,9

Die direkten Kosten, die im wesentlichen auf Medikamente beschränkt sind, sind in Tabelle 5 zusammengefaßt.

ÖS pro Tag und Patient

Als Medikamentenkosten pro Tag wurden einerseits Kosten eingesetzt, die von der Krankenkasse im Rahmen der Kassenverträge getragen werden, und andererseits auch jene von der amtlichen Preiskommission genehmigten Be-

träge, die von Selbstzahlern zu begleichen sind (gültig für das Jahr 1996). Arztkosten wurden mangels detaillierterer Information generell nicht berücksichtigt.

So ergeben sich als Kosten für eine 5-Jahresbehandlung 58.400 öS; setzt man die Medikamentenkosten ein, die von einem Privatzahler zu begleichen sind, so fallen 80.410 öS für den selben Zeitraum an. Bezogen auf 1000 Behandelte ergeben sich Medikamentenkosten von 58.400.000 öS einerseits und 80.409.500 öS andererseits.

Nachdem Pravastatin nur nach ärztlicher Verschreibung erhältlich ist, müßten auch Arztkosten berücksichtigt werden. Es darf jedoch angenommen werden, daß die alleinige Pravastatinverschreibung in den seltensten Fällen Hauptursache für die ärztliche Konsultation darstellt. Es wird daher auf diesen Kostenbereich bewußt verzichtet, da eine anteilsmäßige Kostenzuweisung unmöglich zu objektivieren ist.

# 4.4 Kosten-Nutzen-Darstellung für das behandelte Kollektiv

Diese Daten sind ebenfalls in Tabelle 4 zusammengefaßt. Werden gesunde Männer im mittleren Lebensalter mit einer mäßigen Hypercholesterinämie mit Pravastatin 5 Jahre lang behandelt, so ergibt sich, bezogen auf 1000 Behandelte ein volkswirtschaftlicher Fehlbetrag von 38.428.995 öS, wenn die Medikamentenkosten nach Krankenkassentarifen berechnet werden. Für Privatzahler beläuft sich der Fehlbetrag bezogen auf 1000 Behandelte auf 60.438.495 öS.

Wird die volkswirtschaftliche Neutralität als Maß für einen Ausgleich von Nutzen und Kosten herangezogen, so ließen sich für die hier vorgestellte prophylaktische Indikation volkswirtschaftlich gerechtfertigte Medikamentenkosten von 10,90 öS pro Tag errechnen.

# 4.5 Besprechung der Ergebnisse

Mit der Einschränkung, daß die obige Berechnung nur exemplarisch durchgeführt wurde,

d.h. eine ganz grobe Anwendung der Methode darstellt, soll nun überlegt werden, welche Schlußfolgerungen sich daraus ziehen lassen könnten.

Gegenstand der Pravastatinstudie war der Einsatz eines Arzneimittels in prophylaktischer Indikation (präventiver Bereich). Dabei handelte es sich um Personen, die keine klinischen Zeichen einer Erkrankung aufwiesen und lediglich wegen einer labortechnisch feststellbaren Hypercholesterinämie behandelt wurden. Der Unterschied zwischen behandelten Personen und der Placebogruppe war zwar statistisch signifikant, jedoch absolut gesehen gering. Von 1000 behandelten Personen erlitten nur 18 Patienten weniger einen Myokardinfarkt und nur 6 Patienten konnten vor einem Myokardtod im Beobachtungszeitraum bewahrt werden. Umgekehrt betrachtet, mußten 982 (bzw. 994) Personen die Substanz ohne eine nachweisbare klinische Wirksamkeit einnehmen. Der Unterschied zwischen den Kosten und errechnetem Nutzen erbrachte demnach ein beachtliches volkswirtschaftliches Defizit, das im Falle einer generellen Anwendung in ganz Österreich für die angesprochene Patientenpopulation eine relevante Belastung des Gesundheitsbudgets darstellen würde.

Nachdem auf der einen Seite die statistisch gesicherte medizinische Wirksamkeit ein Faktum darstellt, das nicht übergangen werden kann, und sich auf der anderen Seite bei der Gegenüberstellung der damit verbundenen Kosten und des sich auf Grund der Behandlung ergebenden Nutzens ein volkswirtschaftliches Defizit errechnen läßt, erhebt sich die Frage, wie eine Kostenneutralität erreicht werden könnte. Volkswirtschaftlich betrachtet, wäre eine 100%ige Eigenfinanzierung des Medikaments, wenn es in prophylaktischer Absicht eingenommen wird, durch den Patienten selbst die beste Lösung. In diesem Fall müßte die Gesellschaft freiwillig auf die Solidarität im Bereich der Vorsorge verzichten und die für die Prophylaxe notwendigen Aufwendungen vom

Einzelnen selbst zusätzlich zu den üblichen Sozialversicherungsabgaben, die nur für den therapeutischen Bereich verwendet werden dürften, tragen lassen. Eine andere Möglichkeit der Finanzierung dieses Bereiches wäre eine Trennung der anfallenden Kosten. Jener Kostenanteil, der bis zur Erlangung der volkswirtschaftlichen Neutralität reicht, könnte gerechtfertigterweise vom Solidaritätspool (Krankenversicherung) eingefordert werden, der noch offene Differenzbetrag müßte eigenfinanziert werden (entweder privat oder durch eine private Vorsorgeversicherung). Dies würde im Falle der Pravastatinverabreichung von einem Krankenkassenpatienten eine Eigenleistung von 21,4 öS erforderlich machen (volkswirtschaftlicher Gesamtnutzen: Beobachtungszeit = volkswirtschaftlich vertretbare Medikamentenkosten).

Die letzte Alternative zur Erreichung der volkswirtschaftlichen Kostenneutralität wäre die Möglichkeit, ein bestimmtes Medikament in einer bestimmten prophylaktischen Indikation nur dann kassenmäßig zuzulassen, wenn der von der Firma angestrebte Preis den errechneten volkswirtschaftlichen Neutralitätspreis nicht überschreitet.

Diese für den präventiven Bereich gezogenen Schlußfolgerungen dürfen nicht für ähnliche Berechnungsergebnisse bei Arzneimitteln des diagnostischen oder therapeutischen Bereiches gelten.

Was die Medikamentkosten betrifft, so wird bei der Zulassung spezieller Produkte für den akuttherapeutischen Einsatz nach rein medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien zu entscheiden sein, da eine Entsolidarisierung der Gesellschaft im akutmedizinischen Bereich nicht nur nicht vorstellbar erscheint, sondern in aller Schärfe abzulehnen sein wird. Der Erhalt eines sinnvollen, lebensnotwendigen Medikaments kann nicht vom Einkommen des einzelnen Bürgers abhängen, sondern muß von der Gesamtgesellschaft solidarisch übernommen werden. Von seiten der Gesellschaft muß allerdings die Forderung an die Mediziner zulässig sein, daß eine

Solidarität der Gemeinschaft nur solange aufrecht zu erhalten ist, solange auch das kostengünstigste aller in derselben Indikation verfügbaren Medikamente verwendet wird und darüberhinaus kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit der medizinischen Methode im Einzelfall besteht, was auch die Forderung miteinschließt, daß im Einzelfall die Summe der zu erwartenden positiven Therapieeffekte die Summe der negativen Therapieeffekte deutlich übersteigen muß.

# 5. Stellenwert der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) im Gesundheitsbereich

Zur Bewertung dieser Berechnungsmethode sollen abschließend in aller Kürze drei Fragen behandelt werden: Was sagt sie aus? Für wen stellt sie eine Hilfe dar? Wo liegen ihre Grenzen?

### 5.1 Was sagt die KNA aus?

Diese Methode kann vor allem bei Entscheidungen über das Angebot von kostspieligen, d.h. investitionsintensiven und/oder kostenintensiven, präventiven, diagnostischen und therapeutischen Methoden (z.B. auch Arzneimittel), auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene Anwendung finden. Sie kann evaluieren, ob eine neue Therapie bzw. die Umsetzung eines Forschungsergebnisses tatsächlich einen Fortschritt darstellt oder nicht7. Die Berechnungen können daher eine wichtige Unterlage für die Festsetzung von verbindlichen bzw. empfohlenen Behandlungsstandards durch Gesundheitsbehörden, Krankenkassen und Kammern darstellen, die aufgrund der immer größer werdenden Zahl der Behandlungsalternativen und der starken Undurchsichtigkeit von Forschungsergebnissen notwendig werden.

# 5.1.1 Einsparungspotentiale entdecken

Die KNA trägt der Tatsache Rechnung, daß auch im Gesundheitswesen die vorhandenen

materiellen Mittel knapp sind, und daher der ethische Imperativ besteht, jede Verschwendung zu vermeiden. Obwohl diese Methode nur den ökonomischen Aspekt anzeigt, der nicht immer ausschlaggebend ist und manchmal zugunsten höher eingestufter Wertvorstellungen (z.B. der Würde des Menschen) sogar ignoriert werden darf, ist es wichtig zu wissen, wo mögliche Einsparungspotentiale liegen, damit sie, wenn es angebracht ist, genutzt werden können

# 5.1.2 Entscheidungstransparenz und -objektivierung

Die KNA trägt zur Transparenz und Objektivierung von Entscheidungssituationen vor allem auf politischer und verwaltungsmäßiger Ebene des Gesundheitssystems (Gesundheitsbehörden, Krankenkassen und Krankenhausverwaltungen) bei und erlaubt, die Entscheidungen in einen konkreten und realen volkswirtschaftlichen Bezugsrahmen zu stellen. Durch die Bewertung von Nebenfolgen werden die Konsequenzen der erwogenen Entscheidungen auf andere Bereiche der Volkswirtschaft (Opportunitätskosten) berücksichtigt.

#### 5.1.3 Entscheidungsverantwortung

Die Anwendbarkeit der KNA setzt voraus, daß die Folgen und Nebenfolgen von Entscheidungen untersucht und bewertet werden. Die Bioethik hat gezeigt, daß zur Beurteilung von Eingriffen in komplexe Systeme, wie das ökologische oder auch die Volksgesundheit, eine genaue Abwägung der Folgen und Folgesfolgen erforderlich ist. Dafür scheint derzeit die KNA innerhalb ihrer Grenzen ein geeignetes Instrument zu sein. Sie erbringt anerkanntermaßen bessere Ergebnisse als die beiden anderen Methoden, die gelegentlich zur Anwendung gelangen: Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Nutzwertanalyse<sup>2,7,9</sup>.

Seite 182 Band IV/Nr. 3

# 5.2 Für wen stellt diese Methode eine Hilfe dar?

Wie bereits erwähnt, ist die Methode besonders für Entscheidungsträger des Gesundheitswesens auf politischer und verwaltungsmäßiger Ebene von Nutzen. Aber sie wird indirekt auch den Ärzten zur Stärkung ihres Kostenbewußtseins und zur Ausprägung des für sie notwendigen ökonomischen Denkens eine Hilfe sein.

## 5.3 Wo liegen die Grenzen der KNA?

#### 5.3.1 Notwendiger Konsens über die Prämissen

Die monetäre Bewertung vor allem der indirekten Kosten und des Nutzens ist sehr problematisch. Dazu müssen meistens hypothetische Annahmen, besonders wenn es um qualitative und intangible (nicht objektivierbare) Dimensionen geht, festgelegt werden. Eine häufige Kritik an dieser Methode besteht darin, daß sie sich anmaßt, den Nutzen der Lebenserhaltung oder der Lebensiahre eines Menschen monetär zu bewerten. In der Regel folgte man in der Vergangenheit dem Human-Kapital-Ansatz, der den Wert eines Lebensjahres eines Menschen an seinem Beitrag zum Bruttosozialprodukt bemißt. Natürlich ist dies eine willkürliche Festlegung. Man kann lange darüber diskutieren, ob sie angebracht ist oder nicht. Eine Diskussion darüber, ob sie richtig oder falsch ist, erübrigt sich, weil es ja in jedem Fall um einen fiktiven Ansatz geht. Man kann daher die Methode nicht einfach deshalb ablehnen, weil sie "Leben" bzw. "Lebenserhaltung" in Geld aufwiegt. Man darf nicht vergessen, daß diese Gegenüberstellung implizit oder explizit laufend bei politischen Entscheidungen vorkommt und zwar nicht nur im Gesundheitswesen (z.B. bei der Entscheidung, ob eine mobile Herzinfarkteinheit mit Gesamtkosten von 100 MIO öS eingerichtet werden soll oder nicht), sondern auch

im Verkehrswesen (z.B. bei der Entscheidung, ob eine unfallsverursachende Kreuzung baulich verändert werden soll oder nicht) oder in der ökologischen Politik (z.B. bei der Entscheidung über höchstzulässige betriebliche Schadstoffemissionen) usw. Bewertungsalternativen von höheren geistigen (intangiblen) Gütern sind eine dringend benötigte Orientierungshilfe für viele politische Maßnahmen, Damit die Methode aber wirklich anwendbar ist, und ihre Ergebnisse bei der Beschlußformung in einem Gremium oder in einem demokratischen Prozeß brauchbar sind, muß unter den Betroffenen oder zumindest unter den Entscheidungsträgern eine Einigung über die Festlegung zustande kommen. Andernfalls entstehen rationell unlösbare Pattsituationen.

### 5.3.2 Nur Orientierungshilfen, aber keine Handlungsanweisungen

Wie bereits erwähnt, wird durch diese Berechnungsmethode versucht, eine Marktsituation zu simulieren. Das Ergebnis ist daher weder richtig noch falsch; es ist kein Abbild der Realität, sondern nur eine Simulation, also fiktiv. Es kann nur als Orientierungshilfe bei Entscheidungen genommen werden. Aus den Rechnungsergebnissen darf nicht ein allgemein geltender Handlungsimperativ herausgelesen werden.

# 5.3.3 Beschränkte Anwendung bei manchen Allokationsentscheidungen

Die KNA wird nur mit sehr viel Vorsicht angewandt werden können, wenn es darum geht, intersektorielle Allokationsentscheidungen zu treffen. Sie könnte zur Beantwortung der Frage, wie man die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel zwischen präventiven Methoden und kurativen Therapien verteilen soll, keinen Beitrag leisten<sup>23</sup>. Beispielsweise, vor die Alternative gestellt, in der Neonatologie oder in der Geriatrie zu investieren, würden die Ergebnisse

Band IV/Nr. 3 Seite 183

der KNA kaum den Einsatz von Mitteln im Bereich der Altenpflege empfehlen.

### 5.3.4 Kein Kriterium für Arzneimittelzulassung

Wie bereits oben argumentiert (vgl. 4.5) darf diese Methode auch nicht als Zulassungskriterium für Arzneimittel gelten. Die Entwicklung von Arzneimitteln ist ein evolutiver Prozeß, der nicht durch das Kostenkriterium durchgefiltert werden darf. Aus einem Arzneimittel, das bei einer KNA primär negativ abschneidet. kann sich immer noch ein sehr günstiges und wertvolles Mittel entwickeln. Evolutive Prozesse sind mit prinzipieller Unsicherheit und Unkenntnis behaftet, die keine Anwendung von KNA zulassen, wenn es darum geht, Alternativen zu bewerten. Für die Festsetzung der Preise bzw. für die Aufteilung der Kosten zwischen der Gesellschaft und dem privaten Bereich ist diese Methode aber geeignet.

#### Abkürzungsverzeichnis

CABG	Coronary Artery Bypass Surgery
Chol	Colesterin
HDL	High density lipoprotein
KNA	Kosten-Nutzen-Analyse
KHK	Koronare Herzkrankheit
LDL	Low density lipoprotein
MI	Myokardinfarkt
öS	österreichischer Schilling
PTCA	perkutane transluminale
	Coronarangioplastie

# Referenzen

- A co-operative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate: report from the Committee of Principal Investigators. Br Heart J 40: 1069-118,1978.
- Breyer F., Zweifel P. Gesundheitsökonomie, Springer
   Auflage 1997, 19-58

- 3. CROUSE J.R. III, BYINGTON R.P., BOND M.G., et al. Pravastatin, Lipids and Atherosclerosis in the Carotid Arteries (PLAC-II). Am J Cardiol 75:455-59,1995.
- EICHHORN P. Kosten- und Nutzenaspekte in der Orthopädie. Dtsch Ges f Orthopädie und Traumatologie
   Mitteilungsblatt 3:23-30,1987.
- FRICK M.H., ELO O., HAAPA K., et al. Helsinki Heart Study: primary prevention trial with gemfibrozil in middle – aged men with dyslipedemia: safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. N Engl Med 317:1237-45,1987.
- FURBERG C.D., ADAMS H.P.Jr., APPLEGATE W.B., et al. Effect of lovastatin on early carotid atherosclerosis and cardiovascular events Circulation 90:1679-87,1994.
- 7. GÄFGEN G. Gesundheitsökonomie Grundlagen und Anwendungen, Nomos 1990, 299-367
- GRAF-BAUMANN T. Lebensqualität: gesundheitsökonomische Folgerungen. J.MOHR, CH.SCHUBERT (Hrsg.), Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag 12, 1992.
- INGRUBER H. Krankenhausbetriebslehre: Grundzüge der Betriebsführung im Krankenhaus: (Management), DIETER GÖSCHL Ges.m.b.H., Wien 1994.
- 10. INGRUBER H. Kosten -Nutzen-Überlegungen zu psychosomatischen Behandlungs-Strategien. Manuskript eines Vortrags anläßlich des 10. Psychosomatikkurses "Psychosomatik, Sexualität und Beziehung" am 23. April 1993 in Baden.
- 11. JUKEMA J.W., BRUSCHKE A.V.G., VAN BOVEN A.J., et al. Effects of lipid lowering ba pravastatin on progression and regression of coronary artery disease in symptomatic men with normal to moderately elevated serum cholesterol levels: the Regression Growth Evaluation Statin Study (REGRESS). Circulation 91:2528-40,1995.
- KOHMAIER F. Das Ende der Illusion vom Wohlfahrtstaat. Conturen 17 A:52-65,1984.
- KOHMAIER F. Pension in Not. Das österreichische Sozialsystem vor dem Zusammenbruch. Signum Verlag, Wien, 1995.
- MAAS Investigators. Effect of simvastatin on coronary atheroma: the Multicentre Anti-Atheroma Study (MAAS). Lancet 344:633-38,1994.
- MÜNNICH F. Kosten-Nutzen-Rechnung, Gesundheitsoekonomica 1-2/92, 165-174
- 16. OECD Health Data
- PICKARD J.D., BAILEY S., SANDERSON H., REES M., GAR-FIELD J.S. Steps toward cost-benefit analysis of regional neurosurgical care. BMJ 301:629-635,1990.
- PITT B., MANCINI G.B.J., ELLIS S.G., ROSMAN H.S., PRAK J.-S.P., Mc GOVERN M.E. Pravastatin Limitation of Atherosclerosis in the Coronary Arteries (PLAC I): reduction in atherosclerosis progression and clinical events. J Am Coll Cardiol (in press)
- PRAT E.H. Solidarität und Subsidiarität im Gesundheitssystem. Zur Problematik von Ineffizienz und Mißbrauch. Imago Hominis III/4:243-51,1996.

- 20. PRAT E.H. Ist der Arzt verpflichtet, auch ökonomisch zu denken? In diesem Heft
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 344:1383-89,1994.
- 22. SHEPHERD J., COBBE ST.M., FORD J., ISLES CH.G., LORIMER R.A., MACFARLANE P.W., Mc.KILLOPJ.H., PACKARD CH.J., for the West of Scotland Coronary Prevention Group: Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. N Eng J Med 333:1301-07, 1995.
- SCHOLMERICH P. Effektivität und Effizienz in der kurativen Medizin, Gesundheitsoeconomica 2/85, 33-46
- 24. STREIßLER E.W. Gesundheitsoeconomica 1996/1-2, 210-228
- The Lipid Research Clinics Coronary Prevention Trial results. II. The relationship of reduction in incidence of

- coronary heart disease to cholesterol lowering. JAMA 251:365-74,1984.
- The Lipid Research Clinics Coronary Prevention Trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. JAMA 251:351-64,1984.
- 27. The Pravastatin Multinational Study Group for Cardiac Risk Patients. Effects of pravastatin in patients with serum total cholesterol levels from 5,2 to 7,8 mmol/liter (200 to 300 mg/dl) plus two additional atherosclerotic risk factors. Am J Cardiol 72: 1031-37,1993.
- TOPOL E.J. Which thrombolytic agent should one choose? Prog Cardiovasc Disc 34:165-78,1991.
- WHITE H.D., NORRIS R.M., BROWN M.A., BRANDT P.W.T., WHITLOCK R.M.L., WILD C.J. Left ventricular end-systolic volume as the major determinant of survival after recovery from myocardial infarction. Circulation 76:44-51,1987.

### 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 Verteilgerechtigkeit u.a. Kriterien entsprechen.

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

#### **ABSTRACT**

Health can not be objectively evaluated as the imagened 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 Gesundheitsökonomen 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.<sup>1</sup>

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 verlorengegangener Gesundheit als Reinvestition in Humankapital zu sehen.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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 "Prosumer", also jemand, der Produzent und Konsument zugleich ist.<sup>4</sup>

Ohne die Kraft und Bereitschaft, die verlorengegangene 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", 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.<sup>6</sup>

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 vorgetragenenen 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.<sup>10</sup>

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

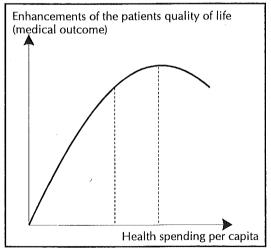


Abb 1: Grenznutzen des Ausgabenzuwachses

Diese Frage beantwortete Prof. STREIß LER 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 frägt 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 zugegeben 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, wielange, 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 %)			rungsbeiträgen, als Glied der Kette		
	Sozialbei- träge	Staat	Private Versicher- ung	Selbstbe- teiligung	Sonstige	des Generationenvertrages im Hin- blick auf die Pension und andere
В	44,6	32,6	5,0	17,8	0,0	Kennziffern.
BRD	66,2	12,0	7,7	12,9	1,1	Jedenfalls ist nun in meinen Aus- führungen auch klarzustellen, daß
DK	0,0	36,5	1,3	12,2	0,0	Ökonomie im eigentlichen Sinne mit
E	40,2	37,8	5,0	16,9	0,1	Kosten, die durch Handlungen entste-
F	66,4	5,9	9,4	17,4	0,9	hen, nicht direkt zu tun hat.
GB	7,6	72,7	6,1	13,6	0,0	Kosten können entstehen für
GR	42,9	35,6	2,9	18,6	0,0	Handlungen, die im Hinblick auf die Erreichung eines gesetzten Zieles ef-
I	40,3	35,2	4,8	19,6	0,0	fektiv, d.h. wirksam oder effizient,
IRL	6,4	65,0	10,2	18,4	0,0	d.h. wirtschaftlich oder auch das Ge-
L .	55,0	19,1	8,9	16,9	0,0	genteil sind, sie sind lediglich der geld-
NL	63,0	7,3	17,5	12,1	0,0	mäßige Ausdruck für bestimmte Vor-
P	13,3	68,1	3,2	20,3	0,0	gänge.
E G	48,0	28,4	7,4	15,8	0,5	Der Nutzen, den Ärzte und Pflege- personal einem Todkranken durch
Α	55,6	25,3	6,0	13,2	0,0	Leistungen spenden, muß von ihm
СН	44,8	24,3	7,0	23,5	0,0	noch erlebbar, also konsumierbar
S	16,5	68,5	2,5	12,0	0,0	und spürbar sein. Dann ist auch die
USA	18,6	24,8	31,3	22,1	3,2	Leistung mit einem geringen Nutzen- zuwachs als ökonomisch, also als

Finanzierung der Gesundheitssysteme im Jahr 1990 Abb 2: (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 Blum-STEIN oder auch REINHARDT<sup>7,8</sup> 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-

zuwachs 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 refun-

diert.

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 enstehen, 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 Finanzierungsystem 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 gese-

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, lebenwichtige 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 Gesundheitsausga- ben pro Kopf in DM KKP (1)	Gewonnene Lebensjahre (2)	Elastizität der Lebenserwartung
В	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-Kreislauferkrankungen (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

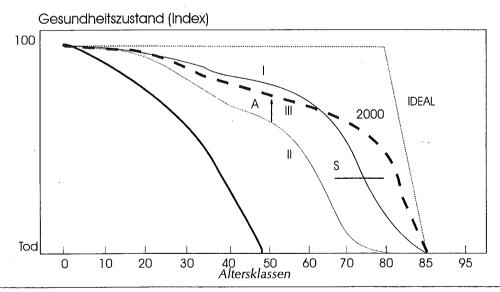


Abb 4: Veränderungen des Gesundheitszustandes nach Verbrugge

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 BINSTOCK? stellen in ihrer Abhandlung "economic and clinical realities" einige essentielle Elemente für die Geriatrie zur Diskussion, die bei ärztlichen Entscheidungen bedacht 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 vefügt 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, paktierten 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

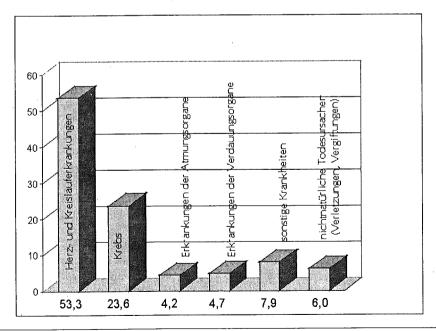


Abb 5: Todesursachenstatistik 1995 (In Prozent der Sterbefälle) (Quelle: ÖSTAT)

- 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 Gesundheits-

- programmen (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
- 10. Ökonomie verlangt Entscheidungsmöglichkeit. Der Schwerstpflegebedürftige, komatös 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.

gesamte Arsenal der Medizin eingesetzt wird.

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 Verteilgerechtigkeit 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 Militäroder Hochtechnologiebereich die gleich schwierige – letztlich aber ethische und nicht ökonomische Frage.

#### Referenzen

- DÉZSY J., SCHWANZER H.: Einführung in das Krankenhausmanagement, Springer-Verlag, Wien-New York 1993 S 6
- Andreae C.A.: Anmerkungen zum Stellenwert der Gesundheitsökonomie, in:Gesundheitsoeconomica 1/1985 29 ff
- 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
- Dézsy J.: Kostenprobleme im Krankenhaus in: Band 3 der Reihe der Forschungsstelle f.Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Univerität Bayreuth, Verlag R.E-Wilfer 1987 S 2 ff
- SCHNEIDERMANN L., JECKER N., JONSEN A.: Medical futility, its meaning and ethical implications in: Am. College of Physicians 1990 S 949
- 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
- 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

### 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 himselve 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, subsitute measures

ie 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. 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 insoferne ein Paradigmenwechsel anzubahnen, als ökonomische Überlegungen als Entscheidungskriterien in das ärztliche Handeln miteinbezogen 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*.<sup>2</sup>

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 (imput) erreicht werden.

#### Evidenzsicherung

Dazu gehört z.B. die Forderung, alle Behandlungsmethoden nur bei sichergestelltem Wirkungsnachweis 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. Insbesonders 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 behandeln. 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. (Flecaidinstudie).

Auch über die Sinnhaftigkeit von radikalen Operationen bei Mammakarzinomen hat bekanntlich ein Umdenken stattgefunden. Jahrzehntelang 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.<sup>3</sup>

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 bewußt 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 Plazebogruppe. 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 ei-

nes 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.<sup>5</sup> 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 Risken.

Derzeit wird aufgrund der sogenannten CARE-Studie<sup>6</sup> 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 Risken 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, Betablockern, 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, insbesonders 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:

- 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 Plazeboeffekt 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.<sup>8</sup>

Die hochdosierte adjuvante Chemotherapie bei Mammakarcinom 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 Aufwand 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 zu vereinbaren 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

weiters 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

- PRAT, E.: Warum ist der Arzt verpflichtet, ökonomisch zu denken? Symposium "Pharmaökonomie", Wien, März 1997
- LICHTENTHAELER, Ch.: "Der Eid des Hippokrates, Ursprung und Bedeutung", Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1984
- MANOLIO, T.A. et al, Tendenzen bei der pharmakologischen Beurteilung der Hypertonie in den USA, Arch Intern Med. (1995), 155:829-37
- 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
- COHEN, B.L., "Catalogue of risks extended and updated", Health Physis (1991) 61:317-55
- SACKS, F. et al, "The Effect of Pravastatin on Coronary Events After Myocardial Infarction in Patients with Average Colesterol Levels", New England Journal of Medicine (1996), Vol 335:1001-1009
- Vortrag in der Gesellschaft für Innere Medizin, Wien, 19.1.1995
- DIENER, H.C., HACKE W., "Thromolyse bei Schlaganfall", Der Internist, (1996), 37, 613-617

#### Ist der Arzt ethisch verpflichtet, auch ökonomisch zu denken?

Enrique H. Prat

#### ZUSAMMENFASSUNG

Das Gesundheitswesen ist auch ein Wirtschaftssystem, weil man es dort auch mit knappen Mitteln zu tun hat, die verteilt werden müssen. Die Verteilungsproblematik ist primär eine ethische, aber auch eine ökonomische. Zu ihrer Lösung werden jeweils nicht nur ethische Prinzipien, sondern auch die erforderlichen ökonomischen Sachkenntnisse auf den Plan gerufen. Der Arzt ist zweifelsohne ein Entscheidungsträger im Gesundheitssystem. Im Rahmen seiner Dispositionsfreiräume darf er sich daher der Verpflichtung, ökonomisch zu handeln, nicht entziehen. Andernfalls würde er sich ethisch nicht richtig verhalten können. Obwohl der ökonomische Diskurs im ärztlichen Tun nicht der einzige sein sollte, muß er dennoch immer Beachtung finden; er soll nicht der wichtigste, aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein.

Schlüsselwörter: Ökonomische Effizienz, Verteilung im Gesundheitswesen, Knappheit der Mittel, Tugenden, Ethische Imperative

#### ABSTRACT

Public Health is also an economic system as here one has to do with scant means which have to be well distributed. The problem of distribution is mainly ethical but also an economical one. To solve this problem not ethical principles alone but also the necessary economical facts must be taken into consideration. The medical doctor is without doubt a decision maker in public health systems. In the framework of his freedom of decision, he must not forget the obligation to act economically. Otherwise his conduct would not really be ethical. Although the economical question in the doctor's doings should not be exaggerated, it must always be taken into consideration; not the most important, though important and not the most decisive but very often decisive.

keywords: efficienca, distribution in public health systems, scarcity of means, virutes, and the question of ethics

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

#### 1 Zur ökonomischen Effizienz des Arztes

Vor wenigen Monaten lag eine 82-Jahre alte Frau mit einem akuten Herzinfarkt und cardiogenem Schock in einem Wiener Krankenhaus. Der Primarius zweifelte, ob er in diesem Fall noch eine Thrombolysetherapie einleiten sollte. Er war sich praktisch sicher, daß das öS 30.000.- teure Medikament nichts mehr nützen würde. Letzten Endes entschied er sich aber, der Frau diese minimale Chance zu geben, um ihr Leben vielleicht doch noch zu retten. Die Frau starb trotzdem nach wenigen Stunden.

Als sie starb, sagte der Primarius leise, aber deutlich: "Es war ein Fehler". Eine Oberärztin, die neben ihm stand, erwiderte sofort: "Es war kein Fehler, ökonomische Überlegungen sind hier fehl am Platz!"

Wir könnten stundenlang darüber diskutieren, wer in diesem Fall recht hat: Der Primarius, der feststellt, daß seine Erfahrung, das Medikament würde nichts mehr nützen, richtig war und es daher eine Verschwendung war, es trotzdem zu verabreichen, oder die Oberärztin, die meinte, daß diese ökonomischen Überlegungen hier nichts zu suchen hätten.

Das Problem der ethischen Verpflichtung des Arztes, im Zuge seines Heilauftrages auch ökonomisch zu denken und dies Kollegen einsichtig zu machen, liegt vorwiegend in der vagen Vorstellung, die die Ärzteschaft über die wirklichen ökonomischen Zusammenhänge hat.

Der Fall zeigt deutlich auf, was es heißt, im ärztlichen Tun ökonomisch zu denken, nämlich, sich bewußt zu sein, daß die Dinge etwas kosten und daß es ökonomische Beschränkungen gibt. Dieses Denken fordert oft die Abwägung, inwieweit eine Maßnahme auch kostenmäßig im rechten Verhältnis zum Erfolg steht, d.h. die Bemühung um eine sparsame Effizienz als regulatives Kriterium.

Im ärztlichen Tun sollte der ökonomische Diskurs nicht der einzige sein, dennoch muß er immer dabei sein; er soll nicht der wichtigste, aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein.<sup>1</sup>

Wenn man das ärztliche Tun in der Praxis genau betrachtet, steht außer Zweifel, daß der Arzt in seiner beruflichen Tätigkeit auf der einen Seite laufend auch ökonomisch denkt und zwar nicht nur, wenn er seine Kontoauszüge anschaut, über den Mietvertrag der eigenen Ordination verhandelt oder die Honorare kassiert usw. Es läßt sich zur Genüge aufzeigen. daß er bewußt oder unbewußt um eine sparsame Effizienz (optimaler Erfolg bei minimalem Einsatz der Mittel) sowohl im Krankenhaus. wie auch in der Ordination bemüht ist. Es ist deshalb paradox, daß auf der anderen Seite die Ärzte häufig das ökonomische Denken mit dem Argument ablehnen, es sei mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar.

Die Erklärung des Paradoxons könnte darin liegen, daß das Gesundheitssystem der letzten Jahrzehnte in den wohlhabenden Ländern vor allem für die Patienten, aber auch für die Ärzte. die Illusion der unbegrenzten Möglichkeiten und damit die Fiktion geschaffen hat, daß es keine Knappheit, d.h. keine ökonomischen Zwänge mehr gibt bzw. diese durch das System stets bewältigt werden könnten. Innerhalb bestimmter Grenzen, die für den Arzt meistens keine bewußte Einschränkung waren, mußte er nicht auf die Kosten schauen und sah es nicht als seine Pflicht an, ökonomische Beschränkungen zu berücksichtigen, die nicht unmittelbar spürbar waren. Unter diesen Umständen ist es doch verständlich, daß der Arzt als Anwalt des Patienten besonders jetzt den Grundsatz, daß "die ökonomischen Zwänge die Qualität der medizinischen Versorgung nicht untergraben dürfen", verteidigt. Er empfindet jede Regelung, die eine Einschränkung der Mittel darstellt, als künstlich, unnötig und daher gegen sein ärztliches Ethos verstoßend.

Dieser Grundsatz, rein wörtlich genommen, ist aber, wie Streissler<sup>2</sup> betont, unlogisch und falsch, weil er die Natur vieler ökonomischen

Zwänge verkennt. Sie sind unbeeinflußbar und müssen daher als Vorgabe zur Kenntnis genommen werden. Dies zu verstehen, erfordert allerdings eine Einsicht in die ökonomischen Zusammenhänge, die nicht einfach vorausgesetzt werden können. Geht man aber näher auf sie ein, so ist leicht zu argumentieren, daß auch der Arzt ethisch verpflichtet ist, ökonomisch zu denken.

### 2 Zur ethischen Verpflichtung, ökonomisch zu denken

Damit wir wissen, wovon wir reden, beginnen wir mit drei Begriffsbestimmungen:

Wirtschaft wird gewöhnlich definiert als die Gesamtheit der Tätigkeiten, die zur Bewältigung der Knappheit von notwendigen Ressourcen unternommen werden. Wesentliche Bestandteile einer Wirtschaft sind: Knappheit, Tausch (Preise) und Geld.

Ökonomie wird ganz allgemein definiert als jene Wissenschaft, die sich mit dem Einsatz und der Verteilung der knappen Ressourcen zur Dekkung menschlicher Bedürfnisse befaßt. Sie ist in der arbeitstechnischen Gesellschaft notwendig geworden. Ihre Aufgabe ist es, den sparsamsten Einsatz und die bestmögliche Verteilung der Ressourcen zu bestimmen, nachdem ein Ziel vorgegeben wurde. Das Ziel kann aber nicht von der Ökonomie selbst kommen, sondern wird von der Politik oder von der Ethik bestimmt.

Wirtschaftsethik ist dann die Lehre vom richtigen Einsatz und der gerechten Verteilung der knappen Ressourcen. Das zentrale Prinzip der Wirtschaftsethik ist die Gerechtigkeit.

Nun zur Begründung der ethischen Verpflichtung des Arztes, ökonomisch zu denken. Sie erfolgt in drei Schritten:

## 2.1 Das Gesundheitswesen ist auch ein Wirtschaftssystem

Die Krankenpflege und der Gesundheitsdienst erfordern den Einsatz und die Verteilung von Ressourcen. Wenn diese Ressourcen knapp sind und wenn ihre Verteilung über Preis und Zahlungen abgewickelt werden, haben wir es mit einer Wirtschaft im herkömmlichen Sinn zu tun.

Nun, so muß man aber fragen, sind die Resim Gesundheitswesen knapp? Der Wert "Gesundheit" konkurriert hier mit anderen Werten, z.B. politischen, kulturellen, religiösen usw. Daher stehen für die Verwirklichung des Wertes Gesundheit nur beschränkte Mittel zur Verfügung. Die Frage, ob die benötigten Ressourcen (ärztliche Leistungen, Medikamente etc.) bis zur Sättigungsgrenze vorhanden sind, kann man nur mit Nein beantworten. Auch hier gibt es Grenzen. Die Feststellung, daß die Kostensteigerung eingedämmt werden muß, besagt nichts anderes, als daß wir ein bestimmtes Quantum und nicht mehr an Mitteln für den Gesundheitsbereich verwenden wollen. Natürlich könnten wir mehr für den Gesundheitsbereich aufwenden! Aber das will offensichtlich unsere Gesellschaft nicht. Wir geben in Österreich rund 10% des Bruttonationalproduktes für Gesundheit aus. Dies ist ein ökonomisch-politisches Faktum, das zur Kenntnis genommen werden muß.

Durch die Ressourcenknappheit und ihre Bewältigung durch Preise und Zahlungen wird die medizinische Versorgung einer Gemeinschaft zwangsläufig zur ökonomischen Fragestellung. Der Einsatz und die Verteilung der Mittel muß reguliert werden. Dies kann nach verschiedenen Modellen geschehen. In der freien Marktwirtschaft begegnen sich Bedürfnisse und verfügbare Mittel über Nachfrage und Angebot und auf dem Verhandlungsweg entsteht der regulative Preis. In einer zentral gelenkten Wirtschaft werden Nachfrage und Angebot einfach dadurch festgelegt, daß man zentral bestimmt, wieviele Ressourcen für welche Bedürfnisse verwendet werden dürfen. Kurzum: im Gesundheitsversorgungssystem gelten auch die ökonomischen Gesetze der Mittelallokation und der Verteilung.

dargelegt, ein wirtschaftliches ist, gilt auch in ihm die Forderung der Ethik in einem wirtschaftlichen System: die gerechte Verteilung der Ressourcen. Wir werden hier für den Zweck unserer Überlegungen die schwierige Frage ausklammern, was Gerechtigkeit ist, und so tun, als ob wir uns alle darüber einig wären.

2.2 Wenn das Gesundheitssystem, wie vorhin

Aus der Sicht der Wirtschaftsethik ist die Gesundheit ein Wert, von dessen Pflege (d.h. von den Gütern, die man für die Pflege braucht) niemand ausgeschlossen werden darf. Dies bedeutet jedoch nicht, daß es ein unbeschränktes Recht darauf gibt, aber doch, daß ein jeder Anspruch auf eine gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel hat. Das heißt, es gibt zwar kein Recht auf Gesundheit, aber ein allgemeines Recht auf medizinische Betreuung (Deckung des Grundbedürfnisses). Es ist also ein sozialethisches Gebot, die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel (d.h. Leistungen und Waren) gerecht zu verteilen.<sup>3</sup>

Wie wird über den Einsatz und die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen entschieden? Das Gesundheitswesen ist ein Mischsystem aus freier Marktwirtschaft und zentral gelenkter Wirtschaft. Es gibt in etwa zwei Ebenen, auf welchen der Einsatz und die Vertei-

Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen

Emberdadigs estimated western		
EBENEN	Entscheidung	Entscheidungsträger
MACROEBENE	Zuteilung von Ressourcen auf die Gesundheit (und die anderen Verwendungen)	Staat (Budget) Gesundheitsbehörde Markt
	2. Aufteilung der für die Gesundheit gewidmeten Ressourcen	Staat (Budget) Gesundheitsbehörde Markt
MICROEBENE	Zuteilung von Mitteln auf Abteilungen, Labors, usw.	Anstaltleitung Abteilungsvorstände
	2. Mitteleinsatz bei einzelnen Patienten	Abteilungsvorstände Ärzte (KH und Ord.) Patienten Krankenschwestern

Tabelle1

lung der Mittel geregelt wird<sup>4</sup>: die Makroebene (Staat, Region, größere Gemeinschaft) und die Mikroebene (Krankenhaus, Ordination, Ambulatorium). Auf der Makroebene fallen im wesentlichen zwei Entscheidungen: erstens die Zuteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Verwendungsalternativen durch nationale und regionale Budgets, durch die Regelungen der Gesundheitsbehörden und durch den Markt. Zweitens die Aufteilung dieser der Gesundheit gewidmeten Güter auf Regionen, Krankenhäuser, Fachbereiche und Bevölkerungsgruppen, ebenfalls durch die oben erwähnten Institutionen.

Auf der Mikroebene fallen erstens die Entscheidungen bezüglich der Verteilung der tatsächlichen Finanzmittel und der realen verfügbaren Ressourcen zwischen den Abteilungen der Krankenhäuser und Ambulatorien und zweitens durch die Entscheidungen der Ärzte bezüglich des Einsatzes der vorhandenen Mittel bei den einzelnen Patienten in den Krankenhäusern und in den Ordinationen. Die Entscheidungen sollen auf allen Ebenen gerecht sein.

Vor allem auf der Mikroebene ist der Arzt Entscheidungsträger. Er hat nicht die ausreichende Übersicht über die gesamten realen Be-

dürfnisse der Gemeinschaft, die er mitbetreut, und über die tatsächlich verfügbaren Mittel. Daher braucht er die Hilfe von Behandlungsstandards und Anreize zur Sparsamkeit, die auf der ersten Ebene festgelegt werden sollen, um zur gerechten Gesundheitsversorgung beizutragen. In einem System, das humanitär bleiben will, müssen jedoch Standards und sonstige behördliche Vorschriften den Entscheidungsspielraum des Arztes respektieren. Nur er allein kann durch sein Können und sein Gewissen die allgemeinen Regelungen auf den

konkreten Fall anwenden. Aber selbst er muß sich auch um Gerechtigkeit bemühen.

2.3 Damit die Verteilung die richtige, d.h. eine gerechte ist, müssen alle Entscheidungsträger des Gesundheitssystems jene ökonomischen Regeln einhalten, die erforderlich sind, damit im Gesundheitssystem wirklich Gerechtigkeit waltet. Diese Regeln können unter dem Begriff der sparsamen Effizienz subsumiert werden. Trotz gesundem Gerechtigkeitsempfinden kann der Arzt nicht gerecht sein, wenn er nicht auch ökonomisch denkt. Er muß von der ökonomisch gesicherten Tatsache ausgehen, daß die personellen und materiellen Ressourcen knapp sind. Daher ist er an das Kriterium der sparsamen Effizienz gebunden, das ihn dazu anhalten wird, sich an die Standards und sonstigen Regelungen zu halten und innerhalb seines Spielraumes jede Art von Verschwendung zu vermeiden. Durch die Bemühung um diese sparsame Effizienz wird ein guter Teil der vorhandenen Kosteneinsparungspotentiale<sup>5</sup> ohne Minderung der Versorgungsqualität realisiert. Darum geht es in erster Linie, wenn die Forderung nach ökonomischem Denken gestellt wird. Die ökonomischethische Leitlinie, die hier nicht genug nuanciert werden kann, müßte lauten: Ein Patient darf nicht etwas bekommen, was für ihn eigentlich nicht sinnvoll (notwendig) ist.

Technisch-ökonomisches Denken allein genügt allerdings nicht, weil es ebenso in den Dienst einer ungerechten Verteilung gestellt werden könnte. Deshalb muß dieses Denken – wie bereits erwähnt – von der Ethik die richtige Zielsetzung bekommen.<sup>7</sup>

#### 3 Zwei Einwände

### 3.1 Erster Einwand: Gibt es wirklich ökonomische Zwänge?

Was bei der obigen Argumentation nicht nur der Ärzteschaft besondere Schwierigkeiten bereitet ist, die These und deren Begründung, daß es wirklich solche Knappheiten bzw. ökonomische Zwänge gibt. Denn bisher haben Patienten wie Ärzte jahrzehntelang nichts davon gespürt. Warum soll man sie denn jetzt in Rechnung stellen? Gibt es diese unbeeinflußbaren ökonomischen Zwänge wirklich? Dazu drei klärende Gedanken:

- 1. Es gibt ökonomische Zwänge und akute Knappheiten, die vom einzelnen direkt verspürt werden. So wird in vielen Ländern mit einem privatwirtschaftlichen Gesundheitsfinanzierungssystem wie z.B. in Kamerun der Patient gefragt werden müssen: Wieviel Geld haben Sie, bzw. wieviel können Sie für die Behandlung ausgeben? Falls er wenig Mittel hat, nützt es dem Arzt und dem Patienten wenig zu sagen, daß er sich von der ökonomischen Zwangslage nicht beeinflussen lassen soll. Der Mediziner wird sich wohl überlegen müssen, wie er mit den vorhandenen Mitteln das Beste machen kann. Aber auch in reichen Ländern mit einem gut ausgebauten Sozialsystem gibt es Knappheit, d.h. die Ressourcen reichen nicht bis zur Sättigungsgrenze für alle Bürger aus. Diese Knappheit ist jedoch elastischer als in armen Ländern, um auf das Beispiel Kamerun zurückzukommen, wo im Bedarfsfall keine zusätzlichen Mittel gefunden werden können. Darin liegt der Vorteil des Reichtums und des sozialen Ausgleichs der Belastungen eines guten Sozialversicherungssystems. Aber auch hier gibt es - absolut gesehen - Grenzen der Verfügbarkeit der Ressourcen, die nur mit Raubbau und Verschuldung zu überschreiten sind. Dies sind allerdings nur Scheinlösungen. Sie verschieben das Problem, indem sie die zukünftige Knappheit noch vergrößern. Sie stellen vor allem Belastungen für die kommende Generation dar.
- In der Regel belastet die Knappheit nicht alle Mitglieder einer Gemeinschaft in gleicher Weise. In Solidargemeinschaften gibt es Regelungen des gegenseitigen Ausgleichs, so

- daß Knappheit im Grunde kaum als solche gespürt wird. Dies ist die Grundidee der Sozialversicherung. Wenn aber die getroffenen Regelungen das Gefühl vermitteln, daß es keine Knappheit gibt, und den Gedanken der medizinischen Versorgung zum Nulltarif nahelegen, verfälschen sie die Wirklichkeit. Sie werden für das Gesellschaftssystem so gefährlich, wie für den Organismus ein Medikament, das gewisse Symptome einer schweren Krankheit verschleiert und dadurch die Diagnose unmöglich macht.
- 3. Man kann einwenden, daß 10% des Bruttonationalproduktes für Gesundheit ein sehr geringer Anteil sei. Man sollte nicht von Knappheit reden, weil Gesundheit wichtiger als die alternativen Verwendungen wie Verteidigung, Sicherheit, Kultur, Verkehr, Erziehung, Sport. Freizeit etc. sei, und man sollte ruhig mehr für sie auf Kosten dieser anderen Alternativen aufwenden. Dies mag stimmen. Das ist aber eine politische Frage. Die Entscheidungsstruktur eines demokratisch organisierten Landes läßt sich nicht so rasch verändern. Man muß daher manche demokratische Entscheidung, wie die des Budgets, mittelfristig als ökonomischen Zwang betrachten. Außerdem: auch dann, wenn der Anteil an der Gesamtheit der verfügbaren Ressourcen allmählich steigt, bleibt dennoch die ethische Forderung nach sparsamer Effizienz aufrecht, denn Vergeudung von Mitteln will vernünftigerweise keine Gemeinschaft zulassen.

### 3.2 Zweiter Einwand: Der Arzt ist Anwalt des Patienten

Das Argument lautet: Regelungen und Standards sollen ökonomischen Prinzipien folgen. Der Arzt soll sich zwar nach Möglichkeit daran halten, aber sonst braucht er keine ökonomischen Überlegungen anzustellen: Er ist Anwalt des jeweils vor ihm stehenden Patienten, dem er sich voll und ganz widmen soll. Dazu zwei Überlegungen:

- 1. Obwohl das Wohl des konkreten Patienten für den Arzt ausschlaggebende Entscheidungsgrundlage ist, darf er dennoch das Gemeinwohl nicht aus den Augen verlieren. Dieses anzustreben ist ein sozialethisches Prinzip, das für die Gemeinschaft und auch für den einzelnen verbindlich ist. Dem einzelnen fehlt wie den meisten Bürgern die Übersicht über die Gesamtheit der Mittel und der Bedürfnisse, und deshalb wird er sich schwer tun, allein diesem Prinzip voll zu entsprechen. Dies befreit ihn aber nicht von der Verpflichtung, im Rahmen seiner Möglichkeiten für das Gemeinwohl und nicht nur für den Patienten, den er vor sich hat, zu sorgen. Wenn der Arzt sich z.B. den medizinisch nicht indizierten Forderungen eines Sozialschmarotzers verschließt. handelt er im Sinne des Gemeinwohls und zudem sparsam. Wo die Grenzen liegen, ist schwer zu sagen. Wenn Standards vorhanden sind, dann sind die Orientierungsmarken klar, wo es keine gibt, muß sich jeder seine Standards selbst setzen. Wer keine hat, müßte allen Wünschen der Patienten nachgeben.
- 2. Man sollte nicht gesetzlich bindende Regelungen mit den echten unbeeinflußbaren ökonomischen Zwängen verwechseln, die Grund und Anlaß der ersteren sind. Viele gesetzliche Regelungen des Gesundheitswesens, wie das LKF-System oder die Verrechnung zwischen niedergelassenen Ärzten und Kassen etc. wurden eingeführt, um den ökonomischen Zwängen, wie etwa Knappheit der Ressourcen, Grenzen der Finanzierbarkeit, die die Gemeinschaft belasten, obwohl sie nicht von den einzelnen Mitgliedern spürbar sind, zu begegnen und um sie zu begrenzen und eine gerechte Verteilung zu erreichen. Außerdem sollen sie in der Regel als Anreiz für die erwähnte Haltung der sparsamen Effizienz wirken. Sie können sinnvoll sein, aber auch manchmal abstrus und unnötig. Sie beinhalten sogar ungerechte, das richtige ökonomische Denken strafende und gegen das medizinische Ethos verstoßende Vorschriften. Wären sie die einzi-

Band IV/Nr. 3

ge Möglichkeit, diesen echten ökonomischen Zwängen zu begegnen, wären sie unumstößlich. Dies ist aber nicht der Fall. Damit soll nur gesagt werden, daß die konkreten Defizite einer Regelung kein Grund sind, um das Prinzip der Notwendigkeit eines ökonomischen Denkens in Frage zu stellen. Wenn sich dieses Denken auf allen Ebenen – auf der Makro- und Mikroebene – im richtigen ethischen Rahmen durchsetzt, werden auch die richtigen Regelungen getroffen, d.h. solche, die tatsächlich eine gerechte Verteilung bringen. Gerade das ist es, was das wirklich ökonomische Denken "lohnend" macht!

### 4 Zur ethischen Verbindlichkeit des ökonomischen Denkens

Oben (Vgl. 1.) wurde behauptet, daß im ärztlichen Tun der ökonomische Diskurs nicht der einzige sein sollte, dennoch muß er immer dabei sein; er soll nicht der wichtigste, aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein. Diese These sollte noch etwas erläutert werden, denn nicht alle ethischen Grundsätze binden in derselben Weise und verpflichten gleichermaßen. Es geht also um die Frage nach der ethischen Verbindlichkeit des ökonomischen Aspekts im Vergleich mit den anderen Erwägungen bei der Entscheidungsfindung im ärztlichen Tun. Welches ethische Gewicht haben die ökonomischen Überlegungen und letztlich, wie entscheidend sind sie bzw. dürfen sie sein?

4.1 Der aristotelische Tugendbegriff und die auf ihm im Laufe der Philosophiegeschichte aufgebaute Tugendlehre bieten einen guten Einstieg in der Behandlung dieser Fragen. Nach Aristoteles<sup>8</sup> ist Tugend (areté) in erster Annäherung einfach eine Tüchtigkeit. Ohne Anspruch auf vollständige Präzision, die in der hier geforderten Knappheit nicht möglich ist,

könnte man weiters die sittliche Tugend als eine durch Gewohnheit erworbene, innere Disposition des Menschen bezeichnen, die ihn dazu geneigt macht, das Gute zu tun, d.h. die sittliche Vollkommenheit anzustreben. Gemäß der Tugendlehre ist eine Handlung sittlich gut, wenn sie tugendhaft ist, d.h. von allen Werten geprägt ist, die Gegenstand der Tugenden sind. Eine Tat ist z.B. gut, wenn sie gerecht und tapfer ist, d.h. den Tugenden der Gerechtigkeit und der Tapferkeit entspricht. Eine negative Bedingung der Sittlichkeit ist, daß die sittlich gute Handlung gegen keine einzige sittliche Tugend verstoßen darf. Auf den ersten Blick erscheint das fast ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, alle Werte bzw. Tugenden unter einen Hut zu bringen. Diese Frage hatte bereits Ari-STOTELES aufgeworfen. In der christlich-ethischen Tradition, vor allem durch Thomas von AOUIN, wurde sie ausführlich behandelt und ihre Lösung in der Lehre der Kardinaltugenden gesehen. Die Tugenden werden in vier Haupttugenden, auch Kardinaltugenden genannt, zusammengefaßt: nämlich Klugheit (Prudentia), Gerechtigkeit (Justitia), Tapferkeit (Fortitudo) und Mäßigkeit (Temperantia). Der ersten dieser vier Tugenden, der Klugheit, die als Handeln nach der rechten Vernunft (recta ratio agibilium9) definiert wird, wird eine sittliche Steuermannfunktion (auriga virtutum10) der Handlung zugewiesen. 11 Sie bestimmt, welche Werte bei einer bestimmten Handlung ausschlaggebend bzw. welche Tugenden gefragt sind. Durch die Klugheit wird also eine Handlung wirklich tugendhaft. D.h. bevor jemand gerecht, tapfer oder maßvoll ist, muß er zuerst klug sein.12 Pieper hat es so formuliert: "Was gut ist, das ist zuvor klug". 13 Es muß in der rechten Vernunftsordnung stehen. Denn die Klugheit legt im konkreten Einzelfall jene goldene Mitte fest, die für jede Tugend konstitutiv ist. So wäre Tapferkeit ohne Klugheit keine richtige Tapferkeit, sondern vielleicht Waghalsigkeit, Ungeduld, Nachgiebigkeit u.dgl. mehr.

Band IV/Nr. 3 Seite 209

Die ökonomische Effizienz und sinnvolle Sparsamkeit ist, wie in Abschnitt 2 erläutert wurde, eine Voraussetzung für gerechtes Handeln. Als Tugend muß sie in erster Linie zur Kardinaltugend der Mäßigkeit gerechnet werden. Auch darin zeigt sich die Tatsache des engen Konnexes, in dem die vier Kardinaltugenden stehen. Damit also eine Handlung und folglich auch das ärztliche Tun sittlich gut, d.h. tugendhaft ist, muß es auch der Mäßigkeit, im Sinne der sparsamen Effizienz entsprechen. Was im konkreten Fall ökonomisch effizient und auch sparsam ist, entscheidet die Klugheit. Bei der Entscheidungsfindung werden viele. möglichst alle im konkreten Fall relevanten Faktoren einbezogen, um die Verhältnismäßigkeit und Angemessenheit der Handlung (der Maßnahme) zu prüfen, d.h. um festzustellen. inwiefern eine Maßnahme zweckmäßig und sinnvoll ist. 14 Ökonomisches Denken, als sittliche Tugend, muß also immer auch in Betracht gezogen werden, d.h. ist ständig verbindlich.

4.2.1 Eine ganz andere Frage ist die nach den konkreten Handlungsanweisungen und verbindlichen Gebote, die sich aus der Verpflichtung zur ökonomischen Effizienz oder aus der sinnvollen Sparsamkeit ableiten lassen. Die Ethik zeigt, daß nur Verbote kategorisch, d.h. immer geltend sein können, nicht aber positive Gebote, Man darf niemals lügen, aber man muß nicht bis zum Martyrium die Wahrheit sagen oder den Nächsten lieben. Positive Handlungsanweisungen für die sittlich gute Handlung sind sehr situationsabhängig und lassen sich nur in einer prudentialen (klug, im o.g. Sinn) Entscheidung erkennen. Dementsprechend muß eine sinnvolle Sparsamkeit nur vom kategorischen Verbot ausgehen: Du darfst nicht verschwenderisch handeln. Was aber der Arzt konkret zu tun hat, wird sich aus der Gesamtheit der Umstände und aus der Gesamtheit der bei seinem Auftrag zu erfüllenden Werte auf dem Wege der Reflexion und Abwägung ergeben.

Die Kant'sche Unterscheidung zwischen kategorischen und hypothetischen Imperativen gibt uns einen wichtigen Hinweis<sup>15</sup>, um zu dieser Frage weitere Überlegungen anzustellen. Nach ihm sind die Imperative entweder kategorisch oder hypothetisch. Kategorische Imperative gebieten eine Handlung als für sich selbst objektiv notwendig, ohne Beziehung auf einen Zweck<sup>16</sup>. Aus dem allgemeinen kategorischen "handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde"17, lassen sich konkrete Imperative ableiten, die allerdings noch keine praktischen Handlungsanweisungen ergeben. So wird demnach ein "nihil nocere" für den Arzt als kategorisch sittlich verbindlich gelten müssen. Er erfährt daraus, was er nicht tun darf, nicht aber, was er in der konkreten Situation zu tun hat.

Die hypothetischen Imperative gebieten eine mögliche Handlung als Mittel zu etwas anderem (Zweck), das gewollt ist. 18 Das Mittel ist eine Notwendigkeit, um das Ziel zu erreichen. d.h. wer das Ziel erreichen will, muß das Mittel anwenden. Bekanntlich unterschied Kant zwischen technischen und pragmatischen Imperativen. Die ersten schreiben technische Mittel vor. finden innerhalb der Technik und Kunst ihre Anwendung und erfordern Geschicklichkeit im Handeln. Die zweiten schreiben praktische Maßnahmen vor, die das Gelingen des Lebens zum Zweck haben und erfordern Klugheit. Die Vorschriften der ärztlichen Kunst (lege artis), die der pflichtbewußte Arzt in der Durchführung seines heilenden Auftrags beobachtet, sind vor allem technische Imperative. Die Regeln der Ökonomie, die der Arzt wie auch jeder andere, der mit knappen Mitteln umgeht, verwalten wird, sind teils technische. teils pragmatische Imperative. Sie sind technisch, insofern eine Methode zur Anwendung kommt, um Ressourcen auf Bedürfnisse zuzuordnen. Sie sind aber pragmatisch, insofern das Gelingen des Lebens sich in materieller Hinsicht auf ganz verschiedenem Wege verwirklichen läßt und dafür Klugheitsentscheidungen gefordert werden.

Für die Sittlichkeit der ärztliche Handlung sind alle Imperative von Bedeutung. Denn in der sittlich guten Handlung geht es um das absolut Gute und nicht nur um das fachgerecht durchgeführte Werk. Im sittlichen Urteil sind alle Werte bzw. Tugenden angesprochen und nicht nur die Geschicklichkeit oder technische Fertigkeiten. Die Vernachlässigung mancher Werte, die als weniger wichtig eingestuft werden, kann die sittliche Qualität der Handlung gefährden. Koslowski hat aufgezeigt, daß ein Teil der Diskussion um die medizinische Ethik daran krankt, daß technische Imperative (medizinische) oft zu kategorischen erklärt und pragmatische Imperative (ökonomische) ignoriert werden. 19 So wird manchmal eine bestimmte Therapie zum kategorischen Imperativ erhoben, so als ob das Leben und die Gesundheit zu erhalten der erste Wert wäre. Er ist kein kategorischer Imperativ. Außerdem, um den richtigen kategorischen Imperativen (z.B. nihil nocere) gerecht zu werden, muß sowohl technischen (medizinischen) wie pragmatischen (ökonomischen) Imperativen Folge geleistet werden. Man darf darüber hinaus nicht übersehen, daß nicht nur "nihil nocere" ein kategorischer Imperativ für den Arzt ist, sondern auch Gerechtigkeit ("Du darfst nicht ungerecht handeln") und sparsame Effizienz (ein Bestandteil der Tugend der Temperantia, d.h. Mäßigung: "Du darfst nicht verschwenderisch handeln") solche Imperative sind. Beide sind allgemeine Gesetze des Handelns, denn das gegenteilige Verhalten -Ungerechtigkeit und Verschwendung - würde dem Zusammenleben der Gesellschaft schaden.

Technische Imperative drücken sich in Regeln der Geschicklichkeit, die pragmatischen Imperative in Regeln der Klugheit und die kategorischen Imperative in Geboten (eigentlich Verboten) der Sittlichkeit aus. Daraus könne man eine ganz konkrete Abstufung der Handlungsanweisungen hinsichtlich ihrer Verbind-

lichkeit ablesen: Gebote und Regeln. Wobei der ökonomische Diskurs sowohl zu Regeln der Geschicklichkeit (Organisationsregeln) führt, wie zu jenen der Klugheit (Bedingungen des Gelingens des Lebens). Die Regeln der Geschicklichkeit stehen nicht über denen der Klugheit. Konkret könnte dies heißen, daß bei einer gegebenen Situation es angebracht sein kann, eine Therapie zweiter Wahl anzuwenden, wenn dadurch langfristig mehr Patienten bei gleichen Kosten geheilt werden können.

4.2.2 Eine Einschränkung der Verbindlichkeit der technischen (medizinischen und z.T. auch ökonomischen) und pragmatischen (ökonomischen) Imperative ergibt sich aus dem Gewißheitsgrad der Erkenntnisse, die durch die entsprechenden Wissenschaften erlangt werden. Ohne uns ietzt auf eine wissenschaftstheoretische Diskussion darüber einzulassen. können wir zumindest rein pragmatisch sagen, daß sich medizinisches (naturwissenschaftliches) und noch mehr ökonomisches (sozialwissenschaftliches) Wissen ständig verändern, d.h. durch neue Erkenntnisse eine Vertiefung, aber auch eine Korrektur, manchmal bis zu einer Wende hin, erfahren. Vielleicht könnte man auch etwas undifferenziert sagen, daß dieses theoretische Wissen paradigmenabhängig ist, und daher immer mit einer nicht unbeträchtlichen Ungewißheit - letztlich einem Nicht-Wissen - behaftet ist. Jedem Paradigma liegt eine Reihe von Axiomen und Postulaten zu Grunde, die einfach angenommen werden. Es gehört zur Methode der modernen Wissenschaft, diese Axiome zu hinterfragen und somit jedes Wissen, das nicht Tatsachenwissen ist, d.h. jedes theoretische Wissen provisorischen Charakters als ungewiß zu beurteilen. Die Schlußfolgerung daraus ist, daß die Verbindlichkeit einer Handlungsanweisung mit der Ungewißheit des ihr zugrunde liegenden theoretischen Wissens abnehmen muß, denn Unwissen enthebt der Verpflichtung zu handeln.

Band IV/Nr. 3 Seite 211

Diese Präzisierung bedeutet allerdings nicht, daß der Arzt wegen der Ungewißheit des medizinischen oder ökonomischen Wissens der ethischen Verpflichtung zur sparsamen Effizienz enthoben werden kann, weil diese Verpflichtung kategorisch geboten wird. Sie bedeutet aber, daß er bei der Erfüllung dieser Verpflichtung meistens nicht an eine einzige Regel (technischer Imperativ) oder einen einzigen Ratschlag (pragmatischer Imperativ) gebunden ist, sondern daß ihm mehrere Optionen offen stehen. Je nach Sachlage und Situation, Risken und Ungewißheiten, die nur der handelnde Arzt beurteilen kann, wird er für eine bestimmte Entscheidung optieren.

4.3 Und letztlich soll auch kurz auf den dritten Teil der These eingegangen werden, demzufolge in bestimmten Situationen der ökonomische Diskurs entscheidend sein kann. Dies tritt bei akuter Ressourcenknappheit ein, d.h. wenn der Arzt in die Situation kommt, einem Patienten eine Behandlung, die ihm nicht viel hilft, zu verweigern, weil die Mittel für einen anderen, dem sie zweifellos das Leben retten können, eingesetzt werden müssen.

4.4 Abschließend soll hier nochmals auf die Behauptung im ersten Abschnitt, daß der Arzt in seiner beruflichen Tätigkeit laufend auch ökonomisch denkt, obwohl er meistens große Probleme hat, es zuzugeben, eingegangen werden. Wie die erwähnte Arbeit von BONELLI zeigt, ist das ökonomische Denken nicht nur mit dem hippokratischen Ethos vereinbar, sondern von diesem auch gefordert und gefördert. Die Hemmungen aber. die Ausübung des ökonomischen Denkens zuzugeben, rühren aus einem Mißverständnis darüber. was Ökonomie ist. Leider hat unsere Kultur vergessen, daß von Aristoteles (4.Jh.v.Chr.) bis inklusive Adam Smith (17.Jh.), dem Begründer der modernen Volkswirtschaftslehre, Ökonomie als ein Teil der Ethik angesehen wurde, die den richtigen Umgang mit materiellen Beschränkungen und Knappheiten lehrt. Dies vorausgesetzt, kann sich niemand, auch nicht der Arzt, schämen, ökonomisch denken zu müssen

#### Referenzen

- Koslowski P. Gesundheitsökonomik und ärztliche Ethik in ders. Die Ordnung der Wirtschaft, J.C.B.MOHR, Tübingen 1994, 370 – 407
- STREISSLER E. Was darf Gesundheit kosten?, Gesundheitsoeconomica, Wien, 1996/1-2, 211-228
- SCHÖNE-SEIFERT B. Was sind gerechte Verteilungskriterien, in MOHR J. und SCHUBERT CH. (Hrsg.) Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag, 34 – 44
- GÄFGEN G. Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Nomos Verlaggesellschaft, Baden-Baden, 1990, 231 – 259
- OESTERLE A. Pflegesicherung und Krankenhausversorgung: Einsparungs- und Substitutionspotentiale Gesundheitsoeconomica, Wien, 1996/1-2, 117 135 und BADELT CH., HOLZMANN A., MATUL CH., OESTERLE A., Kosten der Pflegesicherung, Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung, Böhlau, Wien, 1996
- ARNOLD M. Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, Enke Verlag, Stuttgart, 1996
- ARNOLD M.. Warum stellt sich das Thema "Ethik der Gesundheitsökonomie"? MOHR J., SCHUBERT CH. (Hrsg.) "Ethik der Gesundheitsökonomie", Springer Verlag, 1992, 1 – 11
- 8. ARISTOTELES Nikomachische Ethik, II
- AQUIN T.v. Summa theologica, I-II, 56, 2 ob. 3 und "Expositio in decem libros ethicorum Aritoteles ad Nichomacum, nn 1916, 1445
- AQUIN T.v. Expositio in 4 libros sententiarum magistri Petri Lombardi, 2. Buch 41.1. ob. 3
- 11. ARISTOTELES Nikomachische Ethik, 1142b und 1143a und AQUIN T.v. Summa theologica, I-II, 56, 2 ob. 3 und "Expositio in decem libros ethicorum Aritoteles ad Nichomacum, nn. 1158 und 1165
- 12. AQUIN T.v. Questiones disputate de virtutibus, 1. 6 c
- 13. PIEPER J. Das Viergespann, Herder, München, 1964, 20
- BONELLI J. Ökonomisches Denken und hippokratisches Ethos, in dieser IMAGO-HOMINIS-Nummer
- Koslowski P. Die Ordnung der Wirtschaft, J.C.B.Mohr, Tübingen, 1994, 372
- 16. KANT I. Grundlegung der Metaphysik der Sitten, 414
- 17. KANT I. Grundlegung der Metaphysik der Sitten, 421
- 18. KANT I. Grundlegung der Metaphysik der Sitten, 414
- 19. Koslowski P. Die Ordnung der Wirtschaft, 373

#### NACHRICHTEN

#### Ethische Überlegungen zu Austauschprogrammen von Spendernieren

Transplantation stellt zwar die beste Behandlung für Nierenerkrankun-

tentiellen Empfängern.

Lainie FRIEDMAN ROSS vom Mac lich nicht zu unterschätzen ist. Lean Center for Clinical Medical Ethics und ihre Kollegen entwickel- The Lancet, Vol 336, June 12 1997 ten deshalb ein Konzept zum paarweisen Austausch von Spendernie-Patientenbetreuung nach der ren zu je ABO-kompatiblen Emp- Entlassung fängern.

studie liegt nun vor: wenn alle mög- aus der USA zeigt, daß Ärzte oft der heitssystem zeigt seit mindestens 2 lichen anverwandten Organspender Meinung sind, daß ihre Patienten Jahren keine signifikanten Anzeieines Patienten (P1) ABO-Inkompa- zwar gut über medizinische Maß- chen einer Genesung, obwohl das tibilität zeigen, soll ein potentieller nahmen nach der Spitalsentlassung neu gewählte Parlament weiterhin Spender in die Studie einbezogen Bescheid wüßten, im Verhältnis Krankenhäuser schließt, Personal ren Patienten (P3) spenden, der sich rieren. in der gleichen Lage befindet. Dafür kompatiblen Spender erhalten.

heit der Spender voll gewahrt blei- schen Arzt und Patient ist, zumal jahr noch US\$ 40.- pro Jahr pro Perben. Zwang zur Organspende sollte die Spitalsaufenthaltszeiten in den son, so sanken sie zu Beginn dieses selbstverständlich ausgeschaltet wer- vergangenen Jahren kürzer gewor- Jahres auf nur US\$ 15.-. Vielen Spiden. Psychologische Beratung, die den sind. Die Studie zeigt klar ein tälern mangelt es an den notwendihilft, eventuellen Erwartungsdruck Verständigungsdefizit aus der Familie oder übergroßen Al- Ärzten und Patienten auf. CALKINS ten, sich während des Spitalsaufenttruismus seitens des Spenders aufzu- und Kollegen interviewten 99 Pati- halts selbst zu verköstigen und die decken, wird von großer Wichtig- enten mit akuten Myokardinfarkt Medikamente aus eigener Tasche zu keit sein. Weiters soll das Recht auf bzw. Pneunomie. Die Ärzte glaub- bezahlen. Dies bedeutet bei einem die Meinungsänderung gewahrt ten, daß sich 88,9% der Patienten durchschnittlichen bleiben. Sollte ein Spender es sich der potentiellen Nebenwirkungen von US\$ 30.- eine schwere Belagramm ist strenge Vertraulichkeit ben. und Anonymität. Lainie FRIEDMAN

die amerikanische Gesetzeslage, wo- den waren, wann sie ihre normalen nach nur altruistische Spender ak- Aktivitäten wieder aufnehmen könzeptabel sind. Im Fall des Nieren- nen. austausches könne man von indirektem Altruismus sprechen, da der wußten darüber Bescheid. Auch gen im Endstadium dar, es besteht direkte ja durch ABO-Inkompatibi- wurde die Gesprächszeit über Bejedoch ein immer größer werdendes lität unmöglich geworden ist. FRIED- handlungsmaßnahmen nach der Mißverhältnis zwischen der Anzahl MAN Ross will ihr Projekt zunächst Entlassung von Ärzten länger eingean Organspendern und jener an po- einmal durchführen, um zu sehen, schätzt als von ihren Patienten. Die In der Universitätsklinik von auch aus ethischer Sicht vertretbar her, sich mehr Zeit für das Entlas-Chicago etwa sterben 10% bis 20% ist. Sie warnt dabei vor übergroßer sungsgespräch zu nehmen, darüber der Patienten, weil kein geeignetes Eile, da die Gefahr einer Verkom- hinaus schriftliche Anweisungen Organ für sie zur Verfügung steht. merzialisierung der Organe natür-

werden und seine Niere einem ande- dazu jedoch zu wenig aktiv koope- entläßt und Patienten mit Mehrko-

soll P1 eine Niere von einem ABO- der University of Kansas unter- dazu veranlaßt, Zuschüsse für Kranstreicht, wie wichtig gerade hier kenhäuser zu kürzen. Dabei soll die Entscheidungsfrei- eine gute Kommunikation zwianders überlegen, so soll er das bis ihrer Behandlung nach der Entlas- stung. Letztes Jahr hatte es ein Defizuletzt tun dürfen. Ein anderer sung bewußt waren, hingegen nur zit von US\$ 40 Millionen zu verwichtiger Handlungsgrundsatz für 57,4% der Patienten meinten, davon zeichnen. Es gibt zwar Kranken-Spendernierenaustauschpro- etwas gehört oder verstanden zu ha- häuser im ganzen Land, aber die

Ross bezieht sich natürlich auch auf 94,7% der Patienten informiert wor-

Aber nur 57,9% der Patienten ob es sowohl aus medizinischer als Autoren der Studie empfehlen daauszuhändigen und Kontrollanrufe durchzuführen.

The Lancet, Vol. 349, May 17, 1997

#### Schwierige Zeiten für Bulgariens Ärzte:

Folgendes Konzept für eine Pilot- Eine kürzlich erschienene Studie Bulgariens kränkelndes Gesundsten belastet. Die ökonomische Kri-Hauptautor David CALKINS von se Bulgariens hat die Regierung

> Betrugen die Ausgaben im Vorzwischen gen Geräten. Patienten werden gebe-Einkommen Patienten ziehen es vor, auch wegen Die Ärzte waren überzeugt, daß weniger schwerer Erkrankungen in

sich dort behandeln zu lassen. Als das Risiko einer primären pulmona- psychischer Erkrankungen in vielen Folge davon stehen all die anderen len Hypertension (PPH) zu entwik- Ländern. Spitäler leer, Sofia's Krankenhäuser keln, von 1-2 auf 23 Fälle pro Bevölhingegen platzen aus allen Nähten. Das medizinische Personal in Bul-

ein freiwilliges "Tip" gaben. Da aber Folgen seiner Fettleibigkeit zu sterdie Patienten ebenfalls schweren fi- ben, tausend Mal höher sei, als an nanziellen Belastungen ausgesetzt PPH zu sterben. sind, fällt nun auch diese Auffettung des Gehalts weg. Trotz allem hört The Lancet, Vol 349, May 10, 1997 man keine Klagen vom medizinischen Personal, Groß ist das Verständnis für deren finanzielle Nöte. Zusätzlicher Streß für Ärzte wird durch die limitierten Therapiemög- Die Probleme, die psychische Er- knappe Mehrheit im polnischen lichkeiten verursacht. Ivan CHERND-ZEMSKY, Direktor des nationalen Onkologiezentrums stellt bedauernd fest: Es ist ein Spiel, jeden Tag. Wir kürzlich selektieren einen von zehn Patien-

The Lancet, Vol 349, May 10, 1997

Tragödie.

#### Zweifel an Medikamenten gegen Fettleibigkeit

Als die Firma Wyerth-Ayerst letzten Juni Dexfenfluramine in den USA lancierte, wurde das Präparat als das vermarktet.

Es war seit einem Viertaljahrhundert das erste Medikament gegen Alarm.

Sie orten mögliche Nebenwirpertension und Neurotoxizität.

die aus dem Vorjahr, die anzeigt, daß Krieg, Armut, Arbeitslosigkeit, so- Kathpress 30.5.1997

kerungsmillion ansteigen läßt.

Tim HIGENBOTTAM, Professor für garien hatte noch nie viel verdient respiratorische Medizin an der Uni-(US\$ 35.- - US\$ 40.- pro Monat). Es versity Sheffield meint aber, dass das war vielmehr Brauch, daß Patienten Risiko eines Fettleibigen, an den

#### Neue Initiative für mentale Gesundheit

krankungen weltweit darstellen, wurden bisher schwer unterschätzt. Zu diesem Ergebnis kommt der erschienene Harvard/ World Bank/ WHO Bericht mit kommen lassen können. Es ist eine Disease". Psychiatrische Erkrankungen wie unipolare Depression. Alkoholmißbrauch, bipolare affektive Störungen, Schizophrenie und quälende Zwangserkrankungen

> im Leben dar. Eine dreiviertel Million Menkehrsunfälle.

werden wöchentlich 85.000 Rezepte Bericht zur Weltgesundheit an die ment eine Zweidrittelmehrheit für für Dexfenfluramine geschrieben - UN für ein UN-Jahr der geistigen die Abtreibungsregelung finden, dennoch, einige Forscher schlagen Gesundheit und ein WHO-Jahr- kann die Entscheidung des Verfas-

tung psychischer Erkrankungen, ist fraglich. Tatsächlich gibt es auch eine Stu-verursacht auch durch Gewalt,

die Hauptstadt Sofia zu reisen, um der Gebrauch von Appetitzüglern ziale Isolation und Stigmatisierung

Die Zielsetzung der Initiative ist es, ein neues, wacheres Bewußtsein für die weltweite Belastung durch psychische Erkrankungen herzustellen und gleichzeitig Strategien zur wirksamen Reduzierung des bestehenden Leides zu entwerfen

The Lancet, Vol 349, May 10, 1997

#### Abtreibungsdebatte in Polen

Im Oktober 1996 stimmte eine Parlament für ein neues Abtreibungsgesetz. Die neue Regelung erlaubte es Müttern, sofern sie sich in einem schwierigen materiellen oder persönlichen Zustand befinden, ihr ten, dem wir eine Behandlung zu- dem Titel "The Global Burden of Kind bis zur zwölften Schwangerschaftswoche abtreiben zu lassen.

37 Senatoren reichten daraufhin Ende Dezember beim Verfassungsgericht eine Klage ein. Ende Mai erklärte das polnische Verfassungsgestellten 1990 fünf von zehn maßgeb- richt das neue Abtreibungsgesetz in lichsten Ursachen für Behinderung mindestens fünf Punkten für verfassungswidrig. Das Urteil bezieht sich nicht nur auf die geltende, sondern schen sterben pro Jahr an Selbst- auch auf das in Kürze in Kraft tremord. Es ist dies die zehnthäufigste tende neue polnische Verfassungsgeoptimale Mittel gegen Fettleibigkeit Todesursache, etwa vergleichbar mit setz. Als einer der Hauptgründe der Anzahl an Toten durch Ver- wurde die Uneinigkeit in der Wissenschaft angeführt, ab welchem Die Autoren von The Global Bur- Zeitpunkt ein Embryo als menschli-Fettleibigkeit, das durch die US den of Disease prognostizieren un- ches Leben zu bewerten sei. Daher Food and Drug Administration ge- ter Berücksichtigung sozioökono- müsse der menschliche Embryo von nehmigt worden war, ein Umstand, mischer Faktoren ein weiteres An- der Empfängnis an geschützt werder sehr zu seinem durchschlagen- steigen psychiatrischer Störungen den Sollte sich nun innerhalb von den Erfolg mit beitrug. In den USA um 4,5%. 1995 wurde im Harvard- sechs Monaten im polnischen Parla-

zehnt mit demselben Titel plädiert. sungsgerichts überstimmt und das Auslöser für diese neue Initiative neue Gesetz beibehalten werden. kungen wie primäre pulmonale Hy- waren und sind die große Verbrei- Ob sich diese Mehrheit finden wird,

#### ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Wien Zeitschrift in Deutsch 4.Jahrgang Heft 2 April 1997 Reform des Gesundheitswesens und anstalten-Arbeitszeitgesetz.

RdU RECHT DER UMWELT: Arzeneispezialitäten Wien Zeitschrift in Deutsch 4. Jahrgang Heft 1 März 1997 RUDOLF FEIK: Die EG-Vogelschutz- dern. Richtlinie 79/409/EWG, 1.Teil: CHRISTINE HOCHHOLDINGER: AWG-Novelle 1996; KARIN BÜCHL-KRAM- THE JOURNAL OF MEDICI- ques bioéticos en las ciencias Básicas; MERSTÄTTER / CHRISTINE FOHLER- NE AND PHILOSOPHY. A Fo- Farmacia: GLORIA NOREK: Der "abgeschwächte" Ent- rum for Bioethics and Philosophy Bioética Farmaceútica: "avance o wurf einer Novelle zum of Medicine. Dordrecht / Boston / retroceso?"; gewerblichen Betriebsanlagenrecht London. Bimestrale Zeitschrift in Cuestiones de actualidad: Instituto di - ein scheinbarer Erfolg für Um- Englisch. welt- und Anrainerschutz; Diskussion: STEPHAN SCHWARZER

4. Jahrgang Heft 2 Juni 1997 HERBERT WEGSCHEIDER: Die zweite duction; ROBIN S.DOWNIE and FIO- Panorama Internacional, Medicina, Reform des Umweltstrafrechts; RU- NA RANDALL: Parenting and the saludy etica, Documentacion: DOLF FEIK: Die EG-Vogelschutz- Best Interests of Minors; Ellen Nomas de buena prática clínica Richtlinie 79/409/EWG, 2. Teil; WRIGHT CLAYTON: Genetic Testing para ensayos clínicos con medica-BERNHARD RASCHAUER: Abfallver- in Children; KENNETH DE VILLE: mentos en la Comunidad Europea; brennung zwischen Bundes- und Adolescent Parents and Medical Espana Real Decreto, por el que se Landesrecht; GERHARD SCHNEDL: Decision-Making; Regelungsdefizite der Länder im M.KOPELMAN: The Best-Interests zación de ensayos clínicos con me-Umweltinformationsbereich Standard as Threshold, Ideal, and dicamentos; Umweltinformationsbereich 4. Jahrgang Heft 3-4 Juni 1997 FRANZ M. ADAMOVIC: Leistungsverweigerungsrecht bei Weisungskonflikten; Christoph Wolf: Zeitgut- REVISTA CUADERNOS DE dica Noticias haben für Nachtschichtarbeit in BIOETICA. Santiago de Compo-Krankenanstalten (I); JOHANNES stela, Spanien. WOLFGANG STEINER: Rechtsfragen Quartalsschrift in Spanisch. der Rufbereitschaft;

RdM RECHT DER MEDIZIN: Neues aus Gesetzgebung und Ver- Tema de Estudio: Etica de la experiwaltung: Vertreter von Gemeindeärzten und Los ensayos clinicos: LEOPOLDO lungsmethoden durch die Kranken- kung von Ärzten des öffentlichen stigación clínica en Espana; versicherung; Lukas Stärker: Wie Sanitätsdienstes; Verordnung über Tema Especial: Planificacion familange muß der Spitalsarzt ruhen? - empfohlene Impfungen; Durchfüh- liar y anticoncepcion: José A.PAJA Ausgewählte Fragen zum Kranken- rensverordnungen zum Medizinpro- Burgoa: La planificación familiar duktgesetz; Verordnung über die sin misterio; E.GÓMEZ GRACIA: Fachinformation (Zusammenfas- O.CALDERON, sung der Produkteigenschaften) für J.Fernandez-Crehuet: Evaluación

Aus der Praxis: Steuerliche Ände- natural (PFN); Ana Carmen Marrungen für Ärzte bei Einkäufen CUELLO FRANCO: Contracepsión horvon Wirtschaftsgütern aus EU-Län- monal y tratamiento hormonal;

Vol.22 No.3, Juni 1997 The Best-Interest Standard Intro-Ruiz-Calderón: El clon Dolly; Standard of Reasonableness

Vol.VIII No.29, 1a 1997

Unterbringungsgesetz- mentacion biomedica (II):

"öffentlicher Sanitätsdienst"; Re- GARCÍA ÁLONSO: Investigación clí-PAUL DUKARICH / THOMAS WOREL: gierungsvorlage eines Gesundheits- nica y Bioética; José Ma.Prieto und Krankenpflegegesetzes; Kabel- González: La ética de la investiga-Krankenanstaltenfinanzierung und Satellitenrundfunk - Arznemit- ción cientifica; Juan Manuel Paz ab 1.1.1997 - Rechtsgrundlagen; tel und ärztliche Behandlung; Kura- FERNÁNDEZ: Etica y estudios expe-MARTIN BINDER: Zur Kostendeckung tive Tätigkeit durch Polizeiärzte; Si- rimentales; Luis Matos Espino: alternativmedizinischer Behand- cherheitspolizeigesetz – Mitwir- Desarrollo normativo de la inve-

sanitaria de la planificación familiar

Colaboraciones: Docencia: M.BARI Calzada, N.Rivera Michelena, I.BARRIOS OSUNA: Aplicación de enfo-

Bioetica del Sacro Cuore, Roma: Contra la llamada 'reducción embriona-LORETTA M.KOPELMAN: Children ria'; HANS JONAS: Preguntas sobre la and Bioethics: Uses and Abuses of clonación; José Miguel Serrano

LORETTA establecen los requisitos para la rali-

Cursos, congresos y seminarios, Bibliografia recibida, AEBI: Asociacion espanola de bioética y ética me-

Vol.VIII No.30, 2a 1997 Tema de estudio: Bioetica en la atencion a enfermos con sida:

MA. VICTORIA GORDILLO: Aspectos to a Competition-based Health (J.A.MERCADO); CORNELIO FABRO, Sida, desde las Unidades de Cuida- can LOPEZ GUZMAN: Objeción de con- called Embryo 'Reduction'; ciencia farmacéutica: Antonio Book Reviews PARDO CABALLOS: Etica de la precripción y la dispensación: buen obrar o estado de cosas deseable? Colaboraciones: ORLANDO Italien. D.GARCIA: Una

Asistencia clinica: PEDRO HERNÁN- Studi: WILLIAM E.CARROL: Galileo, DEZ, ERNESTO CANABATE: Informar Science and the Bible: Sergio Cot-Etica A.M.PADOVANI. Derecho: CARMEN MA.GARCIA MI- opposizione contro il nazionalso- nisch. RANDA: La regulación jurídica de la cialismo; RICARDO YEPES STORK: La Anno XII, n. 2 - Dicembre 1996 clonación de seres humanos;

Cuestiones de actualidad: SERGIO dad; TEI: Las derivas del diagnóstico en la intencionalidad; Luis Rome- su Matrimonio e Famiglia. prenatal: Miguel Serrano Ruiz- RA: Ha ancora senso una domanda Editoriale: Sommari: Tony Ana-CALDERÓN: Irrevocable; N.ARCE, metafisica su Dio?; ALEJANDRO TRELLA: Crise de la paternité; GIANción y Bioética;

London GB. Quartalsschrift in Englisch. Vol.13:2, 1997

del Sida; MANUEL LEAL: Aspectos M.D.: Anencephalic Neonates as VA); con Sida; RENE ZAMORA MARIN: At- sponse to the Council on Ethical ste, Rassegne editoriali; Medical BERNARDO SOPENA: Transmisión Guidelines Regarding Possible nuovi el Sida pediátrico; Fara González: tric Practice': A Conceptual Cri- Aristotele (M.Pérez de Laborda): Sida y religión. Atención al paciente; tique; DON BUCKLEY, M.D.: Gate- Schede bibliografiche: ciencia de los profesionales Sanita- Physician in the Era of Managed dell'essere

> ACTA PHILOSOPHICA. Rom, reformulación Ouartalsschrift in Italienisch.

ETHICS & MEDICINE, USA, La New Age e le sue "teologie";

psicopedagógicos de la prevención Care System; GREGORY W.RUTECKI, pensatore universale (I.VILLANUEéticos en la atención del paciente Organ Donors Revisited: A Re- Convegni, Società filosofiche, Riviención al paciente terminal con and Judicial Affairs of the Ameri- Recensioni: H.BONITZ: Sulle cate-

Association; gorie di Aristotele (M.PEREZ DE LAdos Intensivos; Ma.Carmen Vidal A.A.Howsepian, M.D.: The Ame-borda); M.Introvigne: Il sacro CASERO: Es farmacéutico y el sida; rican Psychiatric Association's postmoderno. Chiesa, relativismo e movimenti vertical del VIH; M.V. ARRANZ, M. Conflict Between Psychiatrists' Re- (J.VILLANUEVA); P. NATORP: Tema e VILLA, J. VEGA: Problemas éticos en ligious Commitments and Psychia-disposizione della "Metafisica" di Tema Especial: Objeción de Con-keeper Ethics: The Primary Care TANO: Sui molteplici significati secondo Aristotele rios: Dolores Serrat, Luisa Ber- Care; Centre of Bioethics, Catholic (M.Perez de Laborda); J.Garcia NARD: Las profesiones sanitarias University of the Sacred Heart, LOPEZ: El conocimiento filosófico ante la objeción de conciencia; Jose Rome: A Document Against So- de Dios (M.Perez de LABORDA); J.C.Gil - J.A.NISTAL: "New Age". una religiosidad desconcertante (J. VILLANUEVA); M. INTROVIGNE (a cura di): La sfida pentecostale (J.VILLANUEVA); T.MELENDO: La hora de la familia (A.BARBERA): F.W.J.SCHELLING: Ricerche filosocompleta y precisa de la muerte hu- Vol.6 (1997), Fasc.1 Gennaio/Giug- fiche sull'essenza della libertà umana (F.Russo)

al paciente oncológico; Pablo Ver- Ta: Dal primato della prassi ANTHROPOTES. Rivista ufficiapsicoterapia; all'anomia. Una interpretazione le del Pontifico Istituto Giovanni M.E.CLEMENTE, filisofica della crisi odierna; Josef Paolo II per Studi su Matrimonio e J.B.Torre: La metodología en el Seifert: La Filosofia personalista di Famiglia. Città del Vaticano, Italien análisis de los problemas bioéticos; Dietrich von Hildebrand e la sua Halbjährliche Zeitschrift in Italie-

persona como fuente de autentici- Sommario: Allocuzione di Sua Santità Giovanni Paolo II in occasione CECCHETTO: Argentina, efervescen- Note e commenti: MAGDALENA del 15º anniversario dell'istituziocia legislativa; JEAN-FRANCOIS MAT- BOSCH: Inmanencia y trascendencia ne del Pontificio Istituto per Studi

I.Pelayo, M.Sanz, J.Vega: Clona- Vigo: Temporalidad y trascenden- francesco Zuanazzi: Il padre tra cia: La concepción heideggeriana realtà e finzione; PEDRO MORANDÉ: de la trascendencia intencional en La imagen del padre en la cultura de Sein und Zeit; JAVIER VILLANUEVA: la postmodernidad; STANISLAW GRY-GIEL: La dimensione pasquale della Cronache di filosofia: MAX SCHE- paternità e della figliolanza; GER-LER: due opere recenti (F.Russo); HARD LUDWIG MÜLLER: Jesus Chri-L'antropologia nella filosofia spa- stus, der Sohn des Vaters. Zeugung Obituary: Professor Gyula Gaiz- gnola contemporanea (J.VILLAN- und Sohnschaft im dreifaltigen LER: The Transition from y Social UEVA); Medioevo e modernità Gott; MASSIMO SERRETTI: Paternità

terzo manoscritto di Karl Marx; TER: The European Convention on della Chiesa alla crisi etica della so-Carlo Bresciano: La paternità nel-Bioethics; Robert D.Truog: Is It cietà la procreazione medicalmente assi- Time to Abandon Brain Death?; Dalla Santa Sede: stita; ALDA MARIA VANONI: Adozio- MARGARET WALTER: Review Essay - 1. La Santa Sede all 9° Sessione della ne e paternità adottiva; ANGELO SCO- Geographies of Responsibility; LA: Paternità e libertà; PAUL Features: RICHARD H.NICHOLSON: cio e lo Sviluppo: Sicurezza exono-BAUDIQUEY: Rembrandt: histoire Old World News - In the Family's mica e stabilità sociale frutti di d'un Père "prodigue d'amour"; Lo- Best Interests; PAUL J.REITEMEIER, un'etica della solidarietà RENZO DATTRINO: Paternità di un ARTHUR R.DERSE and JEFFREY SPIKE: Dai Comitati di Etica: vescovo: Gregorio Nisseno: In rilievo: HORST SEIDL: The Concepciones sobre la ratio practica y la Love and Justice in the Family; conciencia en Tomás de Aquino; Vita dell'istituto: A.Situatione dei titoli di studio. B. Attività scientifiche; Indice dell'anno 1996

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 9, Heft 1 1997

Editorial

Originalarbeiten: GERD RICHTER: Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. Ethische Probleme der Pharma- 1997/3 der Onkologie; UDO SCHÜKLENK: e i soliti noti...; Ethische Probleme des Designs und A.Pessina: Personalismo e ricerca in Notiziario: Conferenza di Paul Rischer AIDS-Versuchsreihen;

Fall und Kommentare: Hochdruck-Therapie bei milder Hypertonie: Dürfen Patienten während einer klinischen Vergleichsstudie Ethical Decisions and Life-Termina-te" unzureichend behandelt werden? Rezensionen, Tagungsberichte. Mitteilungen.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 27 Number 1 January-Fe- Dal Magistero del Santo Padre:

bruary 1997

ket Meditopia: A Glimpse at Ameri- etica per eliminare i fattori di inqui- traccezione definitiva; Il personaliscan Health Care in 2005; BARUCH namento e assicurare la salute A.Brody, JAY KATZ and Annette II. Giovanni Paolo II: Messaggio della responsalibità; DULA: Symposium In Case of Emer- per la IV Giornata Mondiale del La formazione etica degli infermiegency: No Need to Consent Com- Malato

Commentaries; Departments: Letters, In the Litera- II. Francia: Cone: Avis n. 39 sur la

thods of Bioethics: Contributors, Calendar and An- Italy. Center of Bioethics. Catholic nouncements

MEDICINA E MORALE

ökonomie an einem Beispiel aus Editoriale: La giustizia, i soliti ignoti vita umana è necessario radicarla

ting Actions in The Netherlands Recensioni: Bellino L.: I fonda-M.C.BALDACCI: mente trasmissibile; Documentatione

Articles: LARRY R. CHURCHILL: Mar- entifiche con un forte dimensione sterilizzazione come mezzo di con-

e senso religioso. A proposito del mentaries; MAURICE A.M. DE WACH- III. Il Papa: La risposta del Magistero

Conferenza ONU per il Commer-

Case Study - Retiring the Pacema- I. Francia. Comité Consultatif Na-CARL tional d'Ethique pour les Sciences tion of Felicity in Seneca. Critical E.Schneider: At Law – Making de la Vie et de la Santé (Ccne): Avis Considerations on Eudemonism; Sausage: The Ninth Circuit's n. 38 sur l'ethique de la recherche Nota critica: José Noriega: Anota- Opinion; Jackie Glover: Review - dans les sciences du comportement humain

> ture, Research Notes, In Brief - prescription de substances anti-Not just for Breakfast Anymore; androgéniques à des détenus con-Ethics Committees in Israel: For dannés pour des infractions à carac-Better or Worse; The Twelve Me- tère sexuel

> > Dai Centri di Bioetica:

University of the Sacred Heart: On so-called "emergency contraception"

Dal Magistero Episcopale:

Vescovi dello Sri Lanka: Lettera Pastorale: "Per restituire dignità alla nella famiglia"

der Zugangsvoraussetzungen klini- bioetica. Nota sulle linee teoretiche coeur presso l'Accademia Nazioproposte dal "Manuale" di Sgreccia; nale dei Lincei su "Autonomie e M.Cozzoli: Il trapianto di organi Vulnerabilité"; Convegno Internanella prospettiva valoriale del dono; zionale del Distretto 2080 Rotary W.J.EIJK, J.P.M.LELKENS: Medical- International su "Ambiente e salu-

1990-1995. Evaluation of the Second menti della bioetica. Aspetti an-Survey of the Practice of Euthana- tropologici, ontologici e morali Bioetica (M.L.Furiosi); Bizzotto M.: Il gridell'esercizio della sessualità nel por- do di Giobbe. L'uomo, la malattia, HASTINGS CENTER REPORT, tatore di handicap fisico genetica- il dolore nella cultura contemporanea (M.PENNACCHINI)

> Dalla Letteratura Internazionale: Rischio di gravidanze ectopiche I. Il Papa: Coniugare le capacità sci-dopo sterilizzazione tubarica; La mo come fondazione di un'etica

> > ri e il loro ruolo in bioethica.

POST- ABORTION SYNDROME ITS WIDE RAMIFICATIONS Edited by Peter DOHERTY Four Courts Press, 1995, Dublin 120 Seiten ISBN I-85182-159-7

Der vorliegende Sammelband enthält zehn Beiträge von Psychologen, Psychoanalytikern, Fachärzten, Allgemeinmedizinern und Pflegepersonal aus dem angelsächsischen Raum, welche zur Abtreibung und deren Folgen Stellung nehmen. Schon im Titel wird das Krankheitsbild, das als Früh- oder Spätfolge einer Abtreibung auftreten kann, als Syndrom angesprochen, welches allerdings äußerst facettenreich ist und sich einer Quantifizierung weitgehend entzieht.

Der Herausgeber Peter DOHERTY ist selbst Arzt, der ein besonderes Interesse an bioethischen Fragen hat und auf eine langjährige Erfahrung zurückgreifen kann. In seiner Einleitung schildert er die Gesetzeslage zur Abtreibung im United Kingdom und stellt die folgenden Artikel vor.

Die Abtreibung ist nach dem Gesetz zwar ein Crimen, aber Straffreiheit ist bei entsprechend ernsten Gründen bis zum Geburtstermin gegeben. Die letzte Gesetzesnovellierung aus dem Jahr 1990 anerkennt praktisch alle Gründe als ausreichend für eine Indikation zur Abtreibung, da jede mögliche Gefährdung der physischen oder geistigen Gesundheit der Mutter, jede mögliche Schädigung des Kindes oder der schon bestehenden Familienangehörigen durch die Zusatzbelastung eines weiteren Kindes angeführt werden können. So kommt es, daß im UK 98% der Abtreibungen aus sozialen Gründen erfolgen, und nur 2% aus medizinischen oder eugenischen Gründen (Gefährdung des Lebens der Mutter, Erbschäden am Kind). Die Abtreibungsrate wird sowohl im UK als

auch in den USA mit 1:5 angegeben, wobei 2/3 der Abtreibungen an Unverheirateten durchgeführt werden.

Der Beitrag von Vincent M. Rue bezeichnet das Post abortion Syndrom (PAS) als Variante eines nach schweren Traumen auftretenden Syndroms (Post-traumatic stress disorder, PTSD), was durchaus nachvollziehbar erscheint. Die Symptome sind u.a. psychische Verstimmtheit, zwanghafte Wiederholung der Abtreibungserfahrung, verbunden mit Angstträumen, aber auch Verdrängungssymptomen, ja sogar Amnesie, wie sie typisch für PTSD ist. Das Bild des PAS wird von anderen Autoren noch ergänzt hinsichtlich des Zeitpunkts des Auftretens- meistens um den Geburtstermin des abgetriebenen Kindes oder nach der Geburt eines nächsten Kindes. Schuldgefühle sind je nach Akzeptanz der Abtreibung in der Gesellschaft und persönlichen moralischen Überzeugungen verschieden stark. Ein erstes Symptom von PAS kann Schlaflosigkeit sein. Weiters kann ein abnormes psychisches Verhalten in den Eßgewohnheiten auftreten, welches zu Anorexie, Bulämie, oder aber zur Trunksucht führen kann. Frigidität, Auseinandergehen der Beziehung zum Partner, dessentwegen man die Abtreibung vorgenommen hat, wahlloser Partnerwechsel, Unfähigkeit des Aufbaus einer liebevollen Bindung an folgende Kinder, Anstieg von Kindesmißbrauch oder Kindesmißhandlung nach einem Abortus werden beschrieben. Die Hypothese, daß geplante Schwangerschaften und daraus entstehende "Wunschkinder" Kindesmißhandlungen und Kindesmißbrauch senken würde, kann nicht bestätigt werden; eher leistet die freizügige Abtreibungshandhabung diesen Übeln Vorschub.

Die Zahl der Fälle von PAS, die zur Behandlung kommen, wird geringer sein als die tatsächlichen Erkrankungen nach Abtreibung. In der Literatur schwanken die Angaben über die Inzidenz von PAS zwischen 7 und 41 %. Unterschiedliche Beurteilung, Gesellschaftskonfiguration und Auswahl des Patientengutes machen diese Schwankungsbreite zum Teil verständlich. Psychische Labilität vor einer Abtreibung wird das Auftreten von PAS fördern, andererseits werden in einer Gesellschaft, die Abtreibung toleriert, weniger PAS festgestellt werden, was nicht für die moralische Gesundheit dieser Gesellschaft spricht, vielmehr ist deren Sensibilität in dieser Hinsicht, herabgesetzt.

Es ist nicht leicht. Schäden nach einem Abortus quantitativ zu bemessen, da vor allem die geistige Dimension betroffen ist und nicht nur die Frau, sondern auch deren unmittelbare Umgebung und schließlich auch die Gesellschaft darunter zu leiden haben. Fraglos kann kurz nach der Abtreibung eine enorme Erleichterung festgestellt werden, die für die Abtreibungsbefürworter ein ausreichender Berechtigungsgrund ist. Aber die durch eine unhervorgerufene Schwangerschaft gewollte psychische Belastung, welche nach einer Abtreibung kurzzeitig wegfällt, erweist sich als Bumerang: sie kehrt vermehrt als Schuldgefühl wieder.

Ein manifestes PAS erfordert eine geeignete Therapie, die in der Regel zweigleisig erfolgen wird: durch Gesprächstherapie und durch Psychopharmaka. Auch Selbsthilfegruppen können einen Beitrag leisten, wobei allerdings darauf geachtet werden muß, daß es nicht zur Ausbildung extremer Abhängigkeiten kommt. Einige Therapeuten raten die schriftliche Darlegung der eigenen Geschichte, die eine Objektivierung ermöglicht. Eine "Spontanheilung" ist normalerweise nicht zu erwarten.

Alle Beiträge sind von dem Grundkonsens getragen, daß es sich bei der Abtreibung um Zerstörung menschlichen Lebens handelt, für dessen Entstehung die Frau zumindest mitverantwortlich ist. Die daraus resultierende Schuld muß, auch wenn von seiten des Staates Straffreiheit gewährleistet ist, gesühnt werden. So weist einer der Beiträge darauf hin, daß die

Frau, die an einem PAS leidet, eine Bekehrung durchmachen und eine Lossprechung von ihrer Schuld erfahren muß, damit sie geheilt werden kann. Bei Gläubigen erhält sie die Lossprechung durch den Priester, bei nicht Konfessionsgebundenen wird eine weltliche Zeremonie der Vergebung praktiziert.

Ein Beitrag bemüht sich um die Aufstellung von Kriterien für die Evaluierung von Post-abortion-Untersuchungen, um willkürlichen Interpretationen vorzubeugen.

Diese Sammlung von Beiträgen, die sich inhaltlich teilweise überlappen, ist für engagierte Abtreibungsgegner wie auch für den verantwortlichen Arzt, der sich in der Allgemeinpraxis oft mit schwierigen Situationen konfrontiert sieht, wertvoll.

Leidet jemand an Zeitknappheit, dann genügt das aufmerksame Lesen der augezeichneten Einleitung des Herausgebers.

T. TARMANN

#### BIOLOGIE IM HORIZONT DER PHILOSO-PHIE.

Der Entwurf einer europäischen "Bioethik"-Konvention.

Roland Rösler (Hrsg.)

Moraltheologie, Anthropologie, Ethik (Hrsg. v. Manfred Balkenohl), Bd. 2

Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 1997

ISBN 3-631-30870-1

Der Band dokumentiert ein vom "Straßburger Gesprächskreis" am 21.6.1996 veranstaltetes internationales Symposium; sein Gegenstand war die Darstellung des Hintergrunds und Umfelds des vorliegenden Entwurfs einer Europarats-Konvention zur Bioethik sowie eine Analyse und Kritik seines Inhalts.

1991 war ein Ausschuß (CDBI) durch die parlamentarische Versammlung mit der Ausarbeitung einer solchen "Übereinkunft" beauftragt worden. Am 24.6.1996 wurde das Ergebnis der Ausschußarbeit (d.h. Verhandlungen von Ländervertretern) vorgelegt und von der Parlamentarischen Versammlung nach teils heftiger Kritik (9) angenommen. Der definitive Text wird auf Ministerebene festgelegt und kann dann von den nationalen Parlamenten ratifiziert werden.

Der ursprüngliche Titel der Konvention wurde von "Bioethik-Konvention" auf "Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin. Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" geändert. Somit wurde klargestellt, daß es sich hier um ein Dokument des Menschenrechtsschutzes, nicht aber um eine – logisch und wissenschaftstheoretisch nicht nachvollziehbare – Regelung einer wissenschaftlichen Disziplin (nämlich der Bioethik) handeln soll.

Die Bedeutung der Konvention ist weitreichend: so erläutert Liese (49 ff.) - selbst Arzt und Europarlamentarier- die rechtliche und politische Bedeutung des Dokuments für die EU: mangels eines eigenen Grundrechtskatalogs stützt sich die EU in ihrer Rechtsprechung auf den Europarat (besonders auf die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) von 1950 und alle sie fortschreibenden Dokumente). Seit Jahren gibt es daher in der EG die Bestrebung, der EMRK als ganzer beizutreten; dies wird daher auch für eine allfällige neue Biomedizin-Konvention erwogen. Deshalb hat die Europäische Kommission z.B. auch angekündigt, sich bei der Vergabe von Mitteln für medizinische Forschung von dieser neuen Konvention leiten zu lassen. Allerdings mußten EU-Parlamentarier mit erheblichen Schwierigkeiten kämpfen, um überhaupt vom Stand des Entwurfes zu erfahren: die vom Vorsitzenden des Ausschusses bestätigte Geheimhaltungspolitik (vgl. 29) hinterließ den Eindruck, daß dieses politisch-weltanschaulich wie auch wirtschaftlich brisante Dokument (was in biomedizinischer Forschung zulässig und förderungswürdig ist

und was nicht) von bestimmten Lobbies an der Öffentlichkeit vorbeigeschwindelt werden sollte. Massiv kritisiert wird diese Vorgangsweise (und der Großteil der Artikel des Entwurfes) von W. Kobusch: der Umgang mit Biomedizin und Biotechnologie dürfe "nicht Sache von abgekarteten Expertengremien aus beamteten Professoren und Vertretern der Wissenschaftslobby und Industrie" sein, "die sich unter dem Deckmantel der sog. Vertraulichkeit' legislative Befugnisse anmaßen, für die sie kein demokratisches Mandat haben."(112).

Daß die Öffentlichkeit nicht gleichgültig reagieren würde, zeigte sich im Februar 1995, als eine Reihe von Ländern, mit Deutschland an der Spitze, unter lautstarkem Protest den Entwurf zurückwiesen und ihn an die Öffentlichkeit trugen. Leider erwähnt Liese diese Ereignisse nicht – ebensowenig ist bedauerlicherweise die Fassung vom Februar 95 (in der z.B. Forschen an Embryonen bis zum 14. Tag als uneingeschränkt zulässig festgehalten war) im Band nicht dokumentiert. Die Tatsache, daß bis zur Drucklegung keine autorisierte deutsche Übersetzung des letzten Entwurfes erreichbar war, bestätigt den eigenartigen Umgang mit Demokratie.

R. RÖSLER, Organisator des Symposiums und seit Jahren fachlich versierter und engagierter christdemokratischer Politiker, (MdL in Hessen in Sachen Lebensschutz), dokumentiert detailliert in "Zur Vision der Vervollkommnung des Menschen" (15) die Realität auf dem Gebiet der Biomedizin: welche Auffassungen, Interessen, und Ziele verfolgt und auch im kleinen Expertenkreis ausgesprochen, vor der Öffentlichkeit aber weitgehend verborgen werden: die Gefahr, daß die Konvention statt dem Menschenrechtsschutz zu dienen diesen aushöhlen könnte, wird konkret und kann nicht mehr als Produkt fortschrittsfeindlicher und überspannter Zeitgenossen abgetan werden. D. ALTON erganzt in seinem Beitrag über die "Bioethische Debatte in Großbritannien" Daten und Zahlen, die

Imago Hominis

dokumentieren, in welchen Formen bereits seit Jahren eine ungebremste Instrumentalisierung menschlichen Lebens wie auch eine "Vernichtung von menschlichem Leben, das keinen Nutzen hat" ist (97, 153 ff.) vorherrschend.

M. BALKENOHL beschäftigt sich in seinen ethischen Reflexionen mit "Inhalten und Mängeln" der Konvention. Seiner Auffassung nach stellt sich die Konvention "nicht der Kernfrage, bis wohin erlaubterweise Macht und Herrschaft des Menschen über Menschen... auf biomedizinischem Gebiet durchdringen und sich durchsetzen darf" (62). Sein knappes und klares Urteil: der hehre Anspruch nach Wahrung der Menschenwürde und des Menschenrechtsschutzes wird von der Konvention deutlich verfehlt (vgl. 63). In einer detaillierten Diskussion der einzelnen Bereiche versucht er nachzuweisen, "wie man sich um ethisch-moralische Argumente bemüht, um doch noch die eigenen Interessen oder Gruppeninteressen durchsetzen zu können." Die Konvention stellt für ihn den Versuch dar, alles Machbare quasi-ethisch zu legitimieren, um es dann durchsetzen zu können (vgl. 64). Seine Exkurse zur "In-vitro-Fertilisation" (IVF) (219-228) und "Genomanalyse" (229) bieten eine gute Übersicht und ergänzen seine Ausführungen.

Aber selbst, wenn - wie bei LIESE - dem Entwurf zugestanden wird, daß er im Laufe seiner Diskussion Verbesserungen erfahren hat und für manche Länder erstmals gewisse Standards in diesem Bereich vorschreiben würde, bleiben erhebliche Bedenken (vgl. 53 f.), und zwar bei der Forschung an "einwilligungsunfähigen Personen" (a), der Manipulation der menschlichen Keimbahn (b) und der Embryonenforschung insgesamt (c).

(a) Hier (Art. 16, II) finden sich zwar eine Reihe von Auflagen; aber unter ihnen ein, letztlich Menschenrechte und -würde aufhebendes, unbestimmtes Nutzen-Kriterium (daß "die Risken, die für die Person entstehen könnten, in keinem Mißverhältnis zum potentiellen Nut-

zen der Forschung" stehen): was fehlt, ist das Wesentliche: wo ist die unbedingte Grenze, die allem möglichen Nutzen Schranken setzt?

- (b) Hier (Art. 13) gibt es zwar eine Beschränkung, die sich bei näherem Hinsehen aber als unwirksam herausstellt, weil sie sich sehr leicht umgehen läßt: denn unerlaubt sind nicht bestimmte Handlungen bzw. Eingriffe, sondern bloß das "ausdrückliche Ziel" durch Eingriffe in die Keimbahn die Erbinformation der Nachkommen zu verändern, d.h. es besteht eine Absicht, also ein subjektives Moment, welches de facto schwer nachweisbar ist. Abgesehen davon verändern -zumindest bislang auch therapeutische Eingriffe in die Keimbahn eben immer auch die Erbinformation der Nachkommen.
- (c) Hier (Art. 18) findet sich die Formulierung, daß dort, wo sie erlaubt ist, sie "unter dem adäquaten Schutz des Embryos" zu erfolgen hat und daß "die Erzeugung von menschlichen Embryonen für Forschungszwecke verboten" ist. Das scheint vollends an der Wirklichkeit vorbeizugehen, da man ja wissen muß, daß durch die IVF für die Embryonenforschung schon bisher ausreichend Embryonen "zur Verfügung stehen" (ohne sie eigens für die Forschung "erzeugen" zu müssen), daß durch die IVF faktisch der "Verbrauch" von Embryonen praktiziert wird, daß pränatale Diagnostik bzw. Reproduktionsmedizin faktisch zur "Selektionsmedizin" wird. Was auch hier verschleiert wird, ist die fehlende Absicht, den Embryonen Menschenrechtsschutz zukommen zu lassen.

Das Buch bietet eine Hilfe für die Beurteilung der Konvention, indem es ein gewisses biomedizinisches Grundwissen vermittelt und eine juristische Erfahrung zur Verfügung stellt, um Hintergründe und mögliche Mehrdeutigkeiten erfassen zu können. Diese zeigen sich z.B. schon im Art. 2, der vom "Vorrang des Menschen" handelt und lautet: "Die Interessen und das Wohlergehen des Menschen haben Vorrang vor dem alleinigen Interesse der Gesellschaft und Wissenschaft". Vordergründig scheint hier

Band IV/Nr. 3 Seite 221

das Individuum geschützt; liest man aber hier für "Menschen" "Menschheit" oder "alle Menschen" (vgl. Nr. 19 "Erläuternder Bericht zur Biomedizin-Konvention" oder wie es das Internationale Bioethik-Komitee der UNESCO 1995 unter Berufung auf die universellen Grundsätze der Menschenrechte in seiner Erklärung zum Schutz des menschlichen Genoms getan hat (es erklärt: das menschliche Genom zum gemeinsamen Erbe der Menschheit)) - dann bleibt nichts von Schutz und Beschränkung übrig. - Ähnlich unwirksam erweisen sich Schutzbestimmungen gegenüber der Forschung, wenn der - im Unterschied zum sonstigen Text - hier eingeführte Begriff der Person in der Denkschule P. SINGERS ausgelegt werden würde (d.h. nicht die biologische Zugehörigkeit zur Spezies Mensch, sondern das aktuelle Vorliegen bestimmter Eigenschaften machen eine Person aus) (vgl. 116).

Weitere Einwände gegenüber der Konvention sprechen von einer gewissen Willkür in der Behandlung von Problembereichen, insofern durchaus drängende und wesentliche Probleme einfach übergangen wurden, die bestens bekannt sind und z.T. auch schon in nationalen Gesetzen behandelt wurden (Aspekte des Embryonenschutzes wie Klonen, Chimären- und Hybridbildung, Keimbahnveränderung – vgl. das deutsche Embryonenschutzgesetz 1990 -; Organtransplantation, Abtreibung, IVF, Euthanasie, etc.).

Neben der kritischen Beschäftigung mit der Konvention und den Hintergründen wird auch das philosophisch-anthropologische Grundproblem der Konvention beleuchtet: BALKENOHL (62) und HERRANZ (109, 164) nennen es beim Namen: ohne ontologisches Fundament, ohne zu sagen, was den Menschen ausmacht und was daraus folgt, fehlt die Grundlage für alle ethischen wie rechtlichen Forderungen oder Prinzipien. Darüber herrscht nicht mehr -wie es 1950 bei der Abfassung der EMRK noch der Fall gewesen ist – unausgesprochene Einigkeit. Das muß man in der Beurteilung des Entwurfes als zentrale Schwierigkeit zugeben. Aber

selbst unter Berücksichtigung dieser Ausgangslage kann man zurecht Kritik an der Methode der Redaktion des Entwurfes üben, daß man nämlich unter dem Anspruch des Menschenrechtsschutzes und ausgehend von der EMRK-Tradition nicht einmal den Versuch unternommen hat, vielleicht doch eine gemeinsame, vernünftig erfaßbare Grundlage für Prinzipien und einen der EMRK vergleichbaren ethischen Standard zu finden; vielmehr wurde von Anfang an auf Interessensausgleich und Konsens gesetzt und unterstellt, daß alles zur Disposition stünde und alles eine bloße Frage der Übereinkunft wäre: daher scheint es für das Handeln des Arztes und des Forschers keine natürlich-ethischen Grenzen bzw. Verpflichtungen zu geben, von denen man ausgehen könnte (obwohl diese z.B. in einer Reihe von Kodizes zu Standespflichten u.ä. vorzufinden sind, obwohl z.B. die einschlägigen päpstlichen Dokumente wie "Donum vitae" und "Evangelium vitae" allgemeinverbindliche Prinzipien für diese Bereiche vorlegen).

Damit wird klar, daß es in dieser Konvention um mehr geht, als um einen Text: es geht um zwei grundsätzlich verschiedene Auffassungen vom Menschen und einen unterschiedlichen Sinn von Menschenrechten. Denn im einen Fall vertritt man die Auffassung, daß dem Menschen in seiner personal-leiblichen Einheit schon alleine kraft seiner biologischen Zugehörigkeit zur Spezies Mensch (d.h. von sich selbst aus) Ansprüche oder Rechte zukommen, die das Indiviuum, besonders sein Leben, seine Integrität und Identität prinzipiell (und d.h. immer, bei jedem und von Anfang an) der Verfügungsgewalt anderer (seien es Individuen oder Institutionen) entziehen und deren Freiheit "brechen". Wo man - wie im anderen Fall - und das ist leider die Mentalität der Konvention - solche Rechte nicht prinzipiell anerkennt und das Individuum in allen Stadien seines Menschseins in seiner personal-leiblichen Verfaßtheit nicht als unverfüglich achtet, landet man aber unweigerlich und auch unabsichtlich in willkürlichen Regeln des Zusammenlebens, in denen die Stärkeren den Schwächeren zwar gewisse Zugeständnisse machen, aber letztlich sich einen Verfügungsanspruch anmaßen und in diesen Regeln auch unbeschränkt ausüben. JOHANNES PAUL II. nennt in "Evangelium vitae" Nr. 20 eine solche Entwicklung einen "substantiellen Totalitarismus"; mit der Aufstellung von "Merkmalen" oder "Kriterien" des Menschseins – die man als eine moderne Form des Rassismus bezeichnen kann, versucht diese Position eine – allerdings unhaltbare- Rechtfertigung zu geben.

Genau diese philosophische Diskussion wird in zwei Beiträgen behandelt. J. Seifert erläutert in "Das angebliche Menschenrecht auf Abtreibung" (81) den Ge- und Mißbrauch des Begriffes "Menschenrecht" in der Abtreibungsdebatte. J. Schmucker-von-Koch behandelt "Das Problem der Menschenwürde in der bioethischen Diskussion der Gegenwart" (191); konkret analysiert er anhand von P. SINGERS "Praktischen Ethik" die fortgeschrittenste Form des Utilitarismus theoretischen F. WUKETITS "Verdammt zur Unmoral? Zur Naturgeschichte von Gut und Böse" den Versuch einer biologischen Moralbegründung im theoretischen Kontext einer "Evolutionären Erkenntnistheorie".

Trotz aller Kritik wird in verschiedenen Beiträgen auch ein *pragmatischer Gesichtspunkt* eingeräumt und zwar, daß es natürlich letztlich

besser ist, eine solche als gar keine Konvention zu haben, sei es um gravierenden Mißbrauch zu verhindern oder sei es auch in der Hoffnung, weitere Verbesserungen oder Zusatzprotokolle erarbeiten zu können. Es wäre allerdings ehrlicher, den Anstrich und Anspruch eines echten bzw. wirksamen Schutzes von Menschenrechten aufzugeben.

Der Dokumentation ist ein ausführlicher Anhang angeschlossen. Er beinhaltet den Text der Konvention sowie den "Erläuternden Bericht", beides allerdings nur im Auszug. Daran schließen sich das deutsche "Embryonenschutzgesetz" und acht z.T. internationale Dokumente an, die Standespflichten beinhalten und die Diskrepanz zum ethischen Standard der Konvention illustrieren.

Dem Veranstalter und Herausgeber ist sehr zu danken, daß mit diesem Band endlich der Text der Biomedizinkonvention zugänglich gemacht und eine ausführliche, verschiedene Gesichtspunkte erfassende Diskussion dokumentiert wurde. Leider ist die – auch für das Verständnis der Diskussion des Symposiums nützliche – Entwicklung des Dokuments nicht greifbar. Trotzdem bleibt es eine gelungene und wichtige Publikation. Für eine Neuauflage wäre eine Straffung der Struktur und Angaben zu den Referenten von Vorteil.

L. Juza

Band IV/Nr. 3 Seite 223

#### HINWEISE FÜR AUTOREN

#### 1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

#### 2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

- 1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
- 2. Namen aller Autoren
- Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
   bis 5 Schlüsselwörter
- 4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunumerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunumerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

#### 3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

- 1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
- 2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
- nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
- 4. Jahreszahl in runden Klammern
- 5. Bandnummer mit Doppelpunkt
- 6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H., "Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?", Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

- 1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
- 2. Buchtitel
- 3. Verlagsname
- 4. Verlagsorte
- 5. Jahreszahl in runden Klammern
- 6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., "Philosophie des Lebendigen", Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25–28

#### HINWEISE

## PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS (können über das Institut bezogen werden)

#### BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Aufklärungspflicht und Haftung. (1997) Hsg. T. Mayer-Maly, E.H. Prat, Springer Verlag, Wien-New York. (in Vorbereitung)

#### STUDIENREIHE

- Nr. 1: W. Rella (1994) Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts. ISBN: 3-900528-48-4
- Nr. 2: C. Schwarz (1994) Transplantationschirurgie. ISBN: 3-85297-000-8
- Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) Sexualität und Verantwortung. ISBN: 3-85297-001-6
- Nr. 4: M. Rhonheimer (März 1996) Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's "Abtreibung im säkularen Staat". ISBN: 3-85297-002-4

#### IMABE - INFO (KURZINFORMATIONEN)

- 1996: Nr.1: AIDS, Nr.2: Hirntod, Nr.3: Gentechnik, Nr.4: Organtransplantationen,
  - Nr.5: Pränataldiagnose,
- 1997: Nr.1; Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen
  - Nr.2: Lebensqualität in der Medizin
  - Nr.3: Kommunikation und Vertrauen
  - Nr.4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

#### Vorschau

Imago Hominis BAND IV/Nr. 4/97

#### Schwerpunkt

#### Transplantationsmedizin

#### **IMPRESSUM**

Herausgeber: Prim.Univ.Prof.Dr.JohannesBONELLI, Prof. Dr. Enrique H. PRATDE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger: IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien Telephon: +43 1715 35 92 Telefax: +43 1 715 35 93 DVR-Nr.:0029874(017) ISSN: 1021-9803 Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER Redaktion/Nachrichten: Bernhard KUMMER, Paul HÖFINGER, Anschrift der Redaktion: zugleich Anschrift des Herausgebers. Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethischmedizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden. Layout, Satz, Graphik und Produktion: Gerhard WAGNER Herstellung: Druckerei ATLAS, Wienerstraße 35, A-2203 Großebersdorf Anzeigenkontakt: Anneliese Steinmetz Einzelpreis: Inland ATS 120.-Ausland ATS 150.-Jahresabonnement: Inland ATS 400.-, Ausland ATS 500.-Studentenabo ATS 250.-

Anneliese Steinmetz Bankverbindung: CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Fördererabo ATS 1.000.-

Abo-Service:

Erscheinungsweise: vierteljährlich Erscheinungsort: Wien Verlagspostamt: 1033 Wien Postgebühr bar bezahlt. Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber. Einladung und Hinweise für Autoren: Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an den Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates referiert. Kürzungen der Leserbriefe und Manuskripte behalten wir uns vor. Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gem. §4 (4) Z 5 lit e EStG 1988 an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

# *IMABE*