

kend. Die psychisch-emotional und situativ hemmenden Faktoren helfenden Verhaltens müssen thematisiert werden und, was noch wichtiger ist: die Zuwendung zum Mitmenschen, die in Erster Hilfe einen Ausdruck findet, braucht ebenso eine andere, positivere gesellschaftliche Bewertung wie das persönliche Gesundheitsbewußtsein.

Zu guter Letzt sei kurz darauf hingewiesen, daß alle Bemühungen um Verbesserungen bei der präklinischen Versorgung auch die anderen Glieder der Rettungskette umfassen müssen; ohne ein optimal funktionierendes Rettungssystem und eine qualifizierte ärztliche Erstversorgung bleiben die Bemühungen von medizinischen Laien, von Ersthelfern, sinn-

los. In diesem Rahmen soll auch auf das leider noch weit verbreitete Defizit an Kenntnissen und Fertigkeiten der HLW in der Ärzteschaft hingewiesen werden. Der Erwerb von Basiskenntnissen in der Notfallmedizin sollte deshalb zukünftig Bestandteil aller Weiterbildungscurricula zum Gebietsarzt werden.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über die Verfasser.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Dietrich Kettler
Zentrum Anaesthesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin
der Universität Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
3400 Göttingen

Kosten von Erkrankungen und Nutzen medikamentöser Behandlungen

Mit diesem Titel veranstaltete die Paul-Martini-Stiftung unter der Leitung der Professoren U. *Abshagen* (Mannheim), H. J. *Dengler* (Bonn) und F. E. *Münnich*/Bonn am 29. 7. 1989 in Mannheim mit internationaler Besetzung ein eintägiges Satellitensymposium zum 4. Weltkongreß für Klinische Pharmakologie und Therapie. Hier müssen wir uns auf einige Aspekte beschränken, zumal wir ähnliche Fragen schon im Deutschen Ärzteblatt, Heft 45 vom 10. 11. 1988, ausführlich angesprochen haben. Wer an den zahlreich gezeigten vergleichenden Tabellen interessiert ist, wird diese später gedruckt oder jetzt als Manuskript beim Veranstalter, 5300 Bonn, Postfach 24 01 43, erhalten können.

Das allgemeine und abschließende Referat hielt G. *Gäfgen* von der Universität Konstanz: Häufig besteht ein offensichtlicher Konflikt zwischen wünschenswertem medizinischen Standard und ethischen Rechten des einzelnen Kranken hinsichtlich der Kosten (Wirtschaftlichkeitsgebot der Reichsversicherungsordnung, Kostendämpfungsgesetz

von 1987). Dabei werden volle Erstattung im Krankheitsfall, generelle Behandlung gegen eine Zeitpauschale, Zuzahlung bei höheren Leistungen, Abhängigkeit vom sozialen Status der Patienten in den einzelnen Ländern ganz verschieden gehandhabt und wirken auf das Behandlungsniveau zurück. Die Inanspruchnahme von menschlicher und apparativer Hilfe hindert den Kostenträger, diese Ausgaben statt anderer sozialer Werte einzusetzen.

Eine medizinische Deontologie gibt den ethischen Ansprüchen Präferenz und verhindert das Eingehen von Risiken, zu denen der Kranke bei voller Aufklärung nicht bereit wäre. Gäfgen stellte neben das „*primum nil nocere*“ das Prinzip „*Salus aegroti suprema lex*“, das in der Kenntnis des Berichterstatters durch neuere Urteile des BGH (mindestens teilweise) ersetzt wurde durch „*Voluntas aegroti suprema lex*“.

Neben den Konflikten zwischen Ethik und kommerziellen Interessen des Arztes treten die Konflikte zwischen ethischen Ansprüchen und den Auflagen der Kostenträger,

schließlich die Konflikte durch neuere, teurere (und mit höheren sozialen Ansprüchen anderer Art konkurrierende) technische Verfahren.

B. *Lindgren* (Lund, Schweden) trennte direkte Kosten (Behandlungen im weitesten Sinn) von indirekten Kosten durch temporäre oder dauernde Arbeitsunfähigkeit. Weit an der Spitze der direkten Kosten (ambulante und stationäre zusammengefaßt) standen psychische Störungen (21 Prozent!), gefolgt von kardiovaskulären Erkrankungen. Zu den letzteren legten Judith *Bentkover* und W. B. *Stasson* (Harvard/Mass., USA) eindrucksvolle Zahlen vor: Danach haben fast 66 Millionen Amerikaner eine kardiovaskuläre Erkrankung, die für rund 1 Million Todesfälle im Jahr verantwortlich ist (davon rund 200 000 unter 65 Lebensjahren). Von den nahezu 66 Millionen hatten 60 Millionen eine Hypertonie, rund 5 Millionen einen Herzinfarkt, über 2 Millionen eine rheumatische Herzerkrankung, rund 2 Millionen anamnestisch einen Schlaganfall durchgemacht. Von den Amerikanern erleidet einer alle 21 Sekunden einen Angina-pectoris-Anfall. Etwa $\frac{2}{3}$ überleben, 45 Prozent sind dabei 65 Jahre oder jünger, 5 Prozent unter 40 Jahren.

Alles in allem kam die Konferenz in der Sicht des Referenten zu folgenden Ergebnissen:

1. Primäre und sekundäre Prävention spielen eine wesentliche Rolle in der Krankheitserwartung;
2. eine gesunde Lebensführung, besonders der Verzicht auf Nikotin, ist wichtiger als Medikamente;
3. ein hoher Teil der Kosten fällt durch Schwerkranke oder Moribunde an, bei denen Lebensquantität und Lebensqualität sorgfältig abgewogen werden sollten;
4. Frühbehandlung mit einfachen Maßnahmen, zum Beispiel Diät oder/und Insulin, Betablockern bei kardiovaskulären Störungen kann die kostentreibende Zunahme der Komplikationen verhindern.
5. Ärztliche Ethik hat im Zweifelsfall den Vorrang vor Kosten.

Professor Dr. med. Dr. h. c.
Rudolf Gross
Herbert-Lewin-Str. 5 · 5000 Köln 41