

---

# Humanität, Wettbewerb und das medizinische System – Historische Akzente und aktuelle Probleme

Klaus Bergdolt

Humanität und Wettbewerb! Ein Grundthema des vorliegenden Bandes ist die Frage, ob diese für die europäische Kultur- und Sozialgeschichte so wichtigen Begriffe im ärztlichen Alltag kompatibel sind. Oder hat eine effektive und humane Behandlung kranker Menschen vielleicht sogar notwendigerweise etwas mit Wettbewerb zu tun?

Außerhalb der Medizin gilt das Junktum von Effektivität und Wettbewerb – nicht nur bei konservativen Wirtschaftstheoretikern – längst als ausgemacht. Aber – und diese Frage brennt vielen Ärzten unter den Nägeln – auch in der Medizin, wo es um Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod geht, also um die Primärgüter menschlicher Existenz? Gibt es da nicht eine Art „Sicherheitszone“, ein Tabu? Darf man Kranke und Schwache Spielbälle der Marktgesetze werden lassen? Stellt man die Frage so hart und deutlich, wird sie wohl jeder Arzt und jede Ärztin verneinen.

Andererseits nimmt die Frustration im beruflichen Alltag zu. Man fühlt sich zunehmend als Opfer verunglückter Reformen und staatlicher Bevormundung. In dieser Situation erscheint marktwirtschaftliches Denken durchaus als Hoffnungsanker – wobei allerdings Widersprüche nicht ausbleiben: Viele Vertreter der Heilberufe fürchten gleichzeitig die Kälte des „Wettbewerbs“, der selten näher definiert wird und dessen Grenzen unklar bleiben. Mitleid, Po-

litikerschelte und Political Correctness verstärken den verschleiernenden Umgang mit den Begriffen, vor allem wenn eine gewisse mediale Öffentlichkeit (etwa in Gestalt von Mikrofonen und Fernsehkameras) im Spiel ist.

Die Verunsicherung der Ärzte und Kranken hängt aber auch mit jahrelanger Verwöhnung zusammen. Man hat allzu lange verdrängt, dass eine finanziell rundherum abgesicherte und gleichzeitig optimale Behandlung aller kranken Menschen, wie sie vor allem den Westdeutschen – paradoxerweise weniger zur Hochzeit des berühmten Wirtschaftswunders als in den Jahrzehnten danach – zur Gewohnheit geworden war, historisch gesehen ein völlig singuläres, zeitlich scharf abgrenzbares Phänomen darstellte, dessen erste, noch sehr zarte, mit der heutigen Situation kaum vergleichbare Fundamente durch die Bismarck'schen Sozialgesetze geschaffen wurden. Sie sahen 1883 für Arbeiter die Krankenversicherung und 1884 auch eine Unfallpflichtversicherung vor.

Stellte Bismarcks Reform – zunächst einmal – das Ende des Wettbewerbsgedankens im deutschen Gesundheitssystem dar? Nein, denn in Wirklichkeit – und das ist heute so gut wie vergessen – wurde der Wettbewerb nur auf eine höhere, politische Ebene verlagert. Abgesehen davon, dass die von vielen Ländern kopierte Sozialreform zunächst nur einem kleinen Bruchteil der Bevölkerung zugutekam und alles andere als eine Massenabsicherung darstellte, war sie nicht ganz so unverdächtig und unschuldig, wie das manchmal dargestellt wird. Die Berliner Administration brauchte – ähnlich wie im 18. Jahrhundert Ludwig XV. oder Friedrich der Große für ihre Heere – gesunde, jüngere Menschen für die boomende Groß- und Schwerindustrie, auf die die Reichsregierung damals setzte. Die Reform, in Wirklichkeit eine komplizierte Sequenz politischer Schachzüge und Kompromisse, stärkte Deutschland, von den erst später greifenden sozialen Konsequenzen abge-

sehen, auch im wirtschaftlichen und militärischen Wettbewerb mit den Großmächten.

Bemerkenswert ist übrigens – das belegen die in den vergangenen Jahren edierten Bände der von Peter Rassow und Karl Erich Born begründeten *Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik* –, wie sehr sie, ähnlich wie heute, von einer überhitzten theoretisch-wissenschaftlichen Debatte („Manchestertum“ und „Kathedersozialismus“ waren charakteristische Vorwürfe) begleitet war. Die Satirezeitschrift *Kladderadatsch* hatte schon 1872 über „Weltbeglückungstheorien“ gespottet, welche deutsche Politiker damals entwickelten. Protestantisch-kirchliches Engagement, konservativer Staatssozialismus, frühsozialistische Ideen, naturwissenschaftlicher Positivismus, militärische Intentionen und Unternehmerinteressen fanden plötzlich ideologische Berührungspunkte.

Zuvor hatte in der Medizin jahrhundertlang ein mehr oder weniger hartes Marktsystem geherrscht. Mit einer solch profanen, dem Mammon verschriebenen Profession, die sich, wie es schien, durch Tricks, Propaganda und schöne Worte ihre Kunden fing, wollten die besseren Kreise und Intellektuellen seit Petrarca, der ein Exponent frühhumanistischer Ärztekritik war, nichts zu tun haben. Noch die Mutter des Grafen Louis de Jaucourt, der im 18. Jahrhundert in Leiden Medizin studiert hatte und Verfasser einiger Artikel der Enzyklopädie Diderots war, sagte deshalb zur Verteidigung ihres Sohnes, der Arzt wurde, was ihr peinlich war: „Medizinprofessor sein ist vielleicht lächerlich, aber es ist keine Sünde.“ Es schien den Sprößlingen des Adels und der höheren Staatsbeamten schändlich, im wettbewerbsbestimmten Alltag der Ärzte mitzufeilschen.

Nun hatte der ärztliche Stand in Deutschland seit dem aufklärerischen 18. Jahrhundert, vor allem aber dank Virchow und der naturwissenschaftlich-medizinischen Revolution im 19. Jahrhundert stark an Ansehen und Prestige

gewonnen. Viele fanden es gut, dass die Medizin, die weltweit eine wissenschaftliche Spitzenstellung eingenommen hatte, dem niederen Konkurrenzkampf endlich entzogen wurde. Empört hatten viele Ärzte auf die Gewerbeordnung von 1869 reagiert, die ihnen zwar Niederlassungsfreiheit und freie Hand, was die Höhe des Honorars betraf, garantierte, doch die Medizin zum Gewerbe degradierte und die Ärzte damit den Kurpfuschern gleichstellte.

Dennoch war die Entwöhnung des medizinischen Systems von allem, was nach Wettbewerb klang, ungeachtet der versprochenen Sicherheit und Gerechtigkeit nicht einfach. Manche Mediziner sahen hinter der neuen Anbindung an staatliche Kassen die Gefahr der Gängelung, der Abhängigkeit, der faktischen Verbeamtung, der „Sozialdemokratisierung“, wie man behauptete. Der im Jahr 1900 gegründete Hartmannbund (damals „Verband der Ärzte Deutschlands“) vertrat, zusammen mit dem Ärztevereinsbund, bald die Interessen der großen Mehrheit der Ärzteschaft. Man hoffte dort, die Nachteile der staatlichen Bevormundung, die zunächst zu einem Ansturm auf die relativ limitierten Kassenarztzulassungen führte, kompensieren zu können. Das Ziel waren allerdings keineswegs die erneute Unabhängigkeit vom Staat oder der Status quo ante, sondern die Mitbestimmung. Da alle Kassenärzte für eine bestimmte Leistung dasselbe erhalten sollten (dies wurde mühsam seit etwa 1890 ausgehandelt), hoffte die Mehrheit bald auf sanfte Marktregulierungen, wobei Aspekte wie kurze Wege oder Wartezeiten eine entscheidende Rolle spielen sollten. Selbstzahler, sogenannte Privatpatienten, blieben dennoch begehrt. Die später entwickelte „gestaffelte Gebührenordnung“ schuf die gewünschten Spielräume. Die Konkurrenz der Alternativheiler, die nicht studiert hatten (in Preußen lag deren Anteil damals noch bei 28 Prozent!), wurde mithilfe der neuen staatlichen Gesetzgebung allerdings erfolgreich bekämpft.

Dass es dennoch zu viele Ärzte gab und damit, wie man befürchtete, einen zunehmenden unwürdigen Konkurrenz-wettbewerb, war schon gegen 1900 ein hartnäckig vertretenes ärztliches Standardargument, das bis heute kaum einem Patienten einleuchtet.

Zunächst bleibt aber festzustellen: Jahrtausendlang unterlagen ärztliche Behandlungen – sehen wir einmal von Kriegs- bzw. Seuchenzeiten und vom Sonderstatus der Leibärzte hochgestellter Persönlichkeiten ab – praktisch ausnahmslos den Gesetzen des freien Wettbewerbs. Nur die Hospize und Armenhäuser, in denen, entgegen der Vermutung Foucaults, häufig, ja fast regelmäßig auch Ärzte wirkten (in der Regel visitierten sie diese Institutionen von außen), sahen jahrhundertlang für ihre bedürftigen Bewohner persönlich kostenlose Behandlungen vor, wobei wohlhabendere Spitalbewohner bzw. Pfründner dieses Privileg sich nicht selten teuer erkaufte hatten. Aus der Sicht der meisten Patienten könnte man sagen: Medizin hatte eigentlich fast immer etwas mit Marktgesetzen zu tun – mit Ausnahme, wie es scheint, der letzten 120 Jahre!

Die Frage ist natürlich, ob dieses historische Faktum heute ein Argument für den ärztlichen Wettbewerb im Sinne eines freien Gesundheitsmarktes darstellt. Die Antwort lautet zunächst: Nein. Gemessen an dem, was in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts als medizinische Grundversorgung verstanden wird, herrschte vor den Bismarck'schen Reformen pure materielle Not. Das alte Biedermeier-Idyll war tückisch. Bei allen Katastrophen der deutschen Geschichte in den letzten 120 Jahren – das Gespür für Ungerechtigkeit hat (natürlich auch als Reaktion auf das Dritte Reich) irreversibel zugenommen. Wir können nicht mehr in die Welt des vorletzten Jahrhunderts zurückkehren. Vor 1880 herrschte zwar keine Gängelung auf dem Gesundheitsmarkt, aber die meisten Menschen bekamen, auch wenn sie erkrankten, nie einen Arzt zu Gesicht.

Man sollte sich allerdings nicht der Illusion hingeben, dass die Idee des „Wettbewerbs in der Medizin“ Bismarcks Reformen nicht überlebt hätte. Davon, dass der ärztliche Umgang mit dem Patienten von Harmonie geprägt und fern von allem Konkurrenzkampf gewesen wäre, kann, was die Zeit um 1900 betrifft, ungeachtet aller Reformen und Reformpläne kaum die Rede sein. Claude Bernard, der große französische Physiologe, hatte bereits um 1860 das Bild des Tempels der wissenschaftlichen Medizin propagiert, dessen Vorhalle der Patient darstellt, dessen Allerheiligstes aber das Labor verkörperte. So dachte wohl auch die Mehrheit der deutschen Ärzte. Das Ranking war klar, doch auch die Konsequenz. Um 1900 versuchte jeder Schwerkranke – die wohlhabenden sowieso, die anderen, so gut es ging – im Falle eines Falles nicht ins Krankenhaus zu kommen, schon gar nicht in eine Universitätsklinik! Die Kranken neigten der Tradition zu, d. h. sie bevorzugten die Betreuung durch den Hausarzt, der den emotionalen Wettbewerb gegenüber der Klinik haushoch gewonnen hatte. Das Selbstverständnis des Forschers, vor allem in der Universitätsklinik, tendierte dagegen strukturell, ja fast programmatisch zur Übervorteilung des Kranken. Das Wort von der „Medizin-Industrie“ kam auf. Unter den das Gesundheitssystem bestimmenden Ideologien hatte der naturwissenschaftliche Positivismus gesiegt. Neben dem Wettbewerb um den Patienten zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus gab es den noch prestigeträchtigeren zwischen Universitätskliniken, Akademien und letztlich Nationen um wissenschaftlichen Ruhm.

Eine wirkliche Reduktion des Wettbewerbs fand im Grunde nur in den Sechziger- bis Achtzigerjahren des 20. Jahrhunderts statt, als die Kassen – wie fast die ganze Gesellschaft – aus dem vermeintlich Vollen schöpften. 100 Jahre nach Bismarcks Gesetzen, in den Neunzigerjahren des 20. Jahrhunderts, erschraaken deshalb viele Ärztin-

nen und Ärzte in der Tat, als gehäuft Wörter wie Konkurrenz, Evaluierung, Fortbildung, Vergleiche, Leitlinie, Strukturreform, Effektivität usw. fielen. Selbst die Facharztprüfung stieß um 1980 zunächst auf Protest und Empörung. Was nach Wettbewerb klang, wurde bestenfalls für das Studium und die wissenschaftlich-medizinische Forschung akzeptiert, nicht aber für den ärztlichen Alltag (in der Praxis wie im Krankenhaus). Man befürchtete, gegeneinander ausgespielt zu werden. Etwas hilflos verwies man sogar auf alte Ethik-Codices, wo seit Hippokrates gerne die kollegiale Solidarität, d. h. der Anti-Wettbewerb, beschworen wurde, obgleich im Alltag der Frühen Neuzeit, wie erwähnt, pure Marktgesetze geherrscht hatten.

Die Widersprüche in der Argumentation waren allerdings deutlich. Nicht selten beklagten sich andererseits z. B. niedergelassene Ärzte über die bevormundende Regulierung durch Kassen oder Kassenärztliche Vereinigungen. „Mehr Wettbewerb“ – gegen diese Kassen – klang nun wieder verführerisch. Man verstand hierunter allerdings nicht die Forderung nach Evaluierung, sondern nach einer Abrechnungspraxis, wie sie üblichen Marktverhältnissen entsprach. Wer 100 Patienten am Tag behandelte – stand dem nicht doppelt so viel zu wie dem Kollegen, der sich nur um 50 kümmerte? Zum guten Arzt kommen, so die simple These, mehr Patienten, zum schlechten weniger, der erste verdient deshalb zu Recht mehr, der zweite weniger. Das war die Vorstellung vom ärztlichen Idealwettbewerb, der zugleich für Gerechtigkeit sorgen sollte, unter der man Bezahlung nach Leistung verstand. Dass die Kassen alle Kosten für die allein vom Arzt bestimmten Untersuchungsgänge übernahmen, deren Notwendigkeit nicht zu beweisen, ja nicht einmal zu begründen war, erschien selbstverständlich. Dass der „Wettbewerb“, den man so schnell einforderte, auch etwas mit Reklame, Mundpro-

paganda, Neid, Verleumdung und Lobbyismus zu tun haben könnte, ahnte man offensichtlich noch nicht. In den Sechziger- und Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts hatte es auch bei den Kassenärzten erstaunliche Einkommenssprünge nach oben gegeben. Dass sie nun ausblieben, dass der Wundertopf, der jahrzehntelang gesprudelt hatte, versiegte, irritierte, mehr noch aber die zunehmende Verrechtlichung und Bürokratisierung des Gesundheitssystems, in dem immer mehr Nicht-Ärzte den Ton angaben. Insofern fand man auch in der Öffentlichkeit großes Verständnis.

Unter dem Damokles-Schwert der neuen Ökonomisierung ist heute vor allem unter den Krankenhäusern ein harter Wettbewerb entstanden. Ein „Wettbewerb“, den die einen verdammen, die andern aber – darunter auffallend viele Politiker und Parteienvertreter – als der Weisheit letzten Schluss verkaufen. Der Begriff wird mehr und mehr zum Zauberwort! Auch hinsichtlich der ambulanten Versorgung, an der die Kliniken ja künftig wieder mehr partizipieren sollen (es wurde „hochgerechnet“, dass das kostengünstiger sei!), werden die Kassen künftig, wie zu erwarten ist, mit einzelnen Ärzten und Kliniken Verträge schließen – zur Förderung des Wettbewerbs, wie man hört. Universitätskliniken und große städtische Häuser – mit unzähligen Arbeitsverträgen des öffentlichen Dienstes – konkurrieren längst mit Privatketten, die dank einer betriebswirtschaftlich optimierten Mischung von Neugründungen und Übernahmen florierender, lukrativer oder mittelfristig Gewinn versprechender Kliniken (auf Ausnahmen wird gerne aus Reklamegründen hingewiesen!) Gewinne erzielen. Sie sind wirtschaftlich den schwerfälligeren staatlichen bzw. kommunalen Institutionen als Konkurrenzunternehmen (bis hin zur Werbung und Herausstellung gewisser Äußerlichkeiten, die in einer Wellness-Gesellschaft gut ankommen) haushoch überlegen.

Die Details sind bekannt. Und auch die Bewunderung bleibt nicht aus. Nicht nur viele Wirtschaftsfachleute und Freiberufler fragen: Liegt hier nicht die Lösung vor aller Augen? Selbst Gutmenschen sind begeistert, und nicht zuletzt passen sich immer mehr Ärzte dem neuen Trend an. In ihrer Berufsordnung hieß es noch 1997: „Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich und andere Ärzte untersagt.“ Dagegen lautete bereits 2002 eine bemerkenswerte Rostocker Revision: „Dem Arzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet.“ Das wurde sofort extensiv gedeutet. Ein Blick in Zeitungen und Homepages zeigt, dass die Schranken gefallen sind. Ärztliche und zahnärztliche Angeberei, früher eher die Gewohnheit des Scharlatans auf dem Marktplatz – man ist wieder daran gewöhnt! Und das Schlimmste ist: Will man da mithalten, muss man als Arzt und Klinik-Unternehmer zunehmend selbst klotzen, angeben, übertreiben – vielleicht gegen den eigenen Willen. Noch vor zehn Jahren hätte man das neue schrille Marketing nicht für möglich gehalten.

Gütesiegel sollen künftig allerdings, wie Andreas Köhler, der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vorschlug, dem Patienten verdeutlichen, ob der niedergelassene Mediziner oder ein Krankenhausarzt in einer bestimmten Operation, einer diagnostischen Technik oder überhaupt in der Behandlung einer bestimmten Krankheit Erfahrung hat. Er soll dann – sollte diese wirklich sensationelle Neuerung Alltag werden – sogar finanziell belohnt werden. Wie das praktisch umgesetzt, wie die Eigenevaluierung objektiviert und kontrolliert wird, auch wie Patient und Arzt gegen Missbrauch und unlautere Reklame geschützt werden, wurde allerdings nicht mitgeteilt. Der Ansatz bleibt interessant. Dass alle Ärzte gleich gut, gleich begabt, auf demselben Stand der Wissenschaft und gleich teuer sind, wird künftig kaum mehr vermittelt werden können. In Italien und den Vereinigten Staaten sind Kran-

kenhaus- und Ärzteführer nach dem Vorbild von Hotel- und Restaurantführern geplant. Die Verlage, die hier ein Geschäft wittern, sind natürlich ebenfalls dieselben.

Dennoch: Spricht – ungeachtet eines gewissen Missbrauchs – nicht alles für den „Wettbewerb“, den man ja, wie manche vorsichtig sagen, etwas „kontrollieren“ könnte, was dann allerdings irgendwie an die „freiwillige Wehrpflicht“ erinnert? Hing nicht tatsächlich die ganze Medizin jahrzehntelang planlos am Tropf staatlicher Förderung? War der Punkt des Zusammenbruchs nicht abzusehen? Im Juni 2007 rief die Bundesforschungsministerin den Wettbewerb „Gesundheitsregion der Zukunft“ aus. Unterschiedliche Akteure verschiedenster Disziplinen sollen nun ihre Kompetenzen zusammenbringen. „Durch die Kooperation sollen Innovationen im Gesundheitswesen entwickelt und umgesetzt werden, die Abläufe und Produkte zum Wohl des Patienten verbessern“, sagte Frau Schavan. Es war nicht die Sprache der von Hause aus eher konservativen Ministerin, sondern der übliche Wirtschaftsfachjargon, den wir inzwischen aus den Krankenhäusern und der Gesundheitsdebatte zu Genüge kennen. Der Optimismus und auch die Versprechen sind bekannt: „Wir möchten eine höhere medizinische Qualität und bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig geringeren Kosten“, so die Verlautbarung des Ministeriums. Über den Satz und seinen utopischen Charakter könnte man lange nachdenken. Auch das sogenannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (wiederum ist das Zauberwort gefallen) – von der Bundesregierung gewollt und inhaltlich bestimmt – sieht vor, dass unrentable Kassen künftig verschwinden und andere aus Marktgründen fusionieren. Sie können – so die Argumentation – besser haushalten und nach dem Vorbild fusionierter Kliniken gemeinsam einkaufen.

Auch die Öffentlichkeit hat Stellung bezogen: In einem Aufsatz über das werbeorientierte Marketing der Ärzte

wurden jüngst, was den ärztlichen Wettbewerb – der Niedergelassenen untereinander wie der Krankenhäuser – angeht, zwei Charaktere, zwei Fraktionen ausgemacht: die warnende Gegenposition der Bedenkenträger: angeblich rückwärtsgewandt, bewahrend, moralisierend, der Gesinnungsethik verdächtig, wert-, nicht wirtschaftskonser-vativ, ärztlich (was in diesem Kontext eher negativ gesehen wird), humanistisch, europäisch, fast romantisch. Die Pro-Gruppe dagegen: progressiv-initiativ, mutig, kreativ, flexi-bel, unternehmerisch, von Verantwortungsethik geprägt.

Ob der Wettbewerb hier die erwünschte Allround-Lö-sung bringt, wird bei solcher Sympathieverteilung gar nicht mehr hinterfragt. Dabei können wir schon bei dem Mathematiker Kurt Goedel, Einsteins Freund, aber auch dem Soziologen Niklas Luhmann eines lernen: Einfache, klare Wege (schon gar nicht bei geringeren Kosten) gibt es schon deshalb nicht, weil komplexe Systeme keine unan-fechtbaren Lösungen zulassen und Prognosen stets – aus-nahmslos – Unsicherheitsfaktoren, ja spielerische Ele-mente enthalten, besonders – und das ist das Paradoxe! – unter Wettbewerbsbedingungen. Dieser Unsicherheitsfak-tor, was sichere Steuerung, Prognostik und Transparenz an-geht, wird von Planern und Consultants kaum erwähnt – verständlicherweise!

Und da ist ein Punkt, der besonders beunruhigt. Bei al-lem Verständnis für die Notwendigkeit von Reformen – der primäre Anstoß für die Gesundheitsreform war zu-nächst nicht die Sorge um das Wohl der Kranken, sondern die Frage, wie man im Gesundheitssystem Geld einsparen kann. Dieser Umstand (ein durchaus legitimes und not-wendiges Anliegen!) wird inzwischen derart mit sozialen und politischen Argumenten überfrachtet, dass die Primär-intention leicht in Vergessenheit gerät. In Wirklichkeit werden, ohne dass es ausgesprochen wird, kühl alte utilita-ristische Gedanken aufgenommen. Ziel ist es, möglichst

vielen Bürgern (wie es vor etwa 200 Jahren die englischen Philosophen Jeremy Bentham und John Stuart Mill gefordert hatten) Glück und Gesundheit zu organisieren, während eine gewisse Minderheit von Alten, Schwerkranken und schlecht Versicherten das Nachsehen hat. Sparmaßnahmen im Personalbereich der Krankenhäuser finden überall Beifall, bei den Johannitern wie den Maltesern, bei den Ordenskrankenhäusern wie bei den kommunalen und staatlichen Großklinika. Das ethisch gebotene Sparen ist jedoch vielerorts (wie ich den Eindruck habe) bereits in ein ethisch verwerfliches Sparen übergegangen. Der Übergang ist nicht leicht zu erkennen, genauso wenig wie der Zeitpunkt, wo die kommerzielle Sicht ärztlicher Tätigkeit dem ärztlichen Selbstverständnis zuwiderläuft. Einige Ökonomen scheinen da ethisch ziemlich unsensibel zu sein. Kein Wunder, wenn auch sie danach bezahlt werden, ob schwarze Zahlen geschrieben werden, d. h. nach dem rein numerisch-ökonomischen Resultat, und sie die Binnensicht des Problems bestenfalls in der Theorie erlernt haben. Von den involvierten Ärzten müsste man hier klare, laute und kritische Proteste erwarten.

Wer an der aktuellen Entwicklung gewisse Zweifel, ja ethische Bedenken dagegen hat, wird gerne durch folgende Argumentation beruhigt: Ziel aller Reformen ist folgender Idealzustand: Der Patient wird und soll als Kunde im künftigen Wettbewerbsgeschäft autonom und souverän selbst entscheiden! Da kann man (auf den ersten Blick) doch nichts dagegen haben! Auf den zweiten Blick freilich fröstelt man, haben wir doch einen hilflosen, älteren, multimorbiden, vielleicht moribunden Patienten vor Augen, der, wenn er nicht schon resigniert hat, verzweifelt nach Hilfe, Zuspruch, Tröstung und Heilung lechzt und mit der Einladung zum Wettbewerb wenig anfangen kann. Man ahnt, dass manche Schwerkranken, die Pechgruppe des utilitaristischen Grundmodells, aus der Sicht des kaufmänn-

nischen Direktors, aber auch (schlimmer noch) des Chefarztes, dessen Vertragsverlängerung oder Gehaltserhöhung von roten oder schwarzen Zahlen, von großzügiger Behandlung oder – im schlimmsten Fall – der Abweisung von Kranken mit komplizierten Diagnosen abhängig ist, nicht Idealpatienten eines Krankenhauses sein können.

Glücklich kann ein solcher Arzt auf die Dauer allerdings kaum werden. Umfragen unter amerikanischen Ärzten ergaben eindeutig, dass ökonomische Anreize, etwa Kopfpauschalen im Akkord oder sogar wiederholte, erzwungene Teilnahmen an Manager-Kursen (man könnte auch sagen der ewige Zwang, sich im kompetitiven Wettbewerb zu üben und zu behaupten) mit einer geringen Arbeitszufriedenheit verbunden sind. Es macht keinen Spaß und nagt nachhaltig am eigenen Ego, wenn man Patienten halb gesund nach Hause schicken muss, nur damit die Wirtschaftlichkeit der Therapie erhalten bleibt. Nach Auskunft des Villinger Instituts für Ärztegesundheit sind deutsche Mediziner häufiger übergewichtig, sie rauchen mehr, sterben häufiger am Herzinfarkt und sind stärker selbstmordgefährdet als in allen anderen westlichen Ländern. 20 Prozent greifen zur Zigarette. In den USA (nur zum Vergleich) rauchen drei Prozent, in England etwa jeder zehnte Arzt. Sind das nicht hervorragende Bedingungen für den neuen Wettbewerb? Hängen sie vielleicht sogar mit dem neuen Druck, dem zunehmenden Unwohlsein der Mediziner zusammen? 30.000 in Deutschland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sollen inzwischen im Ausland arbeiten.

Erschrecken muss auch das Experiment des Münchner Ökonomen Klaus Schmidt. Demnach haben die Menschen (und zwar kulturunabhängig) – entgegen dem klassischen Modell des allein auf den eigenen Vorteil bedachten „homo oeconomicus“ – eine kollektivistische Ader. In zahlreichen Versuchen stellte sich heraus, dass sie durchaus gerne teilen und mehr an andere abgeben, als sie müssten, einfach

weil das zu ihrem Glück beiträgt. Je wettbewerblicher allerdings der Versuch gestaltet wird, desto geringer wird der Altruismus. Im Wettbewerb wird der Mensch offensichtlich hart und mitleidlos. Schon Adam Smith hatte erkannt, dass innerhalb der Familien und unter Freunden andere Gesetze gelten als auf dem Markt (also im Wettbewerb), wo pure Eigennützigkeit vorherrscht (in seiner *Theorie der ethischen Gefühle*). Zu diesen Ausnahmen, die sich den Marktgesetzen entzogen, gehörten in unserer Ethik-Tradition ursprünglich auch die Medizin und die Krankenpflege. Nicht ohne Grund gab es in der marktbestimmten alteuropäischen Gesellschaft bestimmte Kautelen, die man vom Mittelalter übernommen hatte und die allzu große Härten und Ungerechtigkeiten vermeiden sollten. Die ganz Armen – es wurde bereits betont – wurden in Spitälern aufgefangen, wo Ärzte auf Kosten der Stiftung bzw. Trägereinrichtung, die uralt sein konnte, in der Regel konsularisch tätig waren. Es gab so etwas wie einen Urinstinkt, die ganz Bedürftigen und Kranken der Welt des Feilschens und des Gewinns, dem „Dum dolet accipe“ zu entziehen.

Mehr Wettbewerb – keine Frage, wage ich am Ende zu sagen. Aber mit klaren, unbürokratischen Kontrollmechanismen. Patienten sind nun einmal, wie der frühere Bundespräsident Johannes Rau sagte, keine Kunden, Ärzte keine Anbieter, und Gesundheit ist alles andere als eine bloße Ware. Wir haben in Westdeutschland in den Sechziger- und Siebzigerjahren den realistischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit verloren. Vor Bismarck war ganz das Gegenteil zu vermelden. Die Folge war, dass in der Gesundheitserziehung – in der Frühen Neuzeit und im 19. Jahrhundert – beim noch Gesunden die Prophylaxe, die Sorge um den Verlust der Gesundheit eine herausragende Rolle spielte. Die Ferne des Arztes führte – was nicht ganz so paradox war, wie es heute wirkt! – zu mehr Eigenverantwortung. Es gab eine regelrechte *Ars Vivendi*, eine Kunst

der gesunden Lebensführung, die in der Schule, auf der Kanzel und in Sportvereinen vermittelt wurde (selbst der aus heutiger Sicht etwas umstrittene und politisch anrüchig wirkende Turnvater Jahn hatte hier gewisse Verdienste). Man fühlte sich für den Zustand von Körper und Seele – innerhalb dessen, was wir heute „genetische Disposition“ nennen – logischerweise weitaus mehr selbst verantwortlich als heute.

Genau an diesem Punkt könnte man lernen, über einen neuen gesundheitspädagogischen Ansatz nachzudenken. Ein Schuss Markt – von der Verwöhnung weg zur alltäglichen, individuellen Prophylaxe – würde zweifellos die Gesundheit im besten Sinn des Wortes stärken. Man würde dann nicht ganz so unvorbereitet in den komplexen Wettbewerb der Zukunft gehen und ein längeres, gesünderes Leben gewinnen. Kein wirtschaftliches Modell könnte Gleiches bieten. Vieles ist schon in dieser Richtung geschehen. Man merkte, dass die Verharmlosung der wirtschaftlichen Situation in der Tat nicht die Lösung sein kann, zumal die Frage, ob die Menschen in der Zeit der Verwöhnung glücklicher oder dankbarer waren, getrost mit „Nein“ beantwortet werden kann.

Ich fasse zusammen: „Wettbewerb“ in der Ausbildung, in der Forschung – natürlich! Ebenso ist ein Wettbewerb willkommen, dem Missstände und Schlendrian zum Opfer fallen. Ein Wettbewerb, der allerdings bestimmte Gruppen von Kranken und Ärzten, ohne dass sie etwas dafür können, benachteiligt und gefährdet, bleibt inakzeptabel. Was als Fortschritt verkauft wird, könnte sonst leicht einen Rückschritt ins 19. Jahrhundert bedeuten.

*Literatur*

- Bergdolt, Klaus*: Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute. München 2004.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung*: Pressemitteilung 135/2007 vom 21.6.2007 (Wettbewerb „Gesundheitsregion der Zukunft“ startet im Herbst).
- Dammann, Gerhard*: Ethische Argumente für und wider werbeorientiertes Marketing von Ärzten und Krankenhäusern. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 53 (2007), 255–273.
- Deneke, J. F. Volrad / Sperber, Richard E.*: Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt. Ärztliche Mitteilungen. 1872–1972. Köln 1973.
- Devereaux, P. J. / Schünemann, H. J. / Ravindran, N. et al.*: Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers. A systematic review and meta-analysis. In: Journal of the American Medical Association 288 (2002), 2449–2457.
- Diehl, Volker*: Definition von Arzt und Patient aus der Sicht der Medizin. In: Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg 2006, 178–187.
- Fehr, Ernst / Schmidt, Klaus M.*: Theories of Fairness and Reciprocity – Evidence and Economic Applications. In: Dewatripont, M. et al. (Hrsg.): Advances in Economics and Econometrics. Eighth World Congress of the Econometric Society, Bd. 1, Cambridge 2003, 208–257.
- Foucault, Michel*: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blickes. Frankfurt am Main 1993.
- Gothe, Holger / Köster, Ann-Dorothee / Storz, Philipp / Nolting, Hans Dieter / Häußler, Bertram*: Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007).
- Hoppe, Jörg-Dietrich*: Der ökonomische Druck darf das Arztbild nicht prägen. In: Ärztezeitung vom 11.5.2007 (Interview).
- Jütte, Robert (Hrsg.)*: Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997.
- Mäulen, Bernhard*: Förderung der Ärztegesundheit. Es besteht Nachholbedarf. In: Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), B2855.

*Plichet, Philipp*: Die kollektivistische Ader in uns. In: FAZ-Net vom 30.11.2007.

Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. Im Auftrag der Historischen Kommission der Akademie der Wissenschaften und der Literatur Mainz hrsg. von Hansjoachim Henning und Florian Tennstedt. Abt. II, Bd. 1 (Grundfragen der Sozialpolitik). Darmstadt 2003; Bd. 2,1 (Von der zweiten Unfallversicherungsvorlage bis zum Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884). Darmstadt 1995; Bd. 2,2 (Die Ausdehnungsgesetzgebung und die Praxis der Unfallversicherung). Darmstadt 2001.

*Rieser, Sabine*: Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren“ – Das Geld soll der Qualität folgen. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007).

*Siegmund-Schultze, Nicola*: Ein Mediziner kennt keinen Schmerz. In: Berliner Zeitung vom 24.4.2007.

*Zittlau, Jörg*: Ärzte sind schlechte Vorbilder. In: Die Welt vom 21.9.2007, 31.