
Billige Krankheit – teure Gesundheit?

Klaus Bergdolt

Billige Krankheit, teure Gesundheit? Verfolgt man die aktuelle Diskussion zur „Gesundheitsreform“, die unter enormem politischem und gesellschaftlichem Druck Möglichkeiten einer künftigen Finanzierung des „Gesundheitswesens“ ausloten soll, gewinnt man nicht zu Unrecht den Eindruck, dass die „Organisation des körperlichen und seelischen Wohlbefindens möglichst vieler Menschen“, wie es seit dem frühen 19. Jahrhundert den utilitaristischen Idealen der westlichen Länder entspricht, für die Gesellschaft einen unbezahlbaren Kostenfaktor darstellt. Die semantische Verführung, welche die Debatte nicht unerheblich beeinflusst, ist freilich bemerkenswert: Die Vorstellung des teuren *Gesundheitssystems* scheint die absurde Vorstellung der teuren *Gesundheit* zu suggerieren. Glaubt man jedenfalls einigen Politikern und Lobbyisten, bedarf es nur weniger Umstrukturierungen und Rationalisierungen, um das seit Jahrzehnten hohe Niveau der bundesrepublikanischen *Krankenversorgung* fortzusetzen. Vor allem zu Wahlkampfzeiten wird die Kostenfrage – entgegen der Meinung der Mehrheit der Experten – gerne marginalisiert. Als optimistisch stimmendes Faktum wird herausgestellt, dass die Deutschen jährlich Milliarden Euro für ihre „Wellness“ ausgeben, eine potentielle Reserve, die man gerne den gesetzlichen Krankenkassen zukommen lassen möchte. Geld sei jedenfalls genügend vorhanden. Man müsse es nur sinnvoll verteilen, um auch bedürftige Patienten „aufzufangen“. Darüber hinaus brauche man sich, so die ermutigende, in Wirklichkeit politisch hochbrisante Aussage, keine Sorgen zu machen.

Mitursache solcher Missverständnisse sowie vieler bewusster und unbewusster Fehldeutungen der im Moment so kritischen Lage war und ist ein raffinierter, aus ökonomischer Not geborener Euphemismus, der bereits vor Jahrzehnten zur Beruhigung der Bevölkerung geschaffen wurde und heute die dramatische Zuspitzung der Lage kaschieren soll. Man erfand, um die Organisation und Finanzierung von *Krankheitstherapien* zu umschreiben, den Begriff *Gesundheitssystem*. Dabei spürt jeder, vor allem der Betroffene: Nicht der erstrebenswerte Gesundheitszustand kostet Geld, sondern der Kampf gegen Leiden, Schmerzen und Behinderung. Krankheiten können niemals billig sein – weder für den Betroffenen noch für die Gesellschaft. Das als Gesundheitssystem verharmloste Krankheitssystem ist sozusagen *von Natur aus* kostspielig. Es wird hier etwas gegeben, was aus der Sicht der Gesellschaft ohne Gegenleistung bleibt oder – über Kassenbeiträge – nur teilweise bezahlt werden kann, von Zahlungen nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten (etwa nach privater Vereinbarung) einmal abgesehen, die künftig eine neue Bedeutung erhalten werden. Jüngst in Aussicht gestellte, wenn auch minimale *Reduzierungen* der Beiträge, welche die Versicherten beruhigen und den Ernst der Lage verschleiern, sind angesichts der dramatischen Perspektive nicht nur paradox, sondern erscheinen, da dieselben Menschen an anderer Stelle zur Zahlung gebeten werden müssen, geradezu unmoralisch. Obgleich von fast allen Wirtschaftsexperten mit guten Gründen z. T. drastische *Erhöhungen* gefordert werden, wird immer wieder an beruhigenden Versprechungen und an einem unkritischen Optimismus festgehalten.

Das Thema des vorliegenden Buches kreist eben um jene Kosten, die für die Therapie und Prophylaxe von *Krankheiten* anfallen und sich in der Frage der *Allokation* konkretisieren, d. h. der gerechten *Zuordnung* von Gel-

dern an Kranke sowie, zur Kompensation der Kosten, an finanzielle Leistungsträger, vor allem die Krankenversicherungen. Ihre Belastungen haben – und das ist das Kernproblem – dank der Entwicklung der High-Tech-Medizin sowie teuerster lebenserhaltender oder leidensmildernder Medikamente, nicht nur bei chronischen Krankheiten, auf beunruhigende Weise zugenommen. Kein Wunder, dass man versucht, die Leistungen zu verbilligen und – ein alter Traum der Menschen! – den Ausbruch von Krankheiten überhaupt zu verhindern. *Ein* Zauberwort, mit dem man solche Kostenreduktionen verbindet und einen populären Optimismus schürt, heißt *Prophylaxe*, ein anderes *Eigenverantwortung*. Entgegen populären Mahnungen und dem fragwürdigen Plan, z. B. Patienten, die keine Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, durch Leistungsreduktion zu bestrafen, dürfte der kostensenkende Effekt der gesunden Lebensführung in Wirklichkeit eher gering sein. Gesundheit durch „Bezahlung“ herbeizulocken, indem z. B. regelmäßige Brust-, Darm- oder Prostatauntersuchungen sowie der Verzicht auf das Rauchen honoriert werden, wird zwar häufig mit volkspädagogischem Impetus gefordert, ist aber wirtschaftlich weit weniger relevant, als viele Versicherte denken. Den Löwenanteil der Kosten (etwa 75 %) schlucken nun einmal chronische Krankheiten, vor allem des fortgeschrittenen Lebensalters. Diese kostspieligen Leiden treten, wie gesundheitsökonomische Statistiken zeigen, selbst bei optimaler Vorsorge auf, da es sich um Alterserscheinungen handelt (in diesen Fällen allerdings in späteren Lebensjahren, wobei sie dann natürlich nicht mit jenen Leiden identisch sein müssen, welche im Einzelfall durch Prophylaxe, etwa durch den Verzicht auf das Rauchen, verhindert wurden). Das für Gesundheitsmoralisten enttäuschende Fazit lautet also: Allein durch eine gesundheitsfördernde Lebensführung, etwa durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, kann der Bürger die

Krankenkassen nur in begrenztem Ausmaß entlasten. Er wird im konkreten Fall zwar älter und hat vielfältige persönliche Vorteile (weshalb sich aus *individueller* Sicht Gesundheitsbewusstsein durchaus lohnt!), doch werden die öffentlichen Haushalte und Kassen hierdurch nicht wirklich entlastet (die Rentenkassen sogar *belastet*). Im Übrigen wird in der von ökonomisch-statistischen Argumenten beherrschten Debatte häufig übersehen, dass Krankheiten, wie der Medizinhistoriker Heinrich Schipperges bereits in den 80er Jahren betonte, nun einmal – mit dem Alter zunehmend – zur *conditio humana* gehören. Sie sind gleichsam Zeichen einer befristeten und zum Tode bestimmten Existenz. Ihre ökonomisch störende Zunahme ist gleichzeitig ein Preis der steigenden Lebenserwartung. Dass solche anthropologischen Aspekte in der politischen Debatte ausgeklammert werden, kann angesichts der Kassenlage kaum verwundern. Einige suchen die Lösung – statt in einer radikalen Aufklärung über die finanziellen Verhältnisse des Staates und der von ihm subventionierten gesetzlichen Krankenkassen, der logischen Voraussetzung jeder effektiven und mehrheitsfähigen Reform – in optimistischen, verharmlosenden Versprechungen und fragwürdigen Statistiken. Warnende Stimmen, die langfristige Prognosen komplexer gesellschaftlicher Phänomene – zu ihnen gehört das „Gesundheitssystem“ in geradezu exemplarischer Weise, da seine Effektivität und Nachhaltigkeit auch von meist unvorhersehbaren mentalen und kulturellen Einflüssen abhängt! – grundsätzlich anzweifeln (Niklas Luhmann), werden so gut wie nicht wahrgenommen.

Um mit einer psychologisch effektiven finanziellen Anerkennung der Bemühung um Gesundheit zu winken (wie das viele Reformer heute mit lautstarkem ethischem Impetus fordern), fehlen, von bestimmten Sportunfällen und Fällen selbstzerstörerischer Lebensgestaltung abgesehen, zudem die sicheren Beweise der *Schuld*. Nicht immer lie-

gen freie Entscheidungen vor. Nicht nur die Genetik, sondern auch die Psychologen und Soziologen zeigen uns hier zunehmend die rote Karte. In den USA gilt es inzwischen als zynisch, fettleibigen Menschen oder Rauchern vorzuwerfen, sie hätten sich nicht unter Kontrolle. Wir ahnen heute, dass bestimmte Diäten, sportliche Betätigungen und Verzichtshaltungen für unterschiedliche Individuen verschiedene Schwierigkeitsgrade implizieren, d. h. völlig unterschiedliche moralische und charakterliche Leistungen darstellen. Auch Neurobiologen und Hirnphysiologen werfen inzwischen die Frage auf, inwieweit solche Entscheidungen wirklich frei sind. Ein „gesundes Leben“, ein Leben mit Rücksicht auf sich selbst wie auf die Gemeinschaft, ist zwar lobenswert (für Goethe war Gesundheit „das einfachste Wort für Tugend“!), doch kann es zumindest dann nicht als ökonomisch vernünftige Forderung verstanden werden, wenn der kausale Zusammenhang zwischen „gesunder Lebensführung“ und signifikanter Entlastung der Krankenkassen, wie wir heute wissen, unsicher ist.

Dennoch hängt die Frage der Eigenverantwortung mit der Thematik dieses Buches eng zusammen. Unbestreitbar ist, dass, wie gesagt, jede Krankenbehandlung Kosten verursacht. Ein Problem der (alten) bundesrepublikanischen Gesellschaft war es jahrzehntelang, dies großzügig zu übersehen. Historisch gesehen hatten erst die Mentalitäten, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten (infolge des sogenannten Wirtschaftswunders, letztlich aber auf der Basis der ruhmreichen und weltweit zumindest teilkopierten Bismarck'schen Sozialgesetzgebung der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts), zu der irrtümlichen Annahme geführt, dass es letztlich egal sei, ob jemand gesund oder krank ist, arbeitet oder nicht arbeitet. Das Einkommen bleibe, so die Werbung der Kassen noch vor 20 Jahren, praktisch gleich. Vorschläge im Sinne einer Lohneinschränkung im Krankheitsfall (ganz zu schweigen von deren mi-

nimaler Umsetzung) wurden noch in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts von selbsternannten Gutmenschen als Beweise für einen gewissen Menschenhass oder die Verachtung Notleidender gewertet. Andererseits verwies bereits 1961 der *Spiegel* (Heft 36) auf die zunehmende „Krankenhausfreundlichkeit“ der Deutschen und begründete dies mit der „Abkehr von der häuslichen Pflege“, der „Lockerung der Familienbande“ und der „Berufstätigkeit aller gesunder Familienmitglieder“. Die eigentliche Sprengkraft und die wirtschaftlichen Folgen dieses neuen, für einen Großteil der Bevölkerung typischen Sozialverhaltens für die Kassen und die Solidargemeinschaft überhaupt wurden allerdings nur ansatzweise erkannt.

Dass in Deutschland (von den Beiträgen zur Krankenkasse abgesehen) nicht der Kranke, sondern andere Institutionen für die Kosten der Behandlung und die Nachbetreuung aufkommen mussten, wurde nicht ausgeblendet, doch angesichts der Werbung und Selbstdarstellung zahlreicher Kassen, Sozialpolitiker und Ärztevertreter mit verblüffender Leichtigkeit (in Wirklichkeit Verantwortungslosigkeit) vernachlässigt. Man setzt sich fast schon dem Verdacht aus, für eine „kalte“, ökonomisch bestimmte Gesundheitsversorgung mit utilitaristischer Ausblendung des Schicksals einzelner Schwerkranker zu plädieren (das Gegenteil muss, gerade heute, angestrebt werden!), wenn man in Erinnerung ruft, dass von der athenischen Polis bis zum 19. Jahrhundert, als unter Bismarck die bis ins späte 20. Jahrhundert weiterentwickelten deutschen Sozialsysteme konzipiert wurden, das Arzt-Patient-Verhältnis von *primär wirtschaftlichen* Gesichtspunkten geprägt war und nach simplen Marktprinzipien funktionierte. Merkwürdigerweise hat man im alten Europa die Tatsache, dass Arme jahrhundertlang durch rangniedrigere Heiler, d. h. in der Regel nicht von studierten Ärzten und weniger nach dem Standard der „Schulmedizin“ behandelt wurden als Reiche,

nicht als ethisches Dilemma empfunden, sondern als natürliche Erfahrung. In bestimmten christlich-reformatorischen Kreisen mag auch der von der Kanzel gelehrte Determinismus der Prädestinationslehre, die sehr wohl auch das irdische Dasein tangierte, Demut und gottergebene Passivität gefördert haben. Auf den ersten Blick erscheint uns hier die Gesellschaft der Voraufklärung grausam, doch hatten sich bereits im frühen Mittelalter auch beachtliche Sensibilitäten und – was noch wichtiger war – Korrektive entwickelt. Das von Kommunen und kirchlichen Einrichtungen, Bruderschaften oder frommen Privatleuten getragene *Spitalwesen*, das Arme und mittellose Kranke vor dem sozialen Absturz schützte, ist hierfür ein bemerkenswertes Beispiel. Hier ging es weniger um ärztliche Therapie als um die Minimalabsicherung des Lebensstandards. Grund der Angst vieler Menschen vor dem sozialen Abstieg ist heute ja gerade die Tatsache, dass mit dem Verlust des Arbeitsplatzes bzw. der Implosion des Einkommens im Alter oder Krankheitsfall in einer durch und durch rational-ökonomisch („vernünftig“) erzogenen Gesellschaft die Ausstoßung in die Armut, in soziale Ausgrenzung und Armut erfolgen könnte. Was früher ein soziales Auffangbecken darstellte und mehrheitlich von „privat“, vor allem religiös intendierten Stiftungen finanziert wurde, muss heute – und angesichts der „umgekehrten Alterspyramide“ gleicht dies einer Sisyphus-Arbeit – von der öffentlichen Hand übernommen werden. Zumindest erwarten die *Deutschen*, in der Not vom Staat sozial aufgefangen zu werden. Arbeitslose oder Schwerkranke hoffen auch in Zukunft auf ein dichtes Netz der Unterstützung. Viele spüren, dass dies auf Dauer schwierig, ja aller Wahrscheinlichkeit nach unmöglich sein wird, und reagieren – ein Blick auf die geringe Akzeptanz auch nur kleinster Belastungen und die zahlreichen Begleitdiskussionen in Talkshows und Printmedien zeigt dies deutlich – emotional und ängstlich. Dies ist

umso bemerkenswerter, als der politische Grundton der aktuellen Reform verhalten optimistisch ist.

Was heute offensichtlich – man braucht nur einen Blick in die Problemzonen zahlreicher Großstädte zu werfen – nicht mehr sicher erscheint (obgleich offiziell permanent zugesichert), ist die mittelalterliche Selbstverständlichkeit, mit der man sich auch um die ganz Armen, die (ökonomisch gesehen) nichts Positives und Gutes für die Gesellschaft leisten und nur auf deren Kosten leben, kümmerte. Im 14. und 15. Jahrhundert verhungerte in Florenz, Lübeck, Köln, Nürnberg oder Regensburg zu Friedenszeiten – von Epidemien abgesehen – keiner auf der Straße, auch wenn er jahrelang nichts arbeitete und verdiente, bestenfalls bettelte, selbst wenn Teuerungen auftraten, was ein anderes Wort für Nahrungsengpässe darstellte. Er wurde im entscheidenden Moment von den Hospizen und ähnlichen Einrichtungen aufgefangen, die nicht selten an Klöster angebunden waren, wobei sich auf den Marktplätzen wie in den dunklen Ecken der Städte schon herumsprach, wohin man sich zu wenden hatte. Missbräuche waren auch damals möglich, und die meisten Hospitäler sicherten sich das Entscheidungsrecht über den Verbleib der Insassen zu. Dauerbleiberecht hatten natürlich stets Pfründner und andere, die sich durch Stiftungen bzw. Zahlungen ihre Betreuung gesichert hatten. Es war aber unmöglich, jemanden „im Regen stehen zu lassen“. Immer ging es dabei – natürlich – um eine *ausreichende* Verköstigung und Behandlung durch den im Notfall zugezogenen Arzt oder das sehr kundige Laienpersonal, nicht etwa um eine *optimale* Therapie und Behandlung, die allerdings auch von den meisten Gesundheitsexperten und dem Gros der Politiker *unserer* Tage – erstaunlicherweise ohne großen Widerspruch – aus dem Programm katalog verabschiedet wurde. „Ausreichend“ zu behandeln ist also eine erstaunlich alte Devise. Dabei fällt es allerdings

schwer, dieses „ausreichend“ exakt zu bestimmen. Bis zum frühen 19. Jahrhundert verstand man hierunter eine Minimalbehandlung. Dennoch gab es auch damals keine flächendeckenden Proteste, da sich die meisten Hospitalinsassen körperlich und seelisch (auch durch das religiös geprägte Umfeld) geborgen fühlten. In der heutigen Debatte müsste man im Übrigen die kritische Frage erwarten, ob denn, falls *ausreichende* Therapien tatsächlich, wie optimistisch versichert wird, im Vergleich zu *besseren* oder *teureren* Behandlungen weder eine Lebensverkürzung noch eine Einbuße der Lebensqualität implizieren, Letztere überhaupt einen Sinn haben oder nur Luxus bedeuten und die Kassen belasten.

Das „ausreichend“ wird also in der Zukunft noch zu diskutieren sein. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts, zumindest aber bis etwa 1800, als nämlich in Frankreich, Altösterreich und Deutschland von aufklärerischen Gesundheitsbeamten die Idee einer flächendeckenden Krankenhausversorgung entwickelt wurde, ging es jedenfalls nur darum, kranke, behinderte oder sozial heruntergekommene Menschen „würdig“ zu behandeln, zu pflegen und zu begleiten. Der Hospitalgedanke, der christlichen Ursprungs war (auch der Islam hat ihn z. B. vom Christentum übernommen), ging vom Kranken als Bild des *Christus patiens* aus, und der Umgang mit ihm war – so die Grundidee – durch Nächstenliebe und Barmherzigkeit geprägt. Dass sich *vor* dem Spital bzw. der Allgemeinheit zunächst die Familie – in einem ausgeprägten Subsidiaritätsdenken – nach Möglichkeit um behinderte, schwer kranke Angehörige kümmerte, war selbstverständlich, ja religiöses Gebot. Die Gemeinschaft *im Kleinen* sah sich in der Verantwortung, bevor die kostspielige Dauerpflege bzw. ärztliche Behandlung im Hospiz (Spital) zulasten anderer anstand.

Grundsätzlich galt es im frühen Christentum, so schon bei Origenes (185–254), als selbstverständlich, dass Ärzte

Arme kostenlos zu behandeln hatten, bei Reichen dagegen viel verlangen durften. Da sich der Arzt zwar bemüht, Gott aber heilt, schien dies zumutbar. (Der arianische Arzt Aëtios soll zu Beginn des 4. Jahrhunderts sogar *alle* Patienten unentgeltlich therapiert haben, nämlich nach dem Vorbild der großen *anargyroi* Kosmas und Damian.) Wie selbstverständlich hat noch Friedrich II. von Hohenstaufen die ärztliche Verpflichtung zu gestaffelten Honoraren in die staufische Approbationsordnung aufgenommen, die Bestandteil der berühmten Konstitutionen von Melfi war. Allerdings wurden hier die Arztkosten für Wohlhabende, wohl um den ausufernden Markt zu kontrollieren, vorsichtshalber gesetzlich festgelegt. Der Bezug auf die christliche Barmherzigkeit Armen gegenüber wäre den Zeitgenossen lächerlich erschienen, hätte diese vom Kranken erkaufte werden müssen. Der *gute* mittelalterliche Arzt kann allerdings auch das *Mögliche* vom *Unmöglichen* unterscheiden. Unheilbare zu behandeln erschien, so der Tenor unzähliger ärztlicher Anweisungen des ersten christlichen Jahrtausends, als Frevel am Willen Gottes. Man behandelt, so bereits die Empfehlung mehrerer Kirchenväter, nicht *sinnlos*, nur um Geld zu verdienen (bei hoffnungslos Erkrankten lag der Verdacht ja nahe!) und Gottes Willen zu hintergehen. Nur die Schmerzlinderung und Tröstung standen hier an, wobei Letztere im alten Europa in der Regel Aufgabe der Angehörigen und natürlich des Geistlichen war. Später, im 17. Jahrhundert, forderte der italienische Arzt Girolamo Bardi in seinem Bestseller *Medicus politicus catholicus*, dass jeder Patient nach seinen Möglichkeiten, d. h. nach Vermögen gestaffelt, seinen Arzt oder Heiler zu bezahlen hat, wobei das Honorar – aus der Sicht des Kranken – den geschuldeten Tribut an Christus darstellt, der in Wirklichkeit die Genesung gewährt. Der gut verdienende Arzt hat wiederum gute Werke und Stiftungen zu bewerkstelligen und sich sozial zu engagie-

ren, weil er sein Geld von Notleidenden erhält. Das ihm vom Kranken sozusagen treuhänderisch übergebene Honorar sollte ihn „ehren“, aber nicht reich machen. Ganz ähnliche Ratschläge gaben, ungeachtet des reformatorischen Misstrauens gegen die „guten Werke“, bereits im 16. Jahrhundert zahllose protestantische Autoren.

Es bleibt allerdings darauf hinzuweisen, dass im alten Europa nur wenige Menschen – für das Hochmittelalter schätzt man etwa zehn Prozent – einen studierten Arzt zu Gesicht bekamen. Arnald von Villanova (um 1300), ein berühmter Medizinprofessor aus Montpellier, sah in dieser Tatsache sogar einen Beweis für die *Exklusivität* ärztlichen Handelns, was dieses gerade teuer und wertvoll mache. Erfahrung, Bildung und psychologisches Gespür sollten bei der Oberschicht allerdings nicht umsonst vergeudet werden. Hohe Honorarforderungen haben hier nichts Anrüchiges, denn belohnt wird die kompetente Hilfestellung gegenüber Menschen, die Not leiden und hervorragenden Beistand, ja oft genug existentielle Rettung erlangen. Die Quellen aus dem Mittelalter und der Frühen Neuzeit zeigen deutlich, dass die Ökonomisierung der Heilkunde mit der Zeit immer selbstverständlicher wurde. Geriet ein Arzt infolge der Behandlung von Infektionskrankheiten selbst in Gefahr, schien es logisch und üblich, sich das Risiko besonders hoch entgelten zu lassen. Verständlich schien es auch, sich das Geld *vor* der Behandlung zu sichern (so der Bericht des Florentiners Marchionne di Coppo, der dies z. B. zur Zeit des Schwarzen Todes 1348 beobachtete). Doch engagierte man, gerade um im Notfall gegen Pest und Seuchen gewappnet zu sein, in vielen größeren Städten offiziell angestellte Stadtärzte, die gegen eine pauschale Festbezahlung arme wie reiche Verdächtige (die man in Florenz oder Venedig mit Erfolg auch anonym denunzieren konnte) untersuchen mussten. Mit relativ niedrigen Beträgen an angestellte Ärzte, die unter Druck und Kontrolle ar-

beiteten, dafür allerdings auch gewisse Privilegien genossen, zog sich so manche Kommune aus der Affäre, als die meisten „freiberuflichen“ Heiler schon geflohen waren. Gab es ein wertvolles Geheimmittel gegen die Pest wie den Bezoarstein, den berühmten Theriak oder den importierten, sündhaft teuren Safran, kam dieses selbstverständlich nur dem zugute, der entsprechend zahlungsfähig war. Der „freie“ Gesundheitsmarkt begünstigte so reiche und prominente Patienten, doch ist uns, wie angedeutet, kein Beispiel eines „gesundheitspolitischen“ Protestes bekannt. Das optimale Mittel forderte seinen Preis – auch wenn es, aus heutiger Sicht gesehen, gar nicht so optimal wirkte. Man empfand dies dann als schicksalhaft.

Natürlich hatte dieses Spiel wirtschaftlicher Kräfte auch Schattenseiten. In seinem „sehr nützlichen“ *Opus perutile* von 1496 empfiehlt Gabriele Zerbi, ein Medizinprofessor aus Padua, die Behandlung von schwierigen, fordernden Patienten möglichst rasch aufzugeben – und ebenso die von Kindern, Schwangeren und Geisteskranken, die völlig unberechenbar seien. Bei sehr schweren Erkrankungen hatte der Patient, selbst wenn er zahlungswillig war, also damit zu rechnen, dass ihn sein Arzt im Stich ließ. Sicherlich wurde hier häufig das Argument der Unheilbarkeit vorgeschoben, das dem Arzt erlaubte, sich zurückzuziehen. Mit „einfacheren“ Patienten bzw. unkomplizierten Krankheiten ließ sich nun einmal leichter Geld verdienen. Vor allem „Plebejer“ drehten dem Arzt, so Zerbi, die Worte ins Gegenteil um, und es sei „unmöglich, ihren anmaßenden Wünschen auch nur halbwegs zu entsprechen“. Zwar betont der Paduaner Professor, dessen Buch Grundlage für unzählige spätere *Deontologien*, d. h. „Pflichtbücher“ der Ethik wurde, dass die Behandlung niemals unter primär pekuniären Aspekten erfolgen darf. Schon gar nicht dürfe man Therapien verlängern, nur weil sie lukrativ erscheinen. Doch ist es offensichtlich, dass italienische *physici*

um 1500 bestimmte Diagnosen, die finanziell lukrativ waren, bevorzugten. Verzichte man einmal, so Zerbi, bei Armen auf die Vergütung, solle dies – unter demonstrativer Mithilfe des Arztes – auf andere Weise belohnt werden: Es sei dann dafür zu sorgen, dass die Großzügigkeit bekannt werde. Später könne man nämlich auf der Basis des gewonnenen Image-Bonus bei anderen umso höhere Rechnungen stellen. Der freie Markt der Medizin war den meisten Ärzten der alten Zeit also höchst willkommen. Er erlaubte in Einzelfällen sogar, ethisches Verhalten theatralisch zu vermarkten.

Ein solch freier Gesundheitsmarkt, von dem einige Ärzte heute wieder träumen, würde für die Zukunft allerdings, auch wenn er nur teilweise verwirklicht werden sollte, erhebliche Risiken beinhalten. Zudem können die seit der Aufklärung und den Emanzipationsprozessen des 19. Jahrhunderts entstandenen Mentalitäten nicht einfach negiert werden. Die Zeit lässt sich nicht zurückschrauben. Das harte Marktdenken im Gesundheitswesen, das um 1800 zunächst vor allem in England von den Utilitaristen mit dem Hinweis auf die Interessen, auf das Glück der „großen Mehrheit“ vordergründig gemildert, letztlich aber auch zementiert wurde, würde heute – ohne staatliche Kautelen – einen Schock verursachen, der unabsehbare Konsequenzen für die Gesellschaft hätte. Niemand weiß, wie sie sich in dieser Lage verhalten würde. Andererseits erweist sich die in der deutschen Tradition entwickelte Sicherheitsmentalität, d. h. die fast kindlich-subjektive Einbettung des Bürgers in ein staatlich gelenktes Gesundheitssystem, dessen Fürsorgepflicht von vielen als Grundrecht gewertet wird, historisch als äußerst jung. Die bürgerliche Gesellschaft stellte bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, d. h. auch noch *nach* der Bismarck'schen Sozialreform, einen Teil ihrer familiären Ersparnisse für die Gesundheitsfürsorge zurück, wobei man sich interessanterweise zunächst

selbst bei schwerster Krankheit scheute, *Krankenhäuser* aufzusuchen. Dort wurde man zwar kostengünstig, mit Unterstützung der neuen Sozialkassen behandelt, musste aber damit rechnen, im Rahmen einer Studie als „Versuchskaninchen“ zu dienen.

Natürlich wäre eine solch individuelle und private „Vorsorge“ mit dem Ziel einer kompletten Absicherung zu Zeiten unerschwinglich teurer therapeutischer Verfahren illusorisch. Sie entsprach aber durchaus dem heute wieder diskutierten Prinzip einer gestuften Vorsorge auf der Basis einer zurückgelegten Reserve. Den Heiler oder Kräuterefachmann, aber auch den Erste Hilfe leistenden Arzt konnte man damit ohne Mühe bezahlen, während die Kosten einer längeren ärztlichen Behandlung in der Regel schon Spuren im Familienbudget hinterließen. Allerdings berücksichtigte der ethisch verantwortungsbewusste Arzt – so gebot es zumindest die deontologische Tradition – immer auch die wirtschaftlichen Verhältnisse seines Patienten.

Das Dilemma einer „ausreichenden“ ärztlichen Versorgung unter vorgegebenen Beschränkungen ist also uralte, wurde aber über Jahrtausende als wenig problematisch gesehen. Dies hatte natürlich mit der Mentalität der älteren Gesellschaften zu tun, die sich über Jahrhunderte daran gewöhnt hatten, Krankheiten, aber auch soziale Benachteiligung – zumindest in Grenzen – als gottgegeben zu betrachten. Allerdings ging die Kosten-Leistungs-Schere in den hier kurz skizzierten Zeiten nicht annähernd so weit auseinander wie heute. Doch haben sich die Menschen bis weit ins 19. Jahrhundert offensichtlich nach eigener Entscheidung sowie ihren finanziellen Möglichkeiten für eine gewisse Qualitätsstufe der Behandlung versichert: für gar keine, für den Kräuterheiler oder den akademischen Arzt. Das Studium von Kasuistiken aus der Feder frühneuzeitlicher Ärzte zeigt übrigens, dass angesichts dieser risiko-

reichen und ungerechten Absicherung keineswegs eine besondere Eigenverantwortung entwickelt wurde. Absurdeste Unfälle und Ungeschicklichkeiten blieben durchaus an der Tagesordnung. Doch mag mancher auch an seine Zukunft, an seine Familie, an seine Kinder gedacht haben, deren Familienbudget er durch überlegte, gesundheits-erhaltende Lebensführung und eine entsprechende Erziehung des Nachwuchses schonen konnte. Auch die *Hausväterliteratur* des 16. und 17. Jahrhunderts sah deshalb eine gezielte Gesundheitspädagogik vor und war vom Geist der schon erwähnten Subsidiarität bestimmt, die allerdings vom *pater familias*, den häufig die Ehefrau beriet, *paternalistisch* bestimmt wurde. Denn *eine* Erkenntnis galt schon damals als unbestritten und blieb, wie erwähnt, bis heute gültig: Eigenverantwortung, Prophylaxe und eine gesundheitsbewusste Lebensführung kommen demjenigen, der sie ernst nimmt, auf jeden Fall individuell zugute. Die Frage ist nur, ob die Öffentlichkeit das Recht hat, sie dem Bürger aufzuzwingen, solange nicht bewiesen ist, dass regelmäßiger Sport oder der Verzicht auf das Rauchen auch der *Allgemeinheit* nützt. Goethe jedenfalls, der hier noch einmal zu Wort kommen soll, hätte Bedenken gehabt. An Frau von Stein schrieb er 1787: „Auch muss ich selbst sagen, halt' ich es für wahr, dass die Humanität endlich siegen wird. Nur fürcht' ich, dass zu gleicher Zeit die Welt ein großes Hospital und einer des anderen humaner Krankenküster sein wird ...“