

Medicina oeconomica – Ärzte gestern und morgen



Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Der Nukleus der Medizin kreist seit Urzeiten um eine Szene: Ein kranker und deshalb hilfsbedürftiger Mensch sucht kompetente ärztliche Hilfe. Alles andere erscheint im Grunde sekundär und sollte im Idealfall nur dazu beitragen, die Hilfeleistung effektiv und human zu gestalten! In den letzten Jahren spricht man freilich mehr von Ökonomie und Wettbewerb und weniger von Hilfe und Fachkompetenz. Vieles, was den Ärzten ans Herz gewachsen war – mehr Zeit für das Gespräch, mehr diagnostische Möglichkeiten, gewohnte Wege der Therapie (Ärzte unterscheiden sich nun einmal nach Schulen und Temperament!) – wird heute von Politik und Gesellschaft, wie es scheint, nachhaltig in Frage gestellt. Boomende Privatisierungen von Kliniken und ökonomisch akzentuierte Leitlinien gelten als vorbildlich – und damit ein wettbewerbliches Denken, das in diesem Ausmaß in der deutschen Medizin seit den Bismarckschen Sozialgesetzen keine Rolle mehr spielte.

Außerhalb der Medizin gilt das Junktim von Effektivität und Wettbewerb – nicht nur bei konservativen Wirtschaftstheoretikern – längst als ausgemacht. Aber – die Frage brennt vielen Ärzten unter den Nägeln! – auch dort, wo es um Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod geht, also um die Primärgüter menschlicher Existenz? Besteht hier nicht eine Art

Tabuzone? Darf man Kranke und Schwache Spielbälle der Marktgesetze werden lassen? Denn die finanziellen Einschnitte der jüngsten Zeit werden marktwirtschaftlich begründet. Viele Vertreter der Heilberufe fürchten zu Recht die Kälte des „Wettbewerbs“, der selten näher definiert wird und dessen Grenzen unklar bleiben. Mitleid, Politikerschelte und Political correctness verstärken die Begriffsverschleierung.

Mit Bismarcks Sozialgesetzen – das ist heute weitgehend vergessen! – wurde der Wettbewerb zunächst nur auf eine höhere, politische Ebene verlagert. Abgesehen davon, dass die von vielen Staaten kopierte Reform zunächst nur einer kleinen Fraktion der Bevölkerung zugute kam und alles andere als eine Massenabsicherung darstellte, war sie nicht ganz so unverdächtig und unschuldig, wie sie manchmal dargestellt wird. Die Berliner Administration brauchte – ähnlich wie im 18. Jahrhundert Ludwig XV. und 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 abgesehen, auch im wirtschaftlichen und militärischen Wettbewerb. Bemerkenswert ist, wie sehr sie, ähnlich wie die heutige Gesundheitsreform, von einer überhitzten theoretisch-wissenschaftlichen Debatte („Manchestertum“ und „Katheter-sozialismus“ waren charakteristische Vorwürfe) begleitet war. Die Satirezeitschrift Kladderadatsch hatte schon 1872 über „Weltbeglückungstheorien“ gespottet, welche deutsche Politiker damals entwickelten. Protestantisch-kirchliches Engagement, konservativer Staatsozialismus, 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. Nur die Hospize und Armenhäuser, in

denen – entgegen der Vermutung Foucaults – häufig, ja fast regelmäßig auch Ärzte wirkten, sahen bei Bedürftigen kostenlose Behandlungen vor, die allerdings von Pfründen wohlhabender Spitalbewohner sowie durch Stiftungen von außen kompensiert wurden. Die Frage ist natürlich, ob dieses historische Faktum heute ein Argument für den ärztlichen Wettbewerb 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 Bismarckschen Reformen pure materielle Not. Das alte Biedermeier-Idyll war tückisch, von den sozialen Mißständen des 17. und 18. Jahrhunderts ganz abgesehen. Bei allen Katastrophen der deutschen Geschichte der letzten 120 Jahren – das Gespür für Ungerechtigkeit hat, natürlich auch reaktiv auf das Dritte Reich, irreversibel zugenommen. Wir können nicht mehr in die Welt der Vergangenheit zurück. Vor 1880 herrschte zwar keine Gängelung auf dem Gesundheitsmarkt, aber die meisten Menschen bekamen, auch wenn sie erkrankten, nie einen Arzt zu Gesicht. Das 19. und 20. Jahrhundert zeichneten sich durch wichtige soziale Reformen aus. Sie können nicht zurückgenommen werden.

Unter dem Schlagwort der Ökonomisierung ist heute vor allem unter Krankenhäusern ein harter Wettbewerb entstanden, den die einen verdammen, die andern aber – darunter auffallend viele Politiker und Politikberater – als der Weisheit letzten Schluss verkaufen. Der Begriff wurde zu einem Zauberwort! Auch hinsichtlich der ambulanten Versorgung, an

der ja künftig wieder mehr die Kliniken partizipieren sollen, werden die Kassen, 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 souveränen 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 oder kommunalen Institutionen als Konkurrenzunternehmen (bis hin zur Werbung und Herausstellung gewisser Äußerlichkeiten, die in einer Wellness-Gesellschaft gut ankommen) haushoch überlegen. Die Bewunderung bleibt nicht aus. Nicht nur viele Wirtschaftsfachleute und Freiberufler fragen: Liegt hier nicht die Lösung vor aller Augen? Auch Gutmenschen sind begeistert, und nicht zuletzt passen sich immer mehr Ärzte selbst dem neuen Trend an. In ihrer Berufsordnung hieß es noch 1997: „Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich und andere Ärzte untersagt“. Dagegen lautete 2002 die 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 angeben und übertreiben – auch gegen den eigenen Willen. Noch vor zehn Jahren hätte man das neue schrille Marketing nicht für möglich gehalten. Spricht – ungeachtet eines gewissen Missbrauchs – nicht doch 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? Wer möchte angesichts der im Brustton der Überzeugung vorgebrachten Reformvorschläge noch an den Mathematiker Kurt Gödel, Einsteins Freund, aber auch den Soziologen Niklas Luhmann erinnern, nach denen es einfache, klare Wege (womöglich zu Minimalkosten) schon deshalb nicht geben kann, weil komplexe Systeme keine unanfechtbaren Lösungen zulassen und Prognosen stets – ausnahmslos – Unsicherheitsfaktoren, ja spielerische Elemente enthalten, besonders – und das ist das Paradoxe! – unter Wettbewerbsbedingungen. Dieser Unsicherheitsfaktor, was sichere Steuerung, Prognostik und Transparenz angeht, wird von Planern und Consultants natürlich ungern erwähnt.

In Wirklichkeit werden, ohne dass es ausgesprochen wird, in der aktuellen Gesundheitsplanung alte utilitaristische Gedanken aufgenommen. Staatliche Aufgabe ist es demnach, möglichst vielen Bürgern (wie es vor etwa 200 Jahren die englischen Philosophen Jeremy Bentham und John Stuart Mill gefordert hatten) Glück und Gesundheit zu bescheren, während eine gewisse Minderheit von Alten, Schwerkranken und schlecht Versicherten das Nachsehen hat. Man ahnt, dass manche Schwerkranke, die Pechgruppe des utilitaristischen Grundmodells, aus der Sicht des Kaufmännischen 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 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 geringeren Arbeitszufriedenheit verbunden sind. Es macht keinen Spaß und nagt nachhaltig am eigenen Ego, wenn man Patienten halbgesund nach Hause schicken muss, nur damit – aus der Binnensicht des Krankenhauses – die Wirtschaftlichkeit der Therapie erhalten bleibt. Nach Auskunft des Villingener Instituts für Ärztegesundheit sind deutsche Mediziner schewergewichtiger, 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. Hängt dies nicht auch 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 – entgegen dem klassischen Modell des allein auf den eigenen Vorteil bedachten „homo oeconomicus“, und zwar kulturunabhängig – 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 der „Theorie der ethischen Gefühle“). Zu diesen Ausnahmen, die sich den Marktgesetzen entzogen, gehörten in unserer Ethik-Tradition ursprünglich auch, wenn es um die Ärmern und Ärmsten ging, 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. Mehr Wettbewerb! Die Entscheidung ist getroffen. Unsicherheiten und offene Fragen wurden verdrängt. Natürlich ist Wettbewerb dort angezeigt, wo er ethisch problemlos ist erscheint und Reformstaus korrigiert, z.B. in der Ausbildung, in der Forschung –

und auch in bestimmten Bereichen des klinischen Alltags. 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 skandalösen Rückschritt bedeuten.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln
Josef-Stelzmann-Straße 20, 50931 Köln