

7 Transformationen: Konzeptionelle Fluchtlinien des Patientensubjekts im deutschen Gesundheitssystem

An welchen Orten des Gesundheitssystems begegnet man zu welchem Zeitpunkt nicht nur realen Patient*innen, sondern kursieren für diese Genealogie signifikante Patientensubjektkonzeptionen? Wie wurde und wird das Patientensubjekt innerhalb des Gesundheitssystems thematisiert und regiert? Und inwiefern können bei der Identifizierung des Patientensubjekts der unterschiedlichen Bereiche des historischen und rezenten Gesundheitssystems (politische) Patientenkollektive in den Blick geraten?

Geschichts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften liefern unterschiedliche Ansätze zur Beantwortung dieser Orientierungsfragen. Es lohnt sich, ausgewählte diverse, aber doch eng miteinander verzahnte Subjektvorstellungen unterschiedlicher Forschungszusammenhänge vorzustellen, um einen genealogischen Ausgangspunkt zu finden, von dem aus eine bestimmte Gruppe von Patient*innen in ihrem Subjektsein in den Fokus genommen werden kann: Diese Patientengruppe, dieses kollektive Patientensubjekt der ›Seltenen‹, ist auf seine ganz eigene Weise problematisch für das Gesundheitswesen und eine Herausforderung für die Regierung und Selbstregierung von Patient*innen. Das kollektive Patientensubjekt der ›Seltenen‹ konstituiert sich in Auseinandersetzung mit den Bedingungen, die ›normale‹ Patient*innen im Gesundheitssystem vorfinden und verfasst sich auch deshalb als politische und selbsthilfesorgende Gruppe. Erneut werden die Analyseachsen Macht, Wissen und Verhältnisbeziehungen eingesetzt, um die spezifische kollektive Subjektconstitution der ›nichtnormalen‹ Patient*innen – der Patient*innen mit seltenen Erkrankungen – nachzuzeichnen (Kap. 8).

Um für diese besondere Situation der ›Seltenen‹ zu sensibilisieren, setzt das folgende Kapitel 7 noch einmal neu und weit vor der Geschichte des SPK an und verfolgt im genealogischen Stile die Herkünfte und Entstehungen desjenigen Patientensubjekts zurück, das zunächst außerhalb der therapeutischen Dyade, der klinischen Beforschung und dem Willen nach sozialistischer Revolution situiert ist. Dieses Patientensubjekt kommt als ›normal und massenhaft (chronisch) Kranker‹ sowie als versicherungstechnologische und versorgungspolitische Aufgabe zum Vorschein. Dass der Staat über ver-

sicherungstechnologische Maßnahmen eine besondere Aufgabe in der Formung einer Soziopolitik des Lebens wahrgenommen hat, haben Matthias Bohlender (2007, S. 371) sowie François Ewald (1993) bereits in umfänglicher Weise rekonstruiert. Wie aber das Prinzip der Krankenversicherung mit dem Gebot, entsprechende versorgungspolitische Strukturen einzurichten, damit Leistungen des Gesundheitssystems auch in Anspruch genommen werden können, koordiniert worden ist, ist genealogisch bisher kaum näher betrachtet worden. Die These ist, dass diese Koordinierungsversuche, um Leben also tatsächlich erhalten und verbessern zu können, wiederum spezifische ›normale‹ Bilder vom Patienten produziert haben, die von Massenhaftigkeit und der Logik strukturierter Versorgung chronisch Erkrankter geprägt sind. Diese Koordinierungsversuche wirken, wie oben angedeutet, auf die Situation ›seltener Patient*innen‹, deren Kollektivverständnis und Möglichkeit zur kollektiven Patientenpolitik zurück, da diese nicht so recht in diese alten Problematisierungen und Koordinierungsversuche sowie gesundheitspolitischen Angebote hineinpassen wollen. Die Probleme der ›Seltenen‹ ergeben sich also nicht nur durch die materiellen Aspekte der fehlenden Heilmittel und des Mangels an Versorgungsangeboten, sondern durch die historische Problemzentrierung auf einen Patientensubjekttyp, dem sie eben nicht entsprechen. Wie es dazu gekommen ist, soll im Folgenden beschrieben werden.

7.1 Die Geburt des Versichertenpatienten: Versicherungstechnologie, Ärztepolitik und massenhaftes Kranksein

Der erste genealogisch bedeutsame Blickwinkel auf ›normales Patientensubjektsein‹ liefert die historisch-professionssoziologische Forschung zu den Entstehungsverhältnissen des politisch installierten, öffentlichen Gesundheitswesens, der Regierung sozialer und gesundheitlicher Risiken und der ärztlichen Berufsstandpolitik in Deutschland. Dieser kleine, auf den deutschen Kontext begrenzte Forschungsdiskurs offenbart die wesentlichen Hintergründe, die das ›normale‹ Patientensubjekt des heutigen deutschen Gesundheitssystems entzifferbar machen.

Bei dieser Perspektivierung handelt es sich um eine der zentralen Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese älteste Säule der allgemeinen Sozialversicherung geht zurück auf das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (ab dem 10. April 1892 unbenannt in Krankenversicherungsgesetz [KVG], Fischer 2007, S. 142) vom 15. Juni 1883, durch Reichskanzler Otto von Bismarck initiiert und beschlossen vom deutschen Reichstag. Gemeinsam mit der Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und der viel später etablierten Pflegeversicherung richtet sich mit der ersten allgemeinen Krankenversicherung überhaupt ein neues Dispositiv der sozialen Sicherheit ein (vgl. Bohlender 2010b, S. 103). Gottweis und Kolleg*innen fassen kritisch-gouvernementalitätstheoretisch zur Einrichtung der GKV zusammen:

»Die Entstehung der GKV muss in Zusammenhang mit der ›sozialen Frage‹ gesehen werden. Das Problem der rasch wachsenden Gruppe ungelernter Industriearbeiter und ihrer Familien, die trotz harter Arbeit einer ständigen existenziellen Bedrohung aus-

gesetzt waren, der schnellen Massenurbanisierung und Massenpauperisierung konnte durch die bislang bestehenden vorkapitalistischen und weitgehend informellen Netzwerke sozialer Sicherheit nicht mehr bewältigt werden. Von dieser Verelendung großer Teile der Arbeiterschaft ging eine Gefährdung der öffentlichen Ordnung, der staatlichen Stabilität und der gesamten expansiven Entwicklung des noch jungen Nationalstaates aus. Die Motivation hinter dieser Gesundheitsgesetzgebung lag damit klar in der Kanalisierung gesellschaftlicher Konflikte und in einer Entpolitisierung der sozialen Frage [...]. So war die Sozialversicherung von Anfang an als politische Technologie konzipiert, die dazu dienen sollte, mit gesellschaftlichen Risiken fertig zu werden und damit Herrschaft zu unterstützen.« (Gottweis et al. 2004, S. 192)

Das Krankenversicherungsgesetz von 1883, das der Regierung der industrialisierten und kapitalistisch organisierten Gesellschaft und der in ihr grassierenden Risiken für Leib und Leben der Menschen dienen soll, bedeutet außerdem eine Neuordnung der länger bestehenden kommunalen und berufsgruppenspezifischen Hilfseinrichtungen. Das Gesetz verlangt folgendes:

Alle Arbeiterinnen und Arbeiter in Gewerbe und Industrie, die unter 2000 Mark im Jahr verdienen, haben sich nun in einer Krankenversicherung ihres jeweiligen Berufszweiges zu versichern. Die Beiträge werden nicht anhand des individuellen Krankheitsrisikos berechnet, sondern entsprechend der Lohnhöhe des Versicherten erhoben. Die Versicherungsbeträge werden anteilig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bestritten (zunächst zwei Drittel durch die Arbeitnehmer, ein Drittel durch die Arbeitgeber) und es wird kein Gesundheitsattest bei Eintritt in die Kasse verlangt. Der Mindestleistungsstandard einer Krankenkasse der GKV muss eine freie ärztliche Versorgung und freie Arznei in Form von Dienst- und Sachleistungen, außerdem bei Erwerbsunfähigkeit bis zu dreizehn Wochen Krankengeld, welches mindestens 50 Prozent des Tagesverdienstes ab dem vierten Tag des Verdienstauffalls betragen soll, bereitstellen. Weitere Leistungen sind die Zahlungen an Wöchnerinnen sowie ein Sterbegeld für Hinterbliebene. Auch Krankenhausaufenthalte können durch die Krankenkassen mitfinanziert werden. Die Kassen, zumeist selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, organisieren sich als Orts- und Gemeindekrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Baukrankenkassen, dazu kommen Knappschaftskassen, Eisenbahnbetriebskrankenkassen, Postkrankenkassen und andere staatliche Kassen. Lässt man sich von der Mitgliedschaft in einer berufsständischen Kasse befreien, ist der Beitritt in eine freie Hilfskasse möglich (Reiter 2017; Huerkamp 1985, S. 194–199; Labisch 1997, S. 39f.; Tennstedt 1977; Collin o. J.).

Die Einführung der GKV hat bemerkenswerte Folgen: 1885 sind 10 Prozent der deutschen Bevölkerung über die GKV versichert – dies sind, so berichtet Claudia Huerkamp (1985), nach Schätzungen Theodor Lohmanns, einem der Miterfinder der deutschen Form der Sozialversicherung, fast doppelt so viele Versicherte wie vor 1883. 1895 sind bereits fast 15 Prozent der Bevölkerung in allen GKV-Krankenkassen und Knappschaftskassen versichert, 1905 knapp über 19 Prozent. Durch die Ausdehnung des Versicherungszwanges und die Möglichkeit der Mitversicherung von Familienangehörigen sind 1914 schließlich fast 50 Prozent aller Reichsbürgerinnen und Reichsbürger krankenversichert und können kostenlose ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen (Huerkamp

1985, S. 197-199; vgl. auch zur Übersicht der quantitativen Entwicklung der Patientenzahlen pro Arzt Tauchnitz 2004, S. 189f.).

Claudia Huerkamp (1985), Gerd Göckenjan (1985), Jost Bauch (1996) und Ute Frevert (1984) (letzte allerdings für die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens und des Krankenkassensystems bis 1880) schlüsseln eben unter Verwendung des historisch-professionssoziologischen Blicks auf, wie durch die gesetzliche Integration des Krankenkassensystems durch die GKV, die Formalisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung des öffentlichen Gesundheitssystems durch Krankenkassen und Ärzte sowie durch die Ausdehnung der Krankenversicherungsleistung auf einen großen Teil der Bevölkerung nun Probleme kulminieren, die in dieser Forschungsrichtung als ›Kassenarztfrage‹ umrissen werden.¹ In der historischen Kassenarztfrage, die zeitlich zwischen der Implementation des KVG und dem Berliner Abkommen von 1913 verhandelt wird, verdichten sich wesentliche Fragen der Organisation des Gesundheitswesens in den miteinander zusammenhängenden Teilbereichen Krankenversicherung und Versorgungspolitik. Diese Verdichtungen sind, so soll argumentiert werden, für die Genealogie des Patientensubjekts von wichtiger Bedeutung.

Die Ausübungsbedingungen ärztlicher Praxis unterscheiden sich in der kassenärztlichen Tätigkeit grundlegend von denjenigen in der Privatpraxis. Kassenärzte arbeiten nicht mehr nur freiberuflich, sondern werden auf Vertragsbasis (zunächst in Einzel-, später in Kollektivverträgen) von den Krankenkassen angestellt. In diesen zunächst privatrechtlich verfassten Einzeldienstverträgen bestimmen Ärzte nicht mehr eigenständig die Vergütung der ärztlichen Tätigkeiten der Diagnostik, Therapie und Verordnung, sondern bekommen, abhängig von der Zahl der Versicherten, von den Kassen feste Honorare, zumeist Kopfpauschalen zugewiesen. Für viele Ärzte, für die die Kassenanstellung zu einer immer wichtiger werdenden Einkommensquelle wird, ist dies jedoch nicht befriedigend: Einzelne Ärzte und Ärzteorganisationen fordern, die Kassen sollen sie einheitlich und nach Einzelleistung bezahlen (Huerkamp 1985, S. 203-205; Naschold 1967, S. 56). Diese Vergütungsform sind sie aus der privatärztlichen Tätigkeit gewohnt. Durch die zumeist niedrigen Pauschalbeträge, die sie bei der Behandlung von Kassenpatientinnen und -patienten erhalten, fühlen sie sich in ihrer Tätigkeit nicht ausreichend anerkannt – zwar ist es in der Zeit vor dem KVG üblich gewesen, für einen sehr niedrigen Obolus oder sogar *pro bono* zu behandeln. Diese Menschen sind dann jedoch sogenannte Armenkranke gewesen, die ohne Versicherungsschutz und auf karitative Mildtätigkeit der Ärzteschaft angewiesen waren (Göckenjan 1985, S. 290).

Die Ärzteschaft fordert jedoch ab den 1890er Jahren nicht nur höhere finanzielle Entlohnung, auch ist man mit den Kompromissen, die sich aus der Position der Krankenkassen als »Nachfrageoligopol«² ergeben, nicht einverstanden: Die Krankenkassen bestimmen über die Kassenzulassung von Ärzten, sie können das Vertragsverhältnis kündigen – sie üben also Kontrolle über die Autonomie der ärztlichen Tätigkeit

- 1 Übersichten über die Fluchtlinien der Kassenarztfrage finden sich auch bei Labisch (1997) sowie bei Bechmann (2007, S. 92ff.), der im Wesentlichen die Forschung der genannten Autor*innen zu diskursanalytischen Zwecken über Gesundheitssemantiken der Moderne zusammenfasst.
- 2 Diese oft verwendete Bezeichnung für den Status der Krankenkassen in dieser Zeit findet sich erstmals bei Naschold (1967, S. 57; vgl. Tauchnitz 2004, S. 194; Bechmann 2007, S. 93).

aus. Die Krankenkassen sind außerdem mit Vorständen besetzt, die medizinische Laien sind und die sich zumeist aus der Arbeiterschaft, also aus dem Versichertenkreis, rekrutieren – dies entspricht dem Prinzip der Selbstkontrolle der Leistungsberechtigten (Göckenjan 1981, S. 16; Busse et al. 2017, S. 855). Diese ehrenamtlichen, gewählten Kassenvorstände haben das Gesamtbudget der Krankenkasse, das sich solidarisch finanziert, unter Kontrolle und halten die Ärzte mit der Pauschalbezahlung dazu an, mit ihren Ressourcen maßvoll umzugehen – die Ärzte, wollen sie kostendeckend arbeiten, müssen also von teuren oder experimentellen Behandlungen sowie von kostbarer Arzneibegung absehen (Göckenjan 1985, S. 359). Dies ändert sich auch nicht wesentlich, als sich langsam eine Versicherungsbürokratie herausbildet, die die ehrenamtliche Tätigkeit der Kassenvorstände ablöst (Göckenjan 1981, S. 23). Das Abhängigkeitsverhältnis der Ärzte von den Kassen (Bauch 1996, S. 47) schränkt ihre Ermessensfreiheit und damit auch einen Teil ihrer professionellen Kompetenz ein, mit der bis dahin ihr Dominanzstatus als Armenarzt, als Privatarzt, als Amtsarzt oder als Krankenhausarzt begründet war (Göckenjan 1985, S. 353). Die sogenannten Kurpfuscher werden zu einem zusätzlichen Ärgernis für die Kassenärzte, denn die Kassenvorstände können oftmals die approbierten Ärzte nicht von den Kurpfuschern unterscheiden und unterminieren damit den staatlich legitimierten Expertenstatus (Göckenjan 1985, S. 351ff.). Darüber hinaus bekommt die ärztliche Tätigkeit der niedergelassenen Praxis, das Behandeln und Heilen, eine neue Funktion: Die Ärzte werden von den sie beschäftigenden Krankenkassen zu Gutachtern gemacht, weil die Ärzte diejenigen sind, die aufgrund des Kriteriums der temporären Erwerbsunfähigkeit (nicht der Krankheit!) Patienten einen Krankenschein ausstellen (Göckenjan 1985, S. 354). Der Arzt muss nun also nicht mehr nur heilen, sondern auch feststellen, inwiefern und in welchem Maße die Patientin körperlich indisponiert für ihre Arbeit war.

Zwischen das dyadische Arzt-Patienten-Verhältnis, wie es in der privatärztlichen Praxis voll zur Geltung kommt, schiebt sich also ein mächtiger Spieler, die Krankenkasse: Arzt und Patient sind nun in einer Dreiecksbeziehung mit der Krankenkasse (Naschold 1967, S. 56; Liebold 1982, S. 5; Huerkamp 1985, S. 216; Bauch 1996, S. 46). In der Kassenarztfrage spiegelt sich damit auch ein Patiententypus wider, den es in dieser Form zuvor nicht gegeben hatte, »der Kassenpatient wird zum vorherrschenden Bild des Kranken.« (Göckenjan 1985, S. 398) Zum einen, wie bereits erwähnt, erhöht sich die Zahl der Versicherten und damit auch die Zahl der Patientinnen und Patienten für die Ärzte. Kassenärztliche Praxis ist zum »Massenbetrieb« (Huerkamp 1985, S. 221) geworden, der Patient, der vorher nie einen Arzt besucht hat, besetzt nun in Scharen die Wartezimmer, er ist auf einmal – gerade in den Augen der Ärzte – ein massenhaftes Subjekt, das in seiner schieren Menge dazu in der Lage ist, dem Arzt Angst einzujagen (Göckenjan 1985, S. 338).

Hinzu kommt, dass der Patient nicht mehr nur Bittsteller ist. Er ist zwar noch materiell arm (und dies häufig realiter bis zum Existenzminimum), aber er gehört nicht mehr der absoluten Unterschicht an. Im Regelfall kann er über Arbeit sein Auskommen und gegebenenfalls das der Familie bestreiten, er zahlt durch seinen Lohn in die Kasse ein und er nimmt, mehr oder weniger gut versichert, den Besuch bei einem Arzt wahr (ebd.; Göckenjan 1981, S. 13; Huerkamp 1985, S. 222). Der Patient hat sich also einen Anspruch auf Arztkontakt im wörtlichen Sinne *erarbeitet*. Dieser Anspruch ist die vor-

teilhafte Kehrseite seiner Regulation durch das soziale Sicherheitsdenken des Staates, den Ärzten gefällt dies aber nicht:

»Das alle Überlegungen [des Ärztetages von 1884, HG] leitende Motiv ist die Klassifizierung der neuen Arbeiterversicherung als ›Versicherung‹ und als solche die Ablehnung des Status einer ›Armenkasse‹; d.h., die Arbeiter seien keine Armen und wollen auch keine sein.« (Göckenjan 1985, S. 344)

Weil die Arbeiterversicherten keine Armen sind, sollen sie, so war man sich beim Ärztetag 1884 einig, also auch den vollen Arztpreis bezahlen. Dieses Argument des Ärztetages dient dazu, die Standespolitik der Ärzteschaft voranzutreiben. Soweit sich die Forschung überblicken lässt, gibt es keine Studien zu den Auswirkungen des neuen Versichertenstatus auf das faktische Verhalten der Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen – weder die Arbeitergeschichtsschreibung noch die Patientengeschichtsschreibung sind diesem Gegenstand bisher konkret nachgegangen. Dennoch: Dem Patienten, außerhalb der Praxis Angehöriger der sich emanzipierenden Arbeiterklasse, ermöglicht sein Status nicht nur den Zugang in die Praxis, sondern verleiht ihm vermutlich innerhalb der Arztpraxis auch ein gewisses Selbstbewusstsein.³ Die Souveränität des Krankenversichertenpatienten – von Ärztevertretern später immerhin unter negativen Vorzeichen als »Begehrlichkeit« (Moser 2011, S. 91) verächtlich gemacht – ist sicherlich nicht dieselbe, die die »idealen Subjekte«, die im Zentrum der Patientengeschichtsschreibung stehen, an den Tag gelegt hätten – aber immerhin ist in den professionspolitischen Diskursen eine Änderung der Sozialpsychologie des Patienten durch seinen Versichertenstatus und damit auch eine Änderung der Subjektstellung gegenüber vorherigen Konstellationen angedeutet.

Eine gewisse Aufwertung des betrachteten Patiententypus der Krankenversicherung geschieht außerdem durch die Reaktion der Ärzteschaft auf die veränderten Patientenpräferenzen. Die Patientenschaft bringt ihre Vorstellungen, wie eine medizinische Behandlung auszusehen hat, mit in die medizinische Transaktion mit ein: Viele der Arbeiterversicherten stammen ehemals vom Land, bevor sie in die Industriestädte kommen. Sie sind deshalb mit naturmedizinischen Heilmitteln und traditionellen Selbsthilfemaßnahmen vertraut und fragen diese im Kontakt mit dem Arzt folglich

3 Nach Stephan Leibfried und Florian Tennstedt (1985, S. 75f.) lässt sich dieses Selbstbewusstsein der Arbeiterversicherten durch eine Entwicklung der Arbeiterkultur, in der man nun aufgrund des Äquivalenzprinzips versicherungsbasierte Transferleistungen als ›Gegenwert‹ zur erbrachten Arbeitsleistung empfindet, erklären. Der Rechtsanspruch auf Kassenleistungen ist aber nicht nur ein einfacher Anreiz, die »Institutionalisierung des Klassengegensatzes« (Geiger 1949, S. 182) über soziale Sicherung akzeptabel zu machen; die Integration in die Sozialtechnologie der Versicherung führte zur Selbstdisziplinierung der Arbeiterbewegung, zur Verinnerlichung ihrer Arbeitsmoral, zur bereitwilligen Organisationsgefügigkeit, zu Beitragsdisziplin und zu einem Abgrenzungsgebaren nach Unten (z. B. den Armenkranken) (Leibfried/Tennstedt 1985, S. 76f.). Das sozialtechnologisch bedingte Anspruchsdenken, das sich als verändertes Nachfrageverhalten nach medizinischer Versorgung zeigt, kann damit gouvernementalitätstheoretisch und subjektanalytisch als Vernunft der Regierten innerhalb einer Vernunft der sozialtechnologischen Regierung von Arbeit eingeordnet werden. Zu den politischen Emanzipationswirkungen der Arbeiterschaft durch die Integration in die Selbstverwaltungsstrukturen der Sozialversicherungsgesetzgebung vgl. Ritter (1983, S. 50ff.).

ebenfalls nach. Auch approbierte Ärzte, die Scharlatanerie ablehnen und dagegen ankämpfen, dass die Pfuscher und Homöopathen in die Ärztekammern einwandern und kassenärztlich zugelassen werden (vgl. Gottweis et al. 2004, S. 118f.), stellen sich darauf ein:

»Der traditionell individualisierte Professionscharakter erlaubt, ja fordert als »ärztliche Politik« das Eingehen auf Publikumsphilosophien, eine Korrespondenz der Sichtweisen und Praktiken des einzelnen Arztes mit seiner je spezifischen Klientel.« (Göckenjan 1985, S. 358)

Ärzte müssen sich, genau wie Patientinnen und Patienten, auf eine Zusammenarbeit einlassen und lernen, mit der Kultur, die die Arbeiterklasse in das therapeutische Verhältnis einbringt, umzugehen.

Dass nun auch den Arbeiterversicherten in den Arztpraxen gewisse Eigenschaften und Bedürfnisse zugeschrieben werden, die zuvor nur für Privatpatienten gegolten hatten, ist indes kein Zufall. Man fängt in den 1890er Jahren in den Ärzteverbänden an, von notwendigen Bedingungen zu sprechen, die eine kassenärztliche Versorgung erfüllen muss (Göckenjan 1985, S. 364). Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient müsse vertrauensvoll und offen sein – dieses Verhältnis ließe sich allerdings nicht herstellen, wenn es den Kassen obliege zu entscheiden, welche Ärzte die Versicherten aufzusuchen haben (Huerkamp 1985, S. 226). Man argumentiert also unter dem Motto der freien Arztwahl, dass die Patienten ein Recht darauf bekommen sollen, ihre medizinische Versorgung bzw. den Arzt ihres Vertrauens selbst auszusuchen (Labisch 1997, S. 43). Tatsächlich ist die Politik der freien Arztwahl ein professionspolitischer Schachzug der Ärzteschaft gegenüber den Kassen, ihre eigene Machtstellung in der Kassenkonstellation auszuweiten: Die Begrenzung der Kassenzulassung vor allem junger Ärzte würde aufgeweicht, die Arbeiterpatienten breiter nach Angebot und Nachfrage verteilt, dadurch könnte wieder vermehrt privatärztlich gearbeitet werden – Marktprinzipien und Patientenpräferenzen sollen also die Verteilung der Kassenpatientenschaft bestimmen und die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte verbessern. Auch Kassenärzte könnten dann, so die Logik, wieder häufiger Zusatzleistungen anbieten, die die Versicherten aus eigener Tasche bezahlen müssten – ein Weg, sich der starken Preispolitik der Kassen zu entziehen, ohne das Kassensystem, das vielen Ärzten trotz allem eine stabile und sichere Einkommensquelle bringt, insgesamt infrage zu stellen (Göckenjan 1985, S. 363ff.; Huerkamp 1985, S. 223; Bechmann 2007, S. 97). Das Patientensubjekt wiederum bekommt durch diesen professionspolitischen Diskurs einen ambivalenten Charakter: Einerseits stellt die Patientin ein latentes finanzielles Risiko für das Versichertenkollektiv und ein Hindernis für die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Praxis dar, andererseits wird an die Patientin, die man aus der privatärztlichen Praxis kannte und die in der Lage dazu war, finanzielle sowie selbstsorgergische Verantwortlichkeit zu tragen und ihr Interesse wahrzunehmen, erinnert, um an dem Ehrgefühl der Versichertenpatienten, soziostrukturell gesehen wohlfahrtsstaatlich abgesicherte Arbeiterinnen und Arbeiter, zu rühren und den Gesetzgeber unter Druck zu setzen. Die Versichertenpatientin wird durch die Standespolitik der Ärzteschaft, die versucht, ihre alten Qualitäten zu kapitalisieren (Göckenjan 1985, S. 370), problematisiert, denn sie soll die Autonomie des Arztberufs nicht schädigen, ihre Behandlung besser durch die Krankenkassen ver-

gütet werden. Diskursiv-strategisch und effektiv wird die Patientin damit gegenüber der Versicherungstechnologie als Subjekt mit spezifischen Bedürfnissen, beispielsweise eben das Bedürfnis nach einer vertrauensvollen, nicht extern aufgedrückten Beziehung zu ihrem Arzt, und kulturellen Hintergründen aufgewertet – und so als autonomiebegabtes Subjekt in Stellung gebracht.⁴ Dass die Ärzteschaft ein überaus instrumentelles Verhältnis zu den Kassenpatientinnen und -patienten entwickelt und eine vehemente Berufsstandspolitik betreibt, um den Handlungsspielraum der individuellen Leistungserbringer zu erweitern, hat die Historiker*innen bzw. Soziolog*innen Göckenjan und Huerkamp, die, ähnlich wie die Patientengeschichtsschreibung, Partei für die Patientenschaft zu ergreifen scheinen, offensichtlich ein wenig empört. Aus regierungsanalytischer und subjektkonstitutioneller Sicht, die die professionspolitische Diskursebene aus der Vogelperspektive betrachtet, sind diese Fluchtlinien des politisch beschworenen autonomen Patientensubjekts durchaus instruierend:

Es liegt in dieser Gleichzeitigkeit der Argumente offenbar kein Widerspruch, Wahlfreiheit und die Selbstorganisationskräfte des Patienten aufzurufen, ohne diese in der Praxis wesentlich vorantreiben zu wollen; ein autonomes Patientensubjekt innerhalb eines verregelten Krankenkassenwesens diskursiv zu installieren, ohne nach den durchaus erkannten Bedürfnissen der Patientenschaft die medizinische Versorgung wesentlich zu qualifizieren. Zwar setzt sich die Ärzteschaft nach einer Phase der gewerkschaftsähnlichen Organisierung, die Streikmaßnahmen und den Boykott von Kassenarztstellen umfasst, mit ihrer Forderung nach freier Arztwahl durch und erreicht, dass sie auf die Zulassungs- und Anstellungspraxis Einfluss gewinnt, indem nun kassenärztliche Vereinigungen Kollektivverträge mit den Krankenkassen abschließen können (Bauch 1996, S. 48f.; Gottweis et al. 2004, S. 123); die Patient*innen können immerhin nun diejenigen Ärzte, oft Sozialdemokraten, aufsuchen, die kassenärztlich zugelassen und bei ihnen beliebt sind. Letztlich stellt die Möglichkeit der freien Arztwahl allerdings nur eine Verbreiterung des Personalangebots dar, führt aber nicht zu besseren medizinisch-ärztlichen Leistungen innerhalb der Kassenpraxis oder zu neuen Therapieangeboten (Göckenjan 1985, S. 369f.). Während die Frage der freien Arztwahl insinuiert, der Patient müsse angebotsmäßig aus den Vollen schöpfen können, sieht die historische Realität der medizinischen Versorgung wenig rosig aus. Zwar behandeln die Ärzte und verordnen Arzneien, sie sind aber eben auch Sachverständige gegenüber den Kassen. Denn die Kassen versichern genau genommen nicht gegen Krankheit und zahlen deswegen auch nicht im Krankheitsfall, sondern nur bei einer durch einen Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit ab einer hoch angesetzten Beeinträchtigungsschwelle – erst dann tritt der Versicherungsfall, der das Krankengeld ausschüttet, ein (Göckenjan

4 Vgl. zum Verhältnis von Vertrauen und Autonomie in der modernen Medizin Steinfath/Wiesemann (2016). Um 1900 sind diese normativen Werte, die heute unter dem Begriff der Patientenautonomie in Medizin- und Bioethik firmieren (also z. B. individuelle sowie relationale Selbstbestimmung und Entscheidungs- und Wahlfreiheit des Patienten, vgl. Beauchamp/Childress 2001; Wiesemann/Simon 2013), weder wissenschaftlich systematisch diskutiert noch wissenschaftlich »diszipliniert«. In der Genealogie des Patientensubjekts tauchen sie aber, wie die Forschung zur Kassenarztfragen darlegt, offensichtlich schon viel früher – nur eben in diskursiv-strategisierter Form und innerhalb eines politischen Konflikts – auf.

1985, S. 375). Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Kern eben nicht Instrument einer staatlichen Gesundheitspolitik, sondern derjenige Teil der Sozialversicherung, der die Risiken der Verarmung durch fehlende Arbeit reduzieren und damit die Verantwortlichkeit des Staats gegenüber diesem Risiko festlegen soll (Labisch 1997, S. 40). Diese Konstruktion bedeutet wiederum, dass derjenige, der krank ist, noch lange nicht am Arbeiten gehindert sein muss (Frevert 1984, S. 267). Die Ärzteschaft ist für diesen Mechanismus Prüfinstanz (Göckenjan 1985, S. 354) und wird im Zuge der Ausstellung der Krankenscheine dazu angehalten, die Bagatellfälle und das Simulamentum unter den Arbeiterinnen und Arbeitern nicht ausarten zu lassen – jemand der arbeiten kann, soll nicht die Wartezimmer bevölkern und dazu angereizt werden, aus dem Kollektivgut der Versicherungsbeiträge abzuschöpfen (*ergo*: den anderen auf der Tasche zu liegen) (Göckenjan 1985, S. 377). Aber abgesehen davon, dass das Krankengeld der Kassen in der Regel ob seiner niedrigen Höhe kaum zum Schmarotzertum und Blaumachen einlädt, das sogenannte *moral hazard*-Verhalten (vgl. Meusch 2011) also in der frühen GKV kaum lohnenswert und wohl aufgrund der geringeren Anonymität innerhalb der kleinen Kassen wohl weniger vorgekommen ist (Guinnane et al. 2011, S. 418), sind diejenigen, die häufig als Übertreiberinnen und Übertreiber gemäßregelt wurden, durchaus krank – in der zeitgenössischen Perzeption aber eben nicht *mehr* als alle anderen. Warum ist der Diskurs des Simulantentums für die Genealogie des Patientseins nun so kompliziert und erhellend zugleich? Göckenjan ordnet mithilfe medizinischer bzw. medizinsoziologischer Terminologie das Problem des Simulantentums und der Übertreiber folgendermaßen ein: Die meisten dieser Menschen sind dem heutigen Verständnis nach »chronisch Kranke« (Göckenjan 1985, S. 383). Diese rezente Analysekategorie, deren Implikationen weiter unten nachgegangen werden soll, hilft allerdings in der historischen ›Wirklichkeit‹ zunächst einmal nicht, folgende Probleme zu bearbeiten:

In einer Gesellschaft, in der aufgrund der schlechten Lebensbedingungen in den Städten und der harten Arbeit in den Betrieben und Fabriken im Grunde jeder nicht gesund ist (man leidet an Atemwegserkrankungen, an Verletzungen, an Rheumatismus, an Nervenkrankheiten, Bleichsucht und an infektiösen Krankheiten wie der Tuberkulose), reichen ein klinisches Krankheitsbild und eine subjektive Betroffenheit nicht aus, um als Kranker anerkannt zu werden und die spätmoderne Krankenrolle (also das Bett hüten zu müssen bzw. dürfen, versorgt zu werden usw.) zu funktionalisieren (ebd.; Göckenjan 1985, S. 365):

»Der Simulationsverdacht ist eine flexibel handhabbare Hürde, ein Disziplinarmittel mit vermutlich breitem Wirkungsspektrum, das an die traditionell hohe Erkrankungstoleranz der Unterschichten anschließt und das Ignorieren der aus chronischen Belastungen resultierenden chronischen Schädigung unterstützt.« (Göckenjan 1985, S. 384f.)

Das heißt auch: für die Erwerbstätigen (und ihre mitversicherten Angehörigen) ist zwar im Versicherungs- und Bedarfsfall (nach Göckenjan ist dieser vor allem durch entzündliche Akutkrankheiten eingetreten und begründet worden, Göckenjan 1985, S. 375) immerhin prekär gesorgt. Für die Versicherten, die dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigt sind, an Schmerzen leiden, nicht auskurieren können – man würde heute eben sagen: chronisch erkrankt sind oder ggf. mit einer Behinderung leben – gibt es jedoch weder medizinisch noch versicherungstechnologisch noch politisch befriedigende Lö-

sungen. Aus klinisch-medizinischer Sicht fehlen Lösungen, da manche Krankheiten schlichtweg nicht behandelbar sind, auch wenn aufgrund der freien Arznei ausgiebig medikamentiert wird (Göckenjan 1985, S. 397). Aus versicherungstechnologischer Sicht ist eine chronische Krankheit kein Versicherungsfall und so muss man mit der Erkrankung leben, wenn man sich nicht der Übertreibung schuldig machen will. Und es fehlt an politischen Lösungen, denn die Ärzte können den Staat, die kapitalistische Wirtschaftsordnung und die Lebensweisen der Menschen, die die Erkrankungen der Arbeiterschaft herbeiführen oder verschärfen, nicht kurieren: Krankenkassen und Ärzte, die zentralen Akteure der GKV, bleiben gegenüber den hygienischen Problemen, der Unterernährung, der schlechten Belüftung der Wohn- und Arbeitsstätten, dem gedrängten Wohnen, den Verletzungen und dem Verschleiß durch Arbeit, kurz: dem gesundheitlichen Pauperismus⁵, strukturell machtlos – die medizinische Profession und die Versicherungen sind in dieser Hinsicht zunächst »ohne Sozialkompetenz« (Göckenjan 1985, S. 395).

Konzertierte bevölkerungsgesundheitliche Prophylaxe ist im Kaiserreich und in der Weimarer Republik weder im Leistungsspektrum der GKV enthalten (Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 38) noch dezidierter Auftrag der niedergelassenen Kassenärzteschaft. Der Staat hat für die soziale Sanierung der Gesellschaft und ihrer Gesundheit Sorge zu tragen (Göckenjan 1985, S. 394f.): Er und seine behördlichen Einrichtungen verordnen Waschungen nach industrieller Arbeit, er ist für die Raumplanung, den Wohnungsbau, für die Kontrolle sauberer Lebensmittel – also die gesamte Sozialhygiene der Arbeiterschaft – verantwortlich (Labisch/Tennstedt 1985, S. 359). Der Staat findet entsprechend dezentrale gesundheitspolitische Steuerungsmittel abseits des Krankenversicherungssystems, um diesen Notwendigkeiten nachzukommen.⁶ Einige Akteure auf der organisationalen Mesoebene engagieren sich ebenfalls – Betriebe

-
- 5 Diese Situation bedeutete Alltag und Stigma zugleich. So erklärt Giovanna Procacci (1991) anhand französischer sozioökonomischer Diskurse des 19. Jahrhunderts, dass gesundheitlicher Pauperismus kein Zustand, der allein aus der Armut abzuleiten, sondern ein Phänomen einer sozialen Gefahr ist, welche vom Verhalten einer Masse von Menschen auszugehen droht. Diese Masse von Menschen, die *pauper* ist, kann soziostrukturell heterogen sein (z. B. im unterschiedlichen Maße von Armut trotz Arbeit oder aufgrund temporär fehlender Arbeit betroffen, vgl. Pocзка 2017, S. 197), verhält sich aber gegenüber der sozialen und ökonomischen Ordnung, die auf Arbeit als integrierendem und wohlstandserzeugendem Motor gesetzt hat, abweichend und schädlich – sie wird als mobil, unberechenbar, orgiastisch, nicht vorausschauend, zu genügsam diskutiert (Procacci 1991, S. 160f.). Sie ist in diesen Diskursen außerdem als »infektiös« und gedrunken beschrieben und wird deshalb auch als Nährboden von Krankheit und Gebrechlichkeiten (Procacci 1991, S. 162) identifiziert. Der Diskurs um den »gesundheitlicher Pauperismus« zeichnet gleichermaßen die schlechte gesundheitliche Lage der verarmten Bevölkerung, betrifft aber auch das soziale Problem, das von diesen *pauperes* ausgeht und das nicht durch die Krankenversicherungstechnologie gelöst werden kann. Erst durch die Erfindung dezentraler Maßnahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik (das heißt erst durch den gezielten biopolitischen Zugriff auf die Bevölkerung und die öffentliche Bevölkerungsgesundheit) kann der gesundheitliche Pauperismus sukzessive angegangen werden.
 - 6 Gesundheitsämter nehmen in der dezentralen Regierung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland ab 1870 beispielsweise eine entscheidende biopolitische Funktion ein (vgl. Hüntelmann 2006). Die dezentrale Organisation der behördlichen Gesundheitspolitik wird allerdings durch den NS-Staats abgeschafft und im Sinne zentralstaatlicher Maßnahmen zur Umsetzung

bieten beispielsweise Arbeiterspeisungen an, um das Problem der Ernährung und der damit verbundenen Leistungsfähigkeit der Arbeiterinnen und Arbeiter in den Griff zu bekommen.

Die Ärzteschaft begegnet den gesundheitlichen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten und ihren klassenspezifisch geformten Körpern (Göckenjan 1981, S. 391) auf ihre Weise:

»Es findet eine Medikamentierung der Unterschichten statt, ein Versuch das Erkrankungsgeschehen als Problem frühzeitiger, richtiger und ausreichender Versorgung mit Arzneimitteln zu definieren.« (Göckenjan 1985, S. 397)

Arznei- und Hilfsmittel sind oft gratis und werden von den Ärzten als Zeichen ihrer Patientenfreundlichkeit großzügig verschrieben – auch, wenn diese Medikamente die Lebensumstände der Arbeiter nicht ändern können und nicht selten wenig wirksam sind. Die klassenspezifische Lebensführung, vor allem die Genussucht, wird für die zusätzliche Schwächung des Arbeiterkörpers und die ineffektive medizinische Behandlung immer wieder verantwortlich gemacht (Göckenjan 1985, S. 383; vgl. z. B. zur Thematisierung des Alkoholkonsums unter Arbeitern und Armen im Rahmen der Sozialen Frage Henkel 1998). Kassenärzte behandeln Chroniker also, aber ihre Maßnahmen laufen medizinisch und wohl auch moralisch oft ins Leere.

Die Organisierung des Krankenkassensystems und die Regierung der Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung um 1900 stellt sich, so kann an den Thesen der geschichtswissenschaftlich-professionssoziologischen Forschung zur Kassenarztfraße orientiert argumentiert werden, in einer spezifischen, durchaus prekären Form der Sozialtechnologisierung und Medizinisierung⁷ der gesundheitlichen Lage breiter Gesellschaftsschichten dar. Diese Sozialtechnologisierung und Medizinisierung der arbeitenden Bevölkerungen zeitigt Effekte für das im gesellschaftlichen, wohlfahrtstaatlichen und gesundheitspolitischen Koordinierungsrahmen eingefügte Patientensubjekt: Der *Patient* wird unter Bedingungen der deutschen Krankenversicherung als *Versicherter* ein massenhaftes, durch die Instrumente des Sicherheitsdispositivs erfassbares und erfasstes *Kollektivsubjekt*, dem ein selbstverwaltungsrechtlich formalisierter und praktischer Zugang in den medizinischen Sektor – also vor allem in die Praxen der niedergelassenen Ärzte – ermöglicht wird. Es ist zudem nicht unwahrscheinlich, dass der Versichertenstatus dem Einzelsubjekt das Gefühl einer Existenzberechtigung in den Arztpraxen und Heilstätten verleiht – ein *Selbstbewusstsein*, das bei den Armenkranken und den Versicherten der kleineren Versicherungsanstalten und Solidargemeinschaften vor 1883 nicht in der Weise ausgeprägt sein konnte. Als *Erkrankter* ist der *Patient* jedoch immer noch und noch für lange Zeit ein Problem: Gerade chronisch Kranken, Effekte und Gestalten des gesundheitlichen Pauperismus, kann weder durch die Versicherungstechnologie der GKV noch durch das akutmedizinisch orientierte ärztliche Handeln selbst

rassenhygienischer Ideologien umgebaut (zum Überblick Süß 2011, S. 39ff.; vgl. Labisch/Tennstedt 1985).

7 Mit »Medinisierung« ist hier der Vorgang der Inkludierung ehemals sozialer und lebensweltlicher *topoi* in den prinzipiellen Sorgebereich der Medizin gemeint. Zum Begriff der Medizinisierung siehe DE3/168 und DE3/196.

geholfen werden: Sie überspringen zum einen nicht die Bemessungsgrenze für temporäre Erwerbsunfähigkeit, der ursprünglichen Kernleistung der Krankenversicherung, können also nie vollständig genesen, weil es ihnen mit ihren allgegenwärtigen ›Wehwehchen‹ im ihrem gesellschaftlichen Kontext nicht erlaubt ist und ihnen keine Krankentage gewährt werden.⁸ So sind die Menschen vielleicht körperlich abgenutzt, an Schmerzen leidend, haben eine Sucht oder eine Behinderung, sind aber nicht im Sinne der Sozialversicherung ein Krankheitsfall. Zum anderen bleibt die einzige, allerdings wenig effektive Lösung innerhalb des von der GKV geprägten Versorgungssystems die üppige Medikamentierung der angeblichen Blaumacher und Drückeberger,⁹ also der erkrankten Unterschichten – diese Form der Medizinisierung kann allerdings dem gesundheitlichen Pauperismus und der klassenspezifischen Physiologie der Arbeiterkörper, so die These von der somatischen Kultur der differenten Klassen,¹⁰ nur wenig anhaben (Göckenjan 1985, S. 392, 397). Die Frage danach, wie die ›normale‹, also regelhaft vorkommende Kranke nun *richtig regiert* werden soll, bleibt für längere Zeit systematisch unbeantwortet. Die Konstellation des massenhaft und chronisch erkrankten, sozial-technologisch jedoch kaum beherrschbaren Patientensubjekts wird sich weiterhin als Problem, allerdings unter historisch und problemspezifisch kontingenten Vorzeichen durch die Gesundheitssystemgestaltung, die Patientenversorgung und die Konzeptualisierung des Patientensubjekts hindurchziehen.

-
- 8 Wenn Krankentage aber gewährt und diese nicht zum Gesundwerden genutzt wurden (z. B. durch strenge Bettruhe), so gilt Simulantentum als erwiesen und es folgt die Disziplinarmaßnahme der Zwangshospitalisierung (Göckenjan 1985, S. 386; Guinnane et al. 2011, S. 416f.).
 - 9 Der Diskurs um den hypochondrischen und anspruchsvollen Kranken, der die Kosten des Gesundheitssystems explodieren lässt, ist bis in die Gegenwart virulent (Braun et al. 1998; Meusch 2011).
 - 10 Die These von der somatischen Kultur ist in Bezug auf die Kategorie Klasse sozial- und medizinhistorisch nur wenig untersucht worden. Das Konzept wurde in einer anderen Disziplin, nämlich in der Geschlechterforschung, und dort auch gelegentlich in Bezug auf die medizinische Behandlung, aufgegriffen (zur Übersicht Stein-Hilbers 1995). Das derzeitig erstarkende Projekt der Gendermedizin wiederum plädiert dafür, mit diesem Blick der Differenz, die in die Körper eingeschrieben ist, zugunsten einer besseren medizinischen Forschung affirmativ umzugehen. Es arbeitet unter der Prämisse, dass nicht (nur) biologisch-physiologische und genetisch-chromosomale Unterschiede einen geschlechtersensiblen medizinischen Umgang (z. B. die bessere Erforschung von ›Frauenkrankheiten‹) erfordern, sondern dass auch psychosoziale, biografische sowie sozio- und aufmerksamkeitsökonomische Risiken die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern unterschiedlich bestimmen (Regitz-Zagrosek 2018). Die sozioökonomische Positionierung von Erkrankten spielt derweil in der sogenannten *health disparities*-Forschung eine zentrale Rolle. Hier wird die Größe des sozialen Status (gemessen z. B. durch das Einkommen, das Bildungsniveau, die berufliche Stellung, vgl. Lampert/Kroll 2009) neben anderen Kategorien wie der Geschlechtszugehörigkeit, ethnischen Zugehörigkeit bzw. *race*, das Alter und andere Umweltfaktoren in die Beforschung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit einbezogen (Barr 2014). Die soziale und politische Ausdifferenzierung des Patientenkörpers in der epidemiologischen, gesundheitswissenschaftlichen und biomedizinischen Forschung (vgl. Gerhards 2021), wie sie bereits in der These von der somatischen Kultur der Arbeiterschaft und ihrer Medizinisierung (kritisch) angelegt ist, kann somit als ein weiteres Element des Wandels des Subjektkonzepts des Patienten angesehen werden, das an dieser Stelle zugunsten einer anderen genealogischen Linie allerdings nicht weiterverfolgt wird.