

I GESELLSCHAFTLICHE KONTEXTUREN DER KRANKENBEHANDLUNG

In diesem Kapitel geht es um die ausführlichere Beschreibung der für die Krankenbehandlung relevanten gesellschaftlichen Kontexturen (Recht, Wirtschaft, Medizin etc.). Diese sind mit der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft als autonome Funktionsbezüge entstanden, erzeugen jeweils eine spezifische systemische Typik und erscheinen als eindeutig rekonstruierbare Handlungsorientierungen mit einer jeweils eigenen Operationslogik. Zusammengekommen bilden sie eine polykontexturale Gesellschaft der Vielheit,¹ in der es keinen Ort einer übergeordneten Rationalität mehr gibt, von dem aus die Beziehungen der einzelnen Bezugssysteme entsprechend einer übergreifenden Reflexionsperspektive geordnet werden können.

Der Begriff der *Polykontexturalität* wurde mit Gotthard Günthers Programm einer mehrwertigen, nicht-aristotelischen Logik ins Spiel gebracht.² Innerhalb der Soziologie ist er insbesondere durch Niklas Luhmann prominent geworden. Luhmann begreift Gesellschaft bekanntlich als ein System, das darauf beruht, dass die Operation der Kommunikation weitere Kommunikationen auslöst und im Rahmen der gesellschaftlichen Evolution bestimmte Typiken der Kommunikation entstehen, die durch ihr Prozedere genau dieselbe Typik der Kommunikation reproduzieren. So kommt es innerhalb der Gesellschaft zu Recht, Wissenschaft, Politik und anderen autonomen Funktionssystemen, welche jeweils nach ihrer eigenen Logik und auf Basis eines eigenen spezifischen Codes operieren, um nun alles, was außerhalb ihrer Grenzen geschieht, hochselektiv entsprechend der eigenen Präferenzstruktur aufzugreifen oder zu ignorieren. Die moderne Gesellschaft erscheint mit Luhmann genau in diesem Sinne *polykontextural*, als dass nun unterschiedliche Systeme *heterarchisch* nebeneinander bestehen und in Beziehung zueinander treten. Aus der

- 1 Siehe im Sinne der hier entfaltenen Analyseinstellung eine ausführlichere Darstellung und Begründung der Konzeption der Polykontexturalität in Vogd (2010, Kapitel I).
- 2 Siehe zu einer gründlicheren Einführung Kurt Klagenfurt (2001), Rudolf Kaehr (1993) und vor allem auch Nina Ort (2007), darüber hinaus natürlich das Werk von Gotthard Günther. Siehe als Einstieg etwa Günther (1963).

jeweiligen Innenperspektive eines Funktionssystems können dann die Leitunterscheidungen der jeweils anderen Systeme negiert werden, was jedoch nicht ausschließt, dass entsprechend der eigenen Selektivität sehr wohl an die Kommunikationsangebote der anderen Systeme angeschlossen werden kann und muss.³

Schauen wir nun im Folgenden ausführlicher auf die Spezifika der unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen, welche die Krankenbehandlung konditionieren.

Medizin

Als gesellschaftliche Kontextur betrachtet stellt Medizin Kommunikation dar. Eine Krankheit tritt erst dann ins gesellschaftliche Leben, wenn sie als solche kommuniziert wird. Ein unbehandelter Bluthochdruck, eine Krebserkrankung oder eine Psychose bekommen erst dann kommunikative Relevanz, wenn sie entsprechend benannt werden. Zuvor mögen sie vielleicht als diffuse Befindlichkeitsstörung ins Bewusstsein gedrungen sein. Doch dies reicht nicht aus, soziale Prozesse in Hinblick auf koordinierte Bemühungen zur Krankenbehandlung zu instruieren. Dies wird erst möglich, wenn es gelingt, körperliche Prozesse in einen entsprechenden kommunikativen Kontext zu stellen, der dann gleichsam eine Sogwirkung ausübt, um andere kommunikative Prozesse zu konditionieren. Worin liegen nun die Besonderheit und die Motivationskraft der medizinischen Kommunikation?

Leicht wird übersehen, dass die Medizin ihre kommunikative Referenz nicht in der Gesundheit oder Heilung, sondern in der Behandlung des kranken Körpers hat. Dass viele der historisch und

3 »In unserem Kontext soll Polykontexturalität heißen: daß die Gesellschaft zahlreiche binäre Codes und von ihnen abhängige Programme bildet und überdies Kontextbildungen mit sehr verschiedenen Unterscheidungen (neuerdings sogar wieder: Männer und Frauen) anfängt. Auch die Logik bildet keine Ausnahme, sie kann aber ihren spezifischen Kontext in der Vereinfachung der Polykontexturalität sehen. Wenn dies unumgänglich ist, dann fungiert der eine Kontext als Rejektionsgesichtspunkt für die Unterscheidungen anderer, so zum Beispiel der politische Kontext Regierung/Opposition zur Rejektion der Unterscheidung wahr/unwahr. Das heißt nicht (bitte sorgfältig lesen!), daß die Werte bzw. Bezeichnungen anderer Kontexte nicht anerkannt werden, wohl aber, daß die eigene Operation sich nicht um deren Unterscheidungen bemüht – so wie die Politik natürlich hinnimmt (und sie wäre *politisch* schlecht beraten, täte sie es nicht), was die Wissenschaft als wahr bzw. unwahr herausfindet, aber nicht selbst zwischen diesen beiden Werten wählt« (Luhmann 1998c, 666).

auch heute noch angewendeten Heilverfahren nicht nur unwirksam, sondern sogar schädlich sind, hat die Verbreitung dieser Behandlungsmethoden nicht behindert. Auch die Bewegung Evidence Based Medicine hat nicht unrecht mit ihrer Klage, dass für viele der üblichen medizinischen Interventionen noch keine biostatistische Evidenz im Sinne kontrollierter – dem Popperschen Falsifikationspostulat folgenden – Studien nachgewiesen worden ist.⁴ Die Frage, wie es der Medizin gelingt, ihre Interventionen als angemessene Diagnose und Therapie zu plausibilisieren, ist also keineswegs eine triviale, denn die zunächst naheliegende Antwort ›weil sie heilt‹ stimmt nicht.

Im Sinne einer praxistheoretischen Wendung scheint die Medizin vielmehr vor allem eine Antwort auf das Bezugsproblem kranker Körper anzubieten. Die Kontextur der Medizin wird damit durch den *Code krank/gesund* aufgespannt. Die Krankheit ist instruktiv für die Medizin und führt entsprechend der eigenen Programme, welche die Umweltbeziehung der Medizin regeln, zu diagnostischen und therapeutischen Anschlüssen. Die *Gesundheit* stellt dabei, so Luhmann, den *Reflexionswert* dar, entsprechend dem die angewendeten medizinischen Maßnahmen ihren Sinn erhalten.⁵ Doch nur im Klassifizieren und Benennen von Krankheiten erzeugt die Medizin ein positives Wissen, an das sie ihre eigenen Operationen – also weitere Diagnostik und Therapie – anschließen kann. Der Bereich der Heilung bleibt für sie jedoch im Bereich des Nicht-Wissens, stellt also eine Sphäre der ausblendenden Komplexität dar. Um mit Hans Georg Gadamer zu sprechen: Auch für sie gilt das Primat der »Verborgenheit der Gesundheit«. ⁶ Dies stellt jedoch nicht die Rationalität der medizinischen Praxis in Frage, denn gerade die oben benannte kommunikative Engführung am *Code krank/gesund* erlaubt trotz der Ungewissheit der Gesundheit, eine distinguierte Krankenbehandlung anzuschließen, da entsprechend dem medizinischen Code der Wert *krank* indiziert, was zu tun ist.

Die hiermit gegebene Asymmetrie des Codes – nur die Krankheit hat für das System Instruktionwert – ist von verschiedener Seite kritisiert worden; bzw. man hat zumindest eine Öffnung des Systems hinsichtlich einer ›Gesundheitsgesellschaft‹ vermutet, welche nun neben der Krankheit auch die Salutogenese zum Ausgangspunkt der Operationen des Versorgungssystems machen würde.⁷ Einige Autoren vermuten gar einen generellen Trend in Richtung einer ›Gesundheitsgesellschaft‹.⁸

4 Vgl. Sackett et al. (1999).

5 Luhmann (1990).

6 Gadamer (1993).

7 Siehe zum Überblick Pelikan (2007).

8 Vgl. Bauch (1996) und im Sinne einer politischen Programmatik Kickbusch (2006).

Im Sinne einer praxeologischen Perspektive empfiehlt es sich jedoch, vor allem auf die Logik der Praxis zu schauen, anstelle vor schnell den Vorstellungen gesundheitswissenschaftlicher Diskurse zu folgen. Richtunggebend bleibt hier mit Luhmann weiterhin die Frage: »wonach richten sich die Ärzte?«.⁹ Doch hier, innerhalb der medizinischen Praxis, lautet die Antwort weiterhin: »Ärzte richten sich nach diagnostischen Befunden. ›Kein Befund‹ bzw. ›Befund negativ‹ ist für sie nicht instruktiv. Bestenfalls ergibt sich hieraus der Ansporn, weitere Diagnostik zu betreiben, um dann gegebenenfalls doch noch zu einem ›positiven Befund‹ zu gelangen, an den sich dann bei Bedarf Therapieoptionen anschließen lassen. Dies würde dann gar mit Pelikan (2009) zu einer Radikalisierung des Codes auf die beiden Werte *krank/nicht krank* führen, die der ärztlichen Praxis empirisch noch stärker angeschmiegt ist als die ursprüngliche Luhmannsche Fassung des medizinischen Codes.

Erst mit dieser strengen Engführung auf ›Krankheit‹ entsteht eine distinktive Engführung der medizinischen Kommunikation, mit der dann andere gesundheitsrelevante Orientierungen wie z. B. ›Evidenzbasierung der angewandten Verfahren‹ oder auch die ›Orientierung an gesundheitsfördernden Lebensstilen‹ zwar nicht prinzipiell aufgehoben sind, jedoch aufgrund des Primats der medizinischen Praxis recht leicht ausgeblendet werden können.

Eine besondere Plausibilisierung des medizinischen Codes im oben genannten Sinne ergibt sich durch die Durch- und Vordringlichkeit von Krankheit und Schmerz, wodurch gleichsam ein Kollaps von Zeithorizonten zulasten alternativer Sinnofferten entsteht. Da sofortiges Handeln geboten ist, wird innerhalb der unmittelbaren Praxis eine weitergehende Reflexion des übergeordneten Sinns der vollzogenen Aktionismen blockiert.¹⁰

Codes stellen ein abstraktes Schema dar und benötigen entsprechend programmatische Spezifizierungen, um in Entscheidungen zu konkreten Handlungsoptionen einmünden zu können. Diese Programme legen Kausalrelationen fest. *Inputorientierte Entscheidungsprogramme* – Luhmann spricht hier von *Konditionalprogrammen* – benennen jeweils konkrete Bedingungen, auf die dann entsprechende Konsequenzen zu folgen haben. Demgegenüber beruhen *outputorientierte Zweckprogramme* auf festgelegten Zweck-Mittel-Relationen, mit denen bestimmte Projekte verfolgt werden können.¹¹

Für medizinische Behandlungsregimes, die angesichts unvorhersehbarer Krankheitsverläufe oft auch mit Misserfolgen ihres therape-

9 Luhmann (1983b).

10 Vgl. Luhmann (1983b, 261f.).

11 Luhmann (2000c).

peutischen Handelns konfrontiert werden, empfiehlt es sich, Konditionalprogramme zu verwenden, d. h. die internen Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Arbeit nicht an den Therapieausgang, sondern an die Therapievollzüge zu koppeln. Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, mag zwar bei der Therapieentscheidung durchaus mitreflektiert werden, instruiert jedoch nicht die Optionen, welche eine onkologische Klinik konkret anbieten kann. Wichtiger erscheint hier vielmehr, dass man zu einer Diagnose kommt und dann entsprechend Behandlungsverfahren für das Problem einer festgestellten Erkrankung anzubieten hat.¹²

Die Eigenwerte des medizinischen Codes und der sie umsetzenden Entscheidungsprogramme laufen damit nicht unbedingt auf ein Maximum an Heilung hinaus, sondern zunächst einmal nur auf eine Maximierung von Medizin. Man mag dies aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive kritisieren und stattdessen Versorgungsstrukturen einfordern, die dann etwa mehr auf präventive Konzepte setzen.¹³ Dies hebt jedoch nicht die Selbstinstruierung der Krankenbehandlung durch den asymmetrischen medizinischen Code aus, der insbesondere unter Zeitnot und knappen Ressourcen andere Prioritäten setzen lässt.

An dieser Stelle ist auf eine weitere Konsequenz der Engführung durch den medizinischen Code hinzuweisen. Wie jedes Funktionssystem ist auch die Medizin tendenziell auf die Ausdehnung ihrer Leistungsbereiche, also auf unbegrenztes Wachstum hin ausgerichtet.¹⁴ Es gibt keinen innermedizinischen Grund, der dafür sprechen würde, die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Opti-

12 Die vielfach unter Anfängern zu hörende Selbstironisierung ›Operation erfolgreich, Patient tot‹ pointiert den programmatischen Handlungsbezug. Das Konditionalprogramm legt fest, was zu tun ist bzw. auch in Zukunft wieder zu tun ist und wo man besser nicht so genau hinschauen sollte. In diesem Sinne bestimmen Entscheidungsprogramme das, auf was eine Organisation zu achten hat, was sie intern als Aufgabe repräsentieren soll, was sie sich merken soll: »In beiden Formen, als Konditionalprogramme und Zweckprogramme, strukturieren Entscheidungsprogramme das Gedächtnis des Systems. Sie haben den für die Gedächtnisbildung unerlässlichen Vorteil, gut dokumentiert zu sein. Sie entscheiden darüber, was aus der Fallpraxis des Systems erinnert wird und was vergessen werden kann« (Luhmann 2000c, 275).

13 Diese Perspektive wurde dann zum Forschungsprogramm der seit den 90er-Jahren auch in Deutschland vermehrt eingerichteten Public Health Institute. Vgl. Schwartz/Badura et al. (1998).

14 Luhmann (1983a).

onen zu begrenzen. Seien es molekularbiologisch auf individuelle Patienten maßgeschneiderte Therapieprogramme,¹⁵ eine leistungsstärkere Gendiagnostik oder vielleicht sogar die Einsicht, dass soziale Faktoren krank machen können und entsprechend diesbezügliche diagnostische und therapeutische Programme angeschlossen werden sollten – erst die dem Medizinsystem externen Umwelten limitieren aufgrund begrenzender Ressourcenflüsse und politisch-rechtlichen Machbarkeitsgrenzen die Ausdehnung des medizinischen Funktionsprimats.

Die Engführung der Medizin auf die Kontextur des medizinischen Codes darf hier nicht in der Weise missverstanden werden, dass die Krankenbehandlung im Allgemeinen und die ärztliche Tätigkeit im Besonderen hierdurch hinreichend charakterisiert werden. Interaktion, Organisation und ärztliche Profession werden hierdurch jedoch in einer spezifischen Weise auf den medizinischen Blick (Foucault) eingeführt, was dann nicht ausschließt, dass erfahrene Ärzte in der Lage sind, die hiermit erzeugte Selektivität im Einzelfall zugunsten eines ganzheitlicheren Klientelbezugs situationsbezogen wieder einzuklammern zu können.¹⁶

Pflege

Von der Pflege als einer eigenständigen systemischen Kontextur zu sprechen, macht nur Sinn, wenn wir einen eigenen Code entdecken können, entsprechend dem sich Pflege als semantische Form trennscharf als ein spezifischer und eigener Funktionsbezug identifizieren kann, der sich in Hinblick auf die semantische Form und kommunikative Selbstplausibilisierung hinreichend von der Medizin unterscheidet.

Betrachtet man die konkrete Tätigkeit von Pflegekräften im Krankenhaus, etwa in einer chirurgischen Abteilung, so wird deutlich, dass ihre Arbeit vielfach auch in paramedizinischen Tätigkeiten besteht bzw. in Aufgaben, welche unmittelbar dem Funktionsbe-

- 15 Siehe zur Diskussion der Möglichkeiten und Voraussetzungen der personalisierten Medizin im Deutschen Ärzteblatt Hempel (2009), den hierdurch gesteigerten technischen Ansprüchen Krüger-Brand (2009) sowie den hierdurch erzeugten neuen Kontingenzen, die dann wiederum nur noch durch ärztliche Arbeit bewältigt werden können, Kollek (2009).
- 16 Siehe zu einer diesbezüglichen Differenz von medizinischer und ärztlicher Haltung die Studie von Wettreck (1999).

zug der Medizin dienen. Fieber messen und andere diagnostische Routinedaten erheben, die Patientenkurve pflegen, Medikamente austeilten, die Befindlichkeit der Patienten im Blick haben und ggf. den Arzt herbeirufen – all dies gehört zu Tätigkeiten, die im Sinne des medizinischen Codes weiterhin primär an der Krankheit orientiert sind. Auf den ersten Blick scheint vor allem im Akutkrankenhaus die Falltrajektorie der »social organization of medical work«¹⁷ keinen Raum für eine semantische Selbstbestimmung der Pflege zu bieten. In diesem Sinne ließe sich dann zwar feststellen, dass sich die Aufgaben von Pflegekräften und Ärzten in vielerlei Hinsicht unterscheiden mögen,¹⁸ jedoch in der Verkettung des arbeitsteiligen Prozesses der Krankenbehandlung zu einer nahtlosen Einheit finden.

Die Integration pflegerischer Tätigkeiten in den medizinischen Funktionsbezug steht nicht im Widerspruch dazu, dass im Rahmen der Professionalisierung der Pflege eine weitgehende Trennung der ärztlichen und pflegerischen Teams in zwei jeweils getrennte Stäbe erreicht wurde, die jeweils über eigene formelle und informelle Hierarchien verfügen und deren Autonomisierung sich auch in den formalen und organisatorischen Prozessen vollzogen hat.¹⁹

Stationsarzt Ebeling: ... Sagt dann eine Schwester, als ich mir ein Brötchen nehmen wollte: »Erst die Schwestern frühstücken lassen«

Stationsarzt Weinert: ... Das ist ein Ton hier den Ärzten gegenüber ... wir sind hier nur die Sklaven ... sobald ein bisschen Spannung ist, sind die total auf Krieg

Beobachtung auf einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, S. 169)

Der Pflege als einer eigenständigen semantischen Kontextur kann man sich erst annähern, wenn man all jene Tätigkeiten einklammert, welche direkt oder indirekt diagnostischen oder therapeutischen Vollzügen dienen, und schaut, was dann als spezifisch Pflegerisches

17 Strauss et al. (1997).

18 Mit Rohde (1974, 294) kommen der Pflege dann insbesondere folgende Aufgaben zu: die *physische Pflege* (1), die unterstützende *emotionale Versorgung* (2), die *Patientenerziehung* (3) und die *kommunikative Vermittlung* zwischen medizinischer und Laienwelt (4), des Weiteren – worauf dann insbesondere Strauss (1998, 106ff.) hingewiesen hat – die *Kontrolle von Lebensfunktionen und Patientenverhalten* (5).

19 In der Patientenakte findet sich getrennt sowohl eine ärztliche als auch eine Pflegedokumentation und hiermit wird dann auch auf inhaltlicher Ebene deutlich, dass die Pflege nicht mehr dem ärztlichen Bereich untergeordnet ist, sondern einen eigenständigen Anteil am Heilungsprozess innehat. Siehe auch Rohde (1974, 292).

übrig bleibt. Insbesondere in den Bereichen, wo man medizinisch nichts mehr tun kann, also eine Körperveränderung nicht mehr plausibilisiert werden kann, deutet sich ein originärer Funktionsbezug der Pflege an. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Körper durch Alter, Unfall oder Krankheit irreversibel beeinträchtigt oder geschädigt worden sind bzw. langsam in die Phase des Sterbens übergehen. In der Regel überlässt man Körper selbst dann nicht einfach sich selbst, wenn – wie im Falle des Wachkomas – von einem unwiederbringlichen Verlust der Bewusstseinsaktivität auszugehen ist.²⁰

All dies spricht dafür, dass Pflege kommunikativ etwas anderes leistet als die Medizin. Während Letztere Krankheiten kultiviert, indem sie diese lesbar und behandelbar macht, scheint Erstere ihr Bezugsproblem mehr in der Frage nach der Kontinuität von Personalität zu finden. Wenn man den Begriff der Person nicht innerpsychisch versteht, sondern mit Goffman²¹ von der sozialen Rolle her denkt, kann man ihn im Sinne des lateinischen Wortes *persona* auch als ›Maske‹ begreifen,²² die eine soziale Identität gewährleistet, ohne dabei genauer hinschauen zu brauchen, was sich dahinter verbirgt.

Genau dies leistet Pflege. Sie stellt sicher, dass der gepflegte Körper seine Rollenförmigkeit trotz offensichtlicher physiologischer und psychischer Zerfallsprozesse behält. Sie sorgt dafür, dass etablierte soziale Adressen (z. B. Mütter, Väter, Freunde) als solche wiedererkannt und kommunikativ adressiert werden können, ohne dabei gleichzeitig die körperlichen und geistigen Defizite aktualisieren zu müssen.

In diesem Sinne ist dann auch Behrens zuzustimmen, wenn er den Code der Pflege in der Dichotomie »gepflegt/ungepflegt« vermutet.²³ Pflegen heißt in diesem Sinne auf der Ebene der Personalität *Normalität* zu generieren. Gekämmte Haare, nicht zu viel stinken, nicht zu sehr abgemagert sein, saubere Kleidung, keine Druckgeschwüre, die Nachtruhe einhalten und geistige Störungen nicht allzu offensichtlich werden zu lassen, sind nun die Indikatoren, welche ein hinreichendes Gepflegt-Sein zum Ausdruck bringen.

Gepflegt ist offensichtlich besser als ungepflegt, doch wie jeder Code erzeugt auch der Pflegecode eine totalisierende Weltansicht, die mit anderen Semantiken in Konflikt geraten kann. Zu nennen ist

20 Hier werden dann mit Lindemann (2002) die Grenzen des Sozialen verhandelt, denn inwieweit die Eigenaktivitäten des Körpers als Hinweis genommen werden, dass da noch etwas anderes ist, lässt sich nicht medizinisch, sondern nur sozial bestimmen.

21 Goffman (2000).

22 So dann auch Thomas Fuchs (2002).

23 Behrens (2005).

hier zum einen die autonome Lebenspraxis der Gepflegten. Alte Menschen auf einen Sterbeprozess zulaufen zu lassen, indem man ihnen gestattet, die Nahrungsaufnahme zu verweigern, steht im Widerspruch zum Anspruch, einen hinreichend ernährten Körper vorweisen zu können. Demenzkranke Menschen mit Neuroleptika und Gürteln ruhigzuhalten, steht in Konflikt mit einer Freiheitssemantik, die Menschen auch in dieser Lebensphase mehr an Eigenaktivitäten zugestehen mag.²⁴

»Eine forsche Krankenschwester erzählt, daß sie zu der Patientin geht und sie bittet, ihre Schmerzenslaute zu dämpfen; sagt, daß die anderen das auch tun, aber wir sollten das überprüfen. Sie tut das, weil ›ich denke, wenn die Patientin schreit, dann werden die anderen denken, ich kümmere mich nicht um sie – das heißt Personal und Patienten. Und wenn ich sie weiterschreien lasse, wird jemand kommen und sie zu beruhigen versuchen‹, das würde auch bedeuten, daß man diese Krankenschwester für inkompetent hält. Deshalb sieht sie die Kontrolle der Schmerzäußerungen als Teil ihrer Hauptarbeit.«

Anselm Strauss (1998, III)

Die Zivilisierung der Person durch die Pflege heißt nicht, dass damit auf der Verstehens Ebene eine Beziehung zum Gepflegten geknüpft wird, die seinen Bedürfnissen – was immer das auch heißt – gerecht werden kann. Dieses Ideal wurde nicht einmal in der alten karitativen christlichen Pflege verwirklicht, denn auch hier stand ein Dienst an Gott im Vordergrund, der sich an einem abstrakten gottgegebenen Rollenmodell orientierte – mit all den damit verbundenen Zwangselementen –, keineswegs jedoch an der emanzipativen Vorstellung einer entfesselten Individualität, auf dessen Bedürfnisse Rücksicht genommen werden müsste.²⁵

Zum anderen kann – insbesondere in akutmedizinischen Behandlungskontexten – ein Konflikt zwischen den durch den medizinischen und den pflegerischen Code aufgeworfenen Orientierungen auftreten. Intervenierende medizinische Heilungsversuche haben in Bezug auf das Körperbild des Patienten oftmals einen entstellenden Charakter. Der durch unterschiedliche Schläuche und Drähte verkabelte, durch aggressive Therapeutika angegriffene (man denke etwa an Chemotherapien) und durch heroische chirurgische Eingriffe entstellte Körper entspricht nicht dem Bild der gepflegten Person. Im Falle terminal erkrankter Patienten wird aus pflegerischer Perspektive entsprechend mehr die Würde des Patienten pointiert

²⁴ Vgl. Gronemeyer (2009).

²⁵ Klitzing-Naujoks (1992).

und man präferiert entsprechend eher palliative, die Integrität der Persönlichkeit wahrende Behandlungsregimes, während mit Blick auf die Selbstinstruktion des medizinischen Codes die Option der Maximaltherapie weiterhin instruktiv bleibt.

Codes stellen abstrakte semantische Formen dar, die sich gesellschaftlich plausibilisieren und die Möglichkeitsräume aufwerfen, in denen Handlungsorientierungen bevorzugt einrasten können. Auf konkrete Interaktionszusammenhänge hin angewendet, in denen Ärzte und Pflegekräfte agieren, kann entsprechend nicht von einer Identität von Code und ärztlicher bzw. pflegerischer *Profession* ausgegangen werden. Auch Ärzte können beispielsweise im Falle terminal erkrankter Patienten der Pflege gegenüber der Medizin den Vorrang einräumen. Ebenso können Pflegekräfte, wie zu Anfang dieses Kapitels pointiert, sehr stark in medizinale Handlungsräume involviert sein. Darüber hinausgehend mag die Pflege im Versuch ihrer weiteren Professionalisierung gar ein wichtiges Ziel darin entdecken, den Patienten in Hinblick auf seine eigenen Autonomiepotenziale zu verstehen und entsprechend enaktierend zu unterstützen, um dann im Grenzbereich von Prävention, Sozialarbeit und Psychotherapie neue Aufgaben zu finden.

All dies steht jedoch nicht im Widerspruch zu dem Befund, dass die Kontextur ›gepflegt/ungepflegt‹ weiterhin kommunikativ selbstinstruierend bleibt und im Feld wie auch im Umfeld der Krankenbehandlung eine wichtige Eigendynamik entfaltet. Gerade auch in Hinblick auf knappe personelle Ressourcen lässt sich für eine diesbezüglich instruierte Pflegekommunikation ein stabiler Eigenwert finden, der in Anbetracht körperlicher und geistiger Zerfallsprozesse weiterhin gepflegte soziale Identitäten produzieren lässt. Dies mag dann zwar mit Blick auf die vielerorts zu hörende Kritik an den Zuständen in Pflegeeinrichtungen aus unterschiedlichen Perspektiven nicht befriedigend sein, jedoch ausreichend, um Pflegebedürftige an entsprechende Institutionen übergeben zu können. Die soziale Adresse der gepflegten Person bleibt als Maske erhalten.

Wissenschaft

Zweifellos steht die Entwicklung der modernen Medizin in einer engen Beziehung zur Wissenschaft – dies steht hier außer Frage. Doch in Bezug auf handlungsleitende Orientierungen und Codes gibt es hinsichtlich der Logik der Praxis entscheidende Unterschiede zwischen diesen beiden Sphären. Dies ergibt sich allein schon aus den unterschiedlichen Zeitverhältnissen, unter denen medizinische und wissenschaftliche Praxen operieren. Während die Medizin durch das

Primat der Krankheit unter unmittelbarem Handlungs- und Entscheidungsdruck steht, kann der Wissenschaftler diesbezüglich handlungsentlastet seine Modelle auf weite Zeithorizonte ausdehnen und seine Handlungsempfehlungen auf das Ergebnis langfristig angelegter Studien verschieben.²⁶ Zudem – hierauf hat insbesondere Rudolf Stichweh hingewiesen – erzeugen die ›Experten‹ der akademischen Disziplinen ein Wissen »eines relativ esoterischen Typs«, da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor)Bedingungen generieren. Es hat zwar oft »wissenschaftlichen Status«, ist aber »dennoch in entscheidender Sicht insuffizient«, denn: »der Tendenz nach gibt es eine *Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen*, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen«.²⁷

Als Kontextur gewinnt die Wissenschaft ihre Eigenständigkeit, indem sie ihre Kommunikation am *Code wahr/falsch* entlangführt. Wissenschaft geht es weder um Glauben, noch um die politische Wirksamkeit von Rhetorik, noch darum, Leiden zu lindern. All dies kann zwar auch im Alltag von Wissenschaftlern durchaus eine Rolle spielen,²⁸ doch ihre kommunikative Selbstidentifikation, welche die Wissenschaft von den anderen Funktionssystemen unterscheidet, gewinnt sie aufgrund ihrer *Wahrheitsansprüche*. Mit dem zu Beginn der Moderne noch vorherrschenden positivistischen Wissenschaftsverständnis erschien die Produktion von Wahrheiten noch weitgehend unproblematisch, da man hier einfach nur zu schauen hatte, wie es sich in der ›Realität‹ eben verhält.

Doch wie insbesondere Karl Popper mit seiner Analyse des Problems der Induktion gezeigt hat, führt der positivistische Verweis auf das Wahrgenommene zu keiner sicheren Erkenntnis in Bezug auf die Kausalverhältnisse der Wirklichkeit. Ob beispielsweise der Wirkstoff eines Medikamentes wirklich heilt, »nur« die Placebowirkung zur Geltung kommt oder die Gesundung einfach durch natürliche Selbstheilungskräfte zustande gekommen ist, lässt sich durch den positiven Sachverhalt einer Beobachtung nicht beweisen. Allein die Falsifizierung von Hypothesen – so der Befund von Popper – ist als logisch konsistente Operation möglich.²⁹

26 Vgl. zur fundamentalen Differenz von Wissenschaft und ärztlicher Praxis auch Oevermann (1990).

27 Stichweh (1987, 228).

28 Auch hier gilt dann der Befund einer polykontexturalen Gesellschaft. Dass man wissenschaftlich arbeitet, schließt nicht aus, die wirtschaftlichen, wissenschaftspolitischen, ästhetischen und persönlichen Aspekte seines Tuns mit zu bedenken.

29 Popper (2007).

Die Poppersche Wendung hat massive erkenntnistheoretische Konsequenzen. Streng genommen ist es nun nicht mehr möglich, die Wissenschaftstheorie und die hieraus abgeleitete Methodologie – gleich einem »Gottesaugenstandpunkt«³⁰ – außerhalb des Forschungsprozesses zu setzen.³¹ Das Verhältnis von wissenschaftlicher Beschreibung und Realität wird hiermit prekär, denn es drängt sich nun der Verdacht auf, dass man es vielleicht grundsätzlich nur noch mit Konstruktionen zu tun habe, also Wissenschaft eben nur noch eine »Weise der Welterzeugung« unter anderen darstellt.³² Die Naturwissenschaften können das Korrespondenzproblem zwischen Modell und Realität zwar auch nicht generell lösen, doch haben sie die Möglichkeit, durch lokale Eingrenzung der Kontextvariablen hinreichend stabile Fakten zu erzeugen, die sich dann entsprechend eindeutig modellieren lassen. Das Medium hierzu ist das Experimentalsystem. Indem Forschung sich auf ihre eigenen operativen Prozesse beschränkt, kann sie die ontologisch prekäre Frage, was denn nun wirklich der Fall sei, umgehen. Aussagen in Bezug auf die Korrespondenz von Modell und Wirklichkeit sind dann zumindest für

30 Hilary Putnam (1991).

31 Darüber hinaus kann Forschung unter diesen Bedingungen nicht mehr den kognitiven Leistungen einzelner Akteure zugerechnet werden – diese irren sich in zu vielen Fragen –, sondern kann nun als ein überpersonales Kommunikationssystem der kontinuierlichen Evaluierung verstanden werden, das den Horizont und die kognitiven Möglichkeiten einzelner Forscherpersönlichkeiten überschreitet: »Es ist gänzlich verfehlt anzunehmen, daß die Objektivität der Wissenschaft von der Objektivität des Wissenschaftlers abhängt. Und es ist gänzlich verfehlt zu glauben, daß der Naturwissenschaftler objektiver ist als der Sozialwissenschaftler. Der Naturwissenschaftler ist ebenso parteiisch wie alle anderen Menschen, und er ist leider – wenn er nicht zu den wenigen gehört, die dauernd neue Ideen produzieren – gewöhnlich äußerst einseitig und parteiisch für seine eigenen Ideen eingenommen. Einige der hervorragendsten zeitgenössischen Physiker haben sogar Schulen gegründet, die neuen Ideen einen mächtigen Widerstand entgegensetzen. [...] Was man als wissenschaftliche Objektivität bezeichnen kann, liegt einzig und allein in der kritischen Tradition, die es trotz aller Widerstände so oft ermöglicht, ein herrschendes Dogma zu kritisieren. Anders ausgedrückt, die Objektivität der Wissenschaft ist nicht eine individuelle Angelegenheit der verschiedenen Wissenschaftler, sondern eine soziale Angelegenheit ihrer gegenseitigen Kritik, der freundlich-feindlichen Arbeitsteilung der Wissenschaftler, ihres Zusammenarbeitens und auch ihres Gegeneinanderarbeitens. Sie hängt daher zum Teil von einer ganzen Reihe von gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen ab, die diese Kritik ermöglichen« (Popper 1972, 112f.).

32 Nelson Goodman (1990).

den Geltungsbereich eines Experimentalsystems zulässig, denn dieses bindet die komplexen Reflexionsverhältnisse moderner Wissenschaft immer wieder an ein konkretes Produktionsverhältnis zurück.³³ Der Wissenschaftler fabriziert mit seinen spezifischen Laboranordnungen nun gewissermaßen sowohl seine Erkenntnisse als auch jene neuen Fragen, die dann durch weitere Versuche in neue Erkenntnisse überführt werden können.³⁴

Auch die medizinische Wissenschaft kann sich unter diesen Voraussetzungen recht gut ausdifferenzieren, um eine nahezu unüberschaubare Flut wissenschaftlicher Ergebnisse hervorzubringen. In Bezug auf den Transfer zwischen Wissenschaft und ärztlicher Praxis und umgekehrt ist der Graben zwischen diesen beiden unterschiedlichen Praxisformen – der Genese biomedizinischen Wissens und der klinischen Anwendung diagnostischer und therapeutischer Fähigkeiten – immer größer geworden. Während vor 200 Jahren mit der ›Geburt der Klinik‹ der Konnex von Forschung und Praxis auch durch die Personalunion einer verbundenen Praxis noch überdeutlich war – der Universitätsmediziner hatte eine Idee und probierte diese am Patienten aus –, setzt heutzutage die Verwertung wissenschaftlichen Wissens als klinisch verwertbare Erkenntnis komplexe Reflexions- und Transferprozesse voraus. Physiologische und biochemisch orientierte Grundlagenforschung, die Entwicklung neuer Medizintechnologien sowie die auf den Behandlungserfolg schauende klinische Forschung stellen nun auch organisatorisch unterschiedliche Sphären medizinischer Wissenschaft dar. Darüber hinaus sind eigenständige Institutionen der Wissensorganisation entstanden, welche die unterschiedlichen klinischen Studien dann ihrerseits zu Metaanalysen bündeln, um dann wiederum in Kooperation mit klinischer Expertise Handlungsempfehlungen für die ärztliche Praxis ableiten zu können.³⁵

In den angloamerikanischen Ländern ist auch auf universitärer Ebene schon längst eine deutliche professionelle Trennung zwischen den klinischen und wissenschaftlichen Eliten vollzogen worden. Die alte Humboldtsche Konzeption, Lehre, Forschung und klinische Praxis im Universitätsprofessor in Personalunion zu vereinen, ist praktisch nur noch im deutschsprachigen Raum anzutreffen, wenngleich

33 Siehe zu der Rolle von Experimentalsystemen Rheinberger (2006).

34 Diese »Fabrikation von Erkenntnis« (Knorr-Cetina 1991) ist dann ihrerseits hochgradig kontextabhängig und durch entsprechende ›Zufälle‹ konditioniert zu sehen.

35 Man denke hier etwa an die Cochrane Collaboration, die in systematischer Weise mit der Bewertung von klinischen Studien beschäftigt ist (www.cochrane.org/).

auch hier aus innerwissenschaftlicher Perspektive längst erhebliche Zweifel an der Funktionalität dieses Arrangements angemeldet worden sind.³⁶

Doch selbst wenn Forscher und Kliniker noch in einer Person vereint sind, sind hiermit die Divergenzen in den Handlungsorientierungen, die sich jeweils aus medizinischer und wissenschaftlicher Kontextur ergeben, nicht aufgehoben, sondern führen zu recht unterschiedlichen Praxen, die in jeweils unterschiedlichen Rollensegmenten zu bedienen sind.

Medizin als angewandte Disziplin muss die Komplexität, die durch die Wissenschaft aufgeworfen wird, wieder reduzieren – allein schon, damit ihre Akteure (und Systeme) handlungsfähig bleiben. Andererseits hat sie es in ihrer Praxis mit einer lebensweltlichen Komplexität zu tun, die wiederum von Wissenschaft nicht abgebildet werden kann.³⁷ Entsprechend Luhmanns Diktum, dass es »unter den gegebenen Bedingungen eben sehr viel leichter [ist], Konstruktionen zu entwerfen und nachzuvollziehen als richtige Realitätswahrnehmungen zu behaupten und durchzusetzen«,³⁸ muss in der Praxis der Pfad der wissenschaftlichen Tugend auch in einer Medizin, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnis gründet, im Sinne pragmatischer

36 Im internationalen Maßstab bildet die derzeit in Deutschland gepflegte Einheit eher die Ausnahme gegenüber anderswo längst ausdifferenzierten Verhältnissen und die Beschränkungen dieses Modells werden immer offensichtlicher. So sprach die ›DFG-Denkschrift Klinische Forschung‹ von 1997 im Hinblick auf das wissenschaftliche Standbein der bundesdeutschen universitären Medizin gar von »nicht-qualitätskontrollierter ›pro forma‹-Forschung in den medizinischen Fakultäten ohne wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und ohne eine weiterführende akademische Zielsetzung« und stellt fest, dass an den medizinischen Hochschulen im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum in der Regel keine institutionellen Einheiten bestehen, die sich hauptamtlich mit klinischen Studien beschäftigen (DFG-Denkschrift Klinische Forschung, Download 15.8.1998: www.dfg.de/aktuell/download/klinische_forschung.html).

37 Generell zeigen sich große Schwierigkeiten bei der Implementierung so genannter evidenzbasierter Leitlinien (siehe etwa Aust et al. 1999; Butzlaff et al. 2002; Davis et al. 1996; Geraedts et al. 2002; Gerlach et al. 1998; Gooris et al. 1997; Grilli/Lomas 1994). Bemerkenswerterweise scheint mancherorts die Intuition als sinnvoller Erkenntnismodus medizinischen Handelns rehabilitiert zu werden. Nicht nur in alternativmedizinischen Kreisen (vgl. Ausfeld-Hafter 1999), sondern auch in akademischen Zirkeln wird dieser spezielle – als Soziologe möchte man sagen: habitualisierte – Erkenntnismodus mittlerweile ernst genommen (siehe etwa Abernathy/Hamm 1995; Gross/Lorenz 1990).

38 Luhmann (1998c, 634).

Abkürzungen, die im Angesicht von Krankheit Handlungsfähigkeit sicherstellen können, wieder verlassen werden.

In Hinblick auf die medizinwissenschaftliche Bearbeitung der sich hieraus ergebenden Inkongruenzen ergibt sich eine ›verschachtelte‹ Kette von Reflexionsversuchen, um auch im Wissen um die Divergenz zwischen Klinik und Wissenschaft dem Anspruch einer wissenschaftlich begründeten medizinischen Praxis treu zu bleiben.

Die auf physikalischem, physiologischem und chemischem Wissen begründete Schulmedizin wurde im Rahmen der *evidence based medicine* in eine epidemiologische Reflexionsschleife eingebettet, da die Plausibilität der naturwissenschaftlichen Modellierung der Krankenbehandlung nicht mit dem tatsächlichen Erfolg der hieraus abgeleiteten Interventionen einhergehen muss.³⁹

Die durch kontrollierte Studien nachgewiesene ›evidence‹ bestimmter medizinischer Interventionen wird im Rahmen der ›Versorgungsforschung‹ in eine prozessanalytische Reflexionsschleife eingebettet, da sich zeigt, dass ein theoretisch wirksames Verfahren nicht unbedingt unter den Alltagsbedingungen von Organisationen in sinnvolle medizinische Interventionen und Arbeitsweisen übersetzt werden kann.⁴⁰

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen in verschiedenen westeuropäischen Ländern unterscheidet sich fast um den Faktor 2, nämlich etwa 100 pro 1 000 Einwohner in den Niederlanden und 180 pro 1 000 Einwohner in der Bundesrepublik.

Der Arzneimittelverbrauch liegt in Frankreich etwa doppelt so hoch wie in Deutschland und in Deutschland etwa doppelt so hoch wie in Dänemark.

Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist in Deutschland, Italien und Japan mit ca. 12 doppelt so hoch wie in den USA, Frankreich, Belgien und Großbritannien mit 5 bis 6. [...]

Die Operationsfrequenzen, auch von größeren Eingriffen wie koronare Bypassoperationen, Hysterektomien, Kaiserschnitten, Arthroskopien etc. zeigen eine deutliche Abhängigkeit insbesondere von der Zahl der Leistungserbringer. Sie variieren, wie auch Leistungszahlen in der Strahlentherapie, um den Faktor fünf in verschiedenen Versorgungsregionen.

Solche Unterschiede sind nicht mit der Vorstellung der Medizin als einer Wissenschaft vereinbar, in der das Leistungsgeschehen in strenger

39 Etwa in Hinblick auf Mortalität und/oder Lebensqualität operationalisiert.

40 Siehe zu einer diesbezüglichen Grundlegung der Versorgungsforschung Schwarz und Scriba (2006).

Gesetzmäßigkeit von patientenseitigen Bedürfnissen und dem technischen Stand der Kunst bestimmt wird. Sie sind zurückzuführen auf die außermedizinischen Rahmenbedingungen«.

Michael Martin Arnold (1998, 7), 1988-1992 Vorsitz des Sachverständigenrates.

Die derzeitige Versorgungsforschung könnte demgegenüber wieder in sozialpsychologische Reflexionsschleifen eingebettet werden, welche den kommunikativen Charakter der Medizin zu berücksichtigen wissen, um dann beispielsweise Fragen der Compliance angemessener angehen zu können.⁴¹

Wie auch immer, allein schon aufgrund der unterschiedlichen Zeithorizonte und aufgrund der Tatsache, dass Krankheitserreger, Krankheitsverteilungen, Organisationen und andere Faktoren der Krankenbehandlungen einer ständigen Veränderung unterliegen, bleibt die Divergenz zwischen den jeweils (klinischen) Logiken der Praxis und den (wissenschaftlichen) Theorien über eben diese Praxen unhintergebar. In Anbetracht der Komplexität von Körpern, Organisationen und Gesellschaft bleibt wissenschaftliche Modellbildung immer unterkomplex und kann die Eigendynamiken medizinischer Behandlungsprozesse nicht einmal annähernd einholen.

Interviewer: Wie tritt in die Chirurgie die Idee ein, Standards oder Meta-Erfolgskontrollen zu etablieren – oder ist das hier kein Thema?

Oberärztin: Man müsste sehr viele Kontrollen durchführen, sehr viele Nachuntersuchungen, und das wäre für mich sehr, oder für uns alle denke ich, sehr sehr interessant ... Für mich ist es schon immer sehr interessant, dann die Ergebnisse zu lesen oder zu hören, aber das reicht eben nicht aus, weil die halt massivst gefälscht sind, und es wäre schon wichtig das wirklich zu kontrollieren, wie's wirklich ist.

Interviewer: Ja, sozusagen, wenn man selber 'ne Studie ein paarmal mit begleitet hat, dann weiß man, wie der Hase läuft.

Oberärztin: Ja natürlich.

Interviewer: Genau.

Oberärztin: Ich hab ja Doktorarbeiten laufen gehabt und hab auch zwei laufen, und ich weiß, meine sind jetzt noch nicht abgeschlossen, aber ich weiß ja die ehemaligen, ja klar, die ich betreut habe, ich weiß doch, wie das gemacht wird, das ist so nicht echt. Ich weiß, ich kenne die echten Zahlen von damals, als ich noch an der Uni war, als die Doktorarbeiten noch gelaufen sind, und das ist einfach hochinteressant. ... und da muss man versuchen zu überlegen, wo

41 So etwa die Forderung von Lorenz (1998).

kann man was besser machen ... bloß wir können uns das eben leider nicht leisten, wir können uns das nicht erlauben, wir haben die Zeit nicht und wir haben ja nicht das Geld dafür ... also ich habe zurzeit 120 Überstunden, die ich natürlich weder bezahlt noch irgendwie als Freizeitausgleich nehmen kann, und es werden immer mehr, und äh ich beschwere mich nicht, ich arbeite gerne. Also das ist es wirklich nicht, aber es ist irgendwo eine Grenze erreicht, wo man nicht noch mehr machen kann, und Sachen, die sicher wichtig wären, kann man, kann man einfach schon nicht mehr machen, und dann muss man versuchen da zu reduzieren, wo es jetzt nicht ganz direkt momentan den Patienten schadet.

Ausschnitte aus einem Interview mit einer Oberärztin, Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie, geführt vom Autor im Juli 2000.

Erziehung und Ausbildung

Die organisierte Krankenbehandlung steht immer auch im Kontext von Ausbildung und Erziehung.⁴²

Insbesondere Ärzte, aber ebenso die anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Akteure verfügen über eine Reihe von Spezialkompetenzen, deren Aneignung ein langes Training voraussetzt. Krankenhäuser und in geringerem, jedoch nicht unbedeutendem Maße Arztpraxen werden hiermit auch zu Orten, an denen sich entscheidet, ob, wie und welches Wissen den nachfolgenden Generationen übergeben wird.

Die Erziehung erscheint innerhalb der Krankenbehandlung als eine eigenständige Kontextur, mit der die Kommunikation in Bezug auf das Verhältnis von *Können* und *Nicht-Können* und am Code *vermittelbar/nicht-vermittelbar* enggeführt wird. Sei es das Medizinstudium, die Pflegeausbildung, die Facharztausbildung und die Anforderung, sich angesichts ständig ändernder Wissenslagen kontinuierlich weiterzubilden – das System der Erziehung hält die Frage virulent, ob die jeweiligen Akteure im Zweifelsfall dann nicht doch zu wenig auf ihre Aufgaben vorbereitet sind. Wie jedes Funktionssystem entwickelt die Erziehung eine kommunikative Plausibilisierung ihrer Ansprüche und motiviert entsprechend zur Ausdehnung ihrer Funktionsbezüge. Es wird eine Akademisierung der Pflege einge-

42 Im Anschluss an die klassischen Arbeiten »Boys in White« (Becker et al. 1961) sowie Student Physician (Merton et al. 1969) ist innerhalb der Soziologie kaum noch systematisch die Frage der Ausbildung der Mediziner angegangen worden. Siehe aber aus einer seelsorgerischen Perspektive die eindrucksvolle Studie von Wettreck (1999).

fordert, um dann anschließend festzustellen, dass begleitend ihre Professionalisierung voranzutreiben ist. Die Kompetenzprofile der Fachärzte werden ausgedehnt und entsprechend wachsen die Kataloge der zur Facharztprüfung nachzuweisenden Leistungen an.⁴³ Für den berufstätigen Arzt wird die lebenslange Weiterbildung nun auch zur gesetzlich verankerten Pflicht.⁴⁴

Behandlungswissen kann zwar prinzipiell gelehrt werden, doch die Lernmöglichkeiten und Lernbereitschaften sind aus verschiedenen Gründen begrenzt. Patienten, an denen geübt werden kann, stehen nur bedingt zur Verfügung. Bilden und Kompetenzerwerb braucht Zeit und verlangt nicht zuletzt nach Gelegenheiten, um aus Fehlern lernen zu können.

Beides steht im Widerspruch zu den Primaten der anderen Kontexturen der Krankenbehandlung.

Für den ausbildenden Facharzt stellt sich in jedem Einzelfall erneut die Frage, inwieweit man die zu Trainierenden auch in ihrer Langsamkeit supervidierend unterstützt und damit dem Erziehungsprimat den Vorrang gibt, oder ob man lieber dem ökonomischen Effizienzanspruch nach rationellem medizinischem Arbeiten gerecht zu werden versucht. Für den praktizierenden Arzt sind allein aus Zeitgründen die Möglichkeiten begrenzt, sich wirklich neue Fertigkeiten anzueignen. Zudem ist hierfür dann auch der Preis zu zahlen, dass bereits funktionierende Arbeitsroutinen wieder verunsichert werden, sodass es nur in Ausnahmefällen der Mühe wert erscheint, tiefer in Lernprozesse einzusteigen. Die Logik der Praxis gebietet eher, die an die Fachkräfte gestellten Bildungsansprüche etwas auf Distanz zu halten. Man informiert sich vielleicht im Ärzteblatt und hört sich ab und zu mal einen Vortrag an, ohne sich dabei jedoch weitergehend in Hinblick auf die Veränderung der eigenen Praxen engagieren zu müssen.⁴⁵

Daneben sind selbstredend Patienteninteressen und juristische Aspekte zu berücksichtigen, da Patienten nicht beliebig zum Objekt von Ausbildungsbemühungen gemacht werden können.⁴⁶ Ins-

43 Siehe etwa die Entwicklung der Allgemeinmedizinischen Ausbildung. Bis in die frühen 90er-Jahre konnte sich noch jeder approbierte Arzt ohne zusätzliche Facharztausbildung niederlassen. Dann wurde zunächst die dreijährige, später dann die fünfjährige Facharztausbildung für ›Innere- und Allgemeinmedizin‹ zur Voraussetzung einer entsprechenden Berufsausübung.

44 Vgl. Pfadenhauer (2004).

45 Dies müssen dann auch all jene erfahren, welche versuchen, Ärzte zur Applikation neuer Leitlinien zu trainieren (s. etwa Hasenbein/Räbiger/Wallesch 2003a).

46 Allein der für Ausbildungszwecke zur Sektion freigegebene tote Patien-

besondere an den Unikliniken werden die Divergenzen zwischen Ausbildung und Spitzenmedizin nochmals pointiert, da hier zusätzlich Forschungsinteressen als weiteres prägendes Moment ins Spiel kommen. Hier stellt sich dann zusätzlich noch die Frage, ob man intelligente Studenten und vielversprechende Assistenzärzte eher in Richtung klinischer Exzellenz oder in Bezug auf wissenschaftliche Spitzenleistungen trainieren möchte.⁴⁷

Medizin steht in Bezug auf die Erziehung vor dem Dilemma, einerseits die Persönlichkeiten heranbilden zu müssen, die sie für ihren eigenen Betrieb braucht, andererseits jedoch die Ausbildung auf Grund ihrer typischen Eigengesetzlichkeiten nicht ohne Weiteres in den medizinischen Betrieb einbinden zu können. Strukturell ist die ärztliche Weiterbildung in der Organisation Krankenhaus und in der ambulanten Arztpraxis als eigenständiger Auftrag zwar formell, nicht jedoch strukturell vorgesehen.

Ein Stationsarzt: »Also, wenn ich so an meine ersten Jahre zurückdenke, von Anfang an also viele Nachtdienste, und immer alle Notpatienten, Notfallpatienten, auf der Intensivstation die ganze Nacht; also mir ist es auch so gegangen, daß ich das eigentlich immer auf mein persönliches Versagen zurückgeführt habe anfangs und immer tagelang gegrübelt habe, warum ist bei dir dieser Patient verblutet, z. B. nachts oder an dem Tag gestorben oder trotz Rücksprache ... Ich denke, man muß einfach, em, ja, oder man muß mit der Zeit, sonst hält man das gar nicht durch, 'n realistisches, 'ne realistische Einstellung eigentlich, einfach dazu bekommen. Es ist nunmal so, daß, wie ich vorhin schon gesagt habe, daß Krankheit und Sterben zu unserem Leben dazugehört und wir einen Teil der Krankheiten heilen können; wir machen auch Fehler, und manchmal stirbt auch ein Patient früher, vielleicht weil wir nicht zum richtigen Zeitpunkt das Richtige gemacht haben« (*aus Wettreck 1999, 37*).

Dass die Ärzte hier schon immer zu Arrangements gefunden haben, Anspruch und Wirklichkeit zu verbinden, etwa indem auf dem Papier auch nicht geleistete Weiterbildungen bestätigt werden, oder

tenkörper stellt eine knappe Ressource dar.

⁴⁷ Dies wird deutlich am Scheitern des Reformstudiengangs an der Berliner Charité. Zwar international gelobt und mit Bestnoten evaluiert, ist die personalintensive, an konkreten klinischen Problemstellungen orientierte Lehrarbeit eben nur ein Feld unter anderen, das eine renommierte medizinische Fakultät auszeichnet. Dass dann nur begrenzte personelle Ressourcen in den Betrieb des Studiengangs fließen, ist damit nicht einmal böse Absicht, sondern allein schon der Tatsache geschuldet, dass man nicht alle Projekte auf einmal verfolgen kann. Siehe zum Berliner Reformstudiengang und den Ursachen seines Zerfalls auch Stein (2009).

eben unter höchstem biografischen Einsatz Patientenversorgung und Kompetenzentwicklung verbunden werden, darf dann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Organisationen der Krankenbehandlung in Hinblick auf hoch qualifizierten ärztlichen Nachwuchs in einem Dilemma gefangen sind, die eigene medizinische Kultur über die Generationen hinweg weitergeben zu müssen,⁴⁸ jedoch – insbesondere im Hinblick auf knapper werdende Mittel – hierfür kaum eigenständige Ressourcen zur Verfügung zu haben.⁴⁹ Für all jene, die den Arztberuf anstreben, ergibt sich mit der medizinischen Ausbildung im Allgemeinen und dann der Facharztausbildung im Besonderen das überfordernde Moment, dass im Arbeitsalltag Wissen und Kompetenzen in außerordentlichem Maße gefragt sind, jedoch innerhalb der Ausbildungskarriere in der Regel zu wenig Lerngelegenheiten geboten werden, sich die erforderlichen Kompetenzen in einer vertiefenden und umfassenden Weise aneignen zu können. Die demütigende Einsicht, nie genug wissen zu können, und die Erfahrung, den Sprung ins kalte Wasser der ärztlichen Tätigkeit irgendwie doch überlebt zu haben, führt auf der einen Seite zur bekannten Hybris ärztlicher Allmächtigkeit, auf der anderen Seite jedoch allzu leicht in eine technokratische Regression, die vorschnell die Anwendung von Rezeptwissen und Routinen anstelle eines produktiven und lernenden Umgangs mit Unsicherheiten setzt.⁵⁰ Im Sinne einer pädagogischen Begleitung mag man dann hier mit Renée Fox ein »*training*

- 48 Dieses Problem stellt sich für die Facharztausbildung, aber auch für die Funktionsausbildung, die, wie insbesondere Atkinson (1995) aufzeigt, darin besteht, vom Wissenden gezeigt zu bekommen, wie man zu sehen hat.
- 49 Auch die Universitätskliniken kommen unter dem DRG-System unter einen erheblichen ökonomischen Handlungsdruck, der zu Fusionen und Privatisierungen führt. Diese Bewegung könne dann, wie im Ärzteblatt diskutiert, die klinische Ausbildung der medizinischen Hochschulen in Gefahr bringen: »Die neue Approbationsordnung beruht auf einer deutlichen Erhöhung des praktischen Unterrichts; hiervon sind besonders die Kliniken betroffen. Denken Sie nur an die jeweils mehrwöchigen Blockpraktika in Innerer Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin. Sie sollen zusätzlich in das Medizinstudium integriert werden und verlangen von den Ärztinnen und Ärzten der Universitätskliniken einen enormen Einsatz. Dieser Unterricht kann bei Personalreduzierungen, wie sie jetzt allenthalben Platz greifen, nicht sinnvoll verwirklicht werden. Ganz eindeutig: Die Qualität der klinischen Ausbildung ist in Gefahr« (Clade 2005). Siehe hierzu auch Flintrop et al. (2005).
- 50 Siehe zum Problem der technokratischen Regression aus professionssoziologischer Perspektive Oevermann (1990).

for uncertainty«⁵¹ fordern, um dann zugleich wieder die Erfahrung zu machen, dass auch dieser erzieherische Anspruch nur hoch selektiv verwirklicht werden kann.

»An der rechten Bauchseite soll ich etwa einen Viertelquadratmeter von Fett befreien, und in der Konzentration auf diesen Ausschnitt und die richtige Handhabung von Pinzette und Skalpell ist innerhalb kurzer Zeit von meinen anfänglichen Gefühlen nichts mehr zu spüren. [...] Die folgenden Stunden sind bestimmt vom Entfernen der Haut und des Fettgewebes. Zu meinem eigenen Erstaunen ist mit der Freilegung der Muskelschichten das Empfinden, an einem Menschen herumzuschneiden, mit dem ich mich bisweilen identifiziert habe, wie weggeblasen. Ich kann in diesem Körper hantieren wie an einem defekten Motor, und instrumentelle Probleme sind es nun, die in den Vordergrund treten: Lokalisierung und Identifizierung der in der Präparieranleitung aufgeführten Nerven, Gefäße, Muskeln; wie bekommt man mit, was die anderen an einer ganz anderen Körperstelle präparieren und worüber man in gleicher Weise fürs Testat Bescheid wissen muss; wie täuscht man Arbeitshaltung vor, wenn man gerade nichts macht, aber von allgegenwärtigen Assistenten und Professoren nicht ertappt und als schwach angeredet werden will; wie übersteht man die zufälligen Ausfragesituationen, die meist sehr schnell ans Tageslicht bringen, daß man von Anatomie gleich überhaupt keine Ahnung hat; vermeide ich das Deklinieren der lateinischen Ausdrücke, damit nicht auffällt, daß meine Lateinkenntnisse auch nicht mehr die besten sind; und nicht zuletzt die große Frage, wie übersteht man die Testate, von denen das erste bereits nach vier Wochen fällig ist?«

Aus: »Der Anatomiekurs – Aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums (Schwaiger/Bollinger 1981, ff.25).

Noch mehr als in den anderen Bereichen der institutionalisierten Ausbildung setzt sich im beruflichen Training der angehenden Ärzte ein zweiter operativer Code der Erziehung durch, nämlich ihre gesellschaftliche Funktion der *Auslese* beziehungsweise *Selektion*⁵² – oder um es anders herum zu formulieren: Gerade weil gut ausgebildete

51 Fox (1969).

52 Um hier mit Luhmann zu sprechen: Die Absicht zu erziehen »gebärt« dabei »aus sich selbst heraus zwei recht ungleiche Kinder, nämlich Erziehung und Selektion«. In der Selbstbeschreibung der Pädagogik wird Ersteres »als ihr eigenstes Anliegen geliebt«, Selektion dagegen »als staatlich aufgezwungenes Amt abgelehnt« (Luhmann 2002, 62f.). Die Einheit dieser Differenz, nämlich *wie* Selektion durch den operativen Vollzug von Erziehung, etwa während der alltäglichen schulischen Interaktion, geschieht, erscheint hierdurch weitgehend als *blinder Fleck* des Erziehungssystems.

Ärzte auch in Zukunft knapp sein werden, kann man es sich nicht leisten, jedem alles beizubringen.⁵³

Wirtschaft

Die Operationsbasis von Wirtschaft ist der Umgang mit Knappheit.⁵⁴ Ihre Systemreferenz ergibt sich damit aus der Codierung von Eigentum unter dem Blickwinkel der Dichotomie *Haben/Nicht-Haben*. Mit der Einführung der Geldwirtschaft entsteht der ›Doppelkreislauf der Wirtschaft‹. Auf der einen Seite erhält man durch Zahlung ein Produkt, sei es eine Ware oder eine Dienstleistung. Auf der anderen Seite verliert man hierdurch etwas von seiner Zahlungsfähigkeit, da man Geld abgeben muss. Im Sinne der eigenen Referenz ist Wirtschaft auf Wachstum angelegt. Ihr *Code* zielt darauf, immer mehr Prozesse in die Knappheitsreflexion einzubeziehen, um auf diesem Wege ihre Geldkreisläufe ausdehnen zu können. Wirtschaft arbeitet dabei nicht prinzipiell *gegen* die Medizin, sondern ist im Sinne des eigenen Funktionsprimats nur daran interessiert, medizinische Leistungsangebote einer Knappheitslogik zu unterstellen, um auf diesem Wege die eigenen Funktionsbezüge auszudehnen. Ein medizinischer Service, der nichts kostet, wäre für die Wirtschaft uninteressant.

Das Verhältnis von Wirtschaft und Medizin ist in diesem Sinne eher als *komplementäre* Beziehung zu fassen, denn moderne Medizin war und ist immer auch eine ökonomische Tatsache. Es geht und ging ihr immer schon um die Mobilisation von Ressourcen für ihre eigenen Vollzüge. Während die Medizin – zumindest theoretisch – auch gut ohne politische oder rechtliche Restriktionen leben könnte, macht eine mittellose Medizin keinen Sinn. Pharmazeutika und medizinische Technik sind nicht umsonst zu haben und auch die Löhne wollen bezahlt sein.

Im Sinne der Ausdehnung der medizinischen Leistungsvollzüge ist hier per se mit einer starken affirmativen Ankoppelung an die Wirtschaftskreisläufe der jeweiligen Gesellschaft zu rechnen. Dabei ist jedoch zugleich ein Preis zu zahlen, denn die Krankenbehandlung handelt sich zugleich die Paradoxa einer modernen Wirtschaft ein, die Knappheit zwar äußerst erfolgreich kommunizieren kann, dabei aber die Antwort schuldig bleibt, inwieweit es grundsätzlich wirtschaftlich ist, gemeinwohlorientierte Bereiche des gesellschaftlichen

53 Dies mag paradox klingen, entspricht dann jedoch genau den empirisch beobachtbaren Verhältnissen: Da die Aufgaben für den hoch ausgebildeten Spezialisten immer mehr werden, kann er sich nur noch wenige Schüler leisten, die er dann aber ›richtig‹ auszubilden beansprucht.

54 Siehe hierzu auch das Kapitel »Knappheit« in Luhmann (1996, 177ff.).

Lebens in kommunikativ sich selbst bestimmende Zahlungsprozesse einzuspüren.⁵⁵

»Die soziale Funktion von Wirtschaft ist die Kommunikation von Knappheit. »Alles könnte anders sein, aber die Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele sind knapp« – das ist die Mitteilung einer Wirtschaft, die in unserer Gesellschaft um andere Mitteilungen konkurriert. [...] Die eigentümliche Brisanz dieser sozialen Funktion der Wirtschaft versteht man nur, wenn man sich von der Vorstellung verabschiedet, die Knappheit der Ressourcen sei ein naturgebener Sachverhalt. Das Gegenteil ist der Fall. Die Knappheit ist ebenso wie ihr Spiegelbild, der Überfluss, eine von der Wirtschaft im Kontext von Gesellschaft erst gemachte und immer wieder neu bestätigte soziale Konstruktion, ein »Faktum« im Wortsinn (lat. *facere* = machen) und ein »Datum« (lat. *dare* = geben) nur für diejenigen, die anderen deren Kommunikation von Knappheit bereits abgenommen haben und bereit sind, dafür zu bezahlen, was ihnen jetzt als notwendig erscheint. Die »Operation Knappheit« behauptet die Not, um sie zu wenden. Das schließt ein, am durch seine eigene Mitteilung konstruierten Sachverhalt anschließend nicht mehr zu zweifeln, weil man anderenfalls den Boden unter den Füßen verliert, auf dem die Berechnung des eigenen Spielraums stattfinden soll.«

Dirk Baecker (2006b, 12f.).

Die derzeitige Rede von der Ökonomisierung der Medizin und der hieran anschließende Vorwurf an ihre betriebswirtschaftliche Zurichtung kritisiert bei genauerer Betrachtung nicht den Sachverhalt, dass medizinische Dienstleistungen *per se* auch wirtschaftliche Tatsachen darstellen. Vielmehr geht es hier genau genommen um die Art und Weise, *wie* medizinische Sachverhalte in den Zahlungsverkehr eingebunden werden. Gemeint sind hiermit all jene spezifischen Formen der Erzeugung und Bearbeitung von Knappheit, welche die Anbieter, Konsumenten und Kostenerstatter medizinischer Versorgungsleistungen in ein jeweils besonderes ökonomisches Verhältnis zueinander setzen.

Genau genommen handelt es sich hier also um die Frage, *wie* medizinische Dienstleistungen als ökonomische Prozesse *konstruiert* werden und wie sie dabei ihre Identität als essenzieller Bestandteil der Krankenbehandlung bewahren können. Wir begegnen hier den hochgradig kontingenten Bedingungen medizinischer Knappheitskommunikation. Ein Stück Edelmetall ist wieg- und eindeutig

55 Dass der von Marx formulierte Verdacht, die entfesselte Wirtschaft zerstörerischer Glück und Wohlstand anstelle diese zu fördern, keineswegs so leicht von der Hand zu weisen ist, wird deutlich, sobald man sich klarmacht, dass Wirtschaft eine bestimmte Form von Kommunikation darstellt.

klassifizierbar. Ein taylorisierter Produktionsprozess gestattet eine eindeutige Berechnung der Lohnstückkosten. Demgegenüber stellt die Krankenbehandlung einen komplexen Prozess dar, der keine hinreichend eindeutigen Merkmale aufweist, um ihn in eine selbst-evidente Wertkommunikation zu überführen. Da die Krankenbehandlung – angefangen beim Körper bis hin zu ihrer interaktiven und organisatorischen Einbettung – hochgradig mit Unsicherheiten durchsetzt ist, lässt sich kein natürliches Messkriterium finden, an dem die kommunikative Konstruktion von medizinischer Knappheit in einer Weise andocken kann, die nicht zugleich als ›Fehlansatz‹ verdächtigt werden kann.

Solange man die Krankenbehandlung aus einer übergreifenden kulturtheoretischen Perspektive als eine Kulturform begreift, die Krankheit und Leiden in eine gesellschaftliche Ordnung integriert, spielt es keine Rolle, welche konkrete medizinische Kultur jeweils zur Anwendung kommt. Unterschiedliche Praxisformen leisten hier funktional Äquivalentes.

Die semantische Engführung der Wirtschaft auf Knappheit evoziert die Einführung von Kriterien, um entscheiden zu können, welche medizinische Kultur in Hinblick auf eben diese Kriterien das bessere Preis-Leistungsverhältnis zu bieten hat. Das Dilemma im Verhältnis von Medizin und Wirtschaft besteht aber nun aufgrund der komplexen Lagerungen der Krankenbehandlung darin, dass eindeutige Kriterien in medizinischer Hinsicht nicht auf der Hand liegen.

Es bleibt also nur übrig, *kontexturfremde* kommunikative Bestimmungen zu konstruieren. Man mag jetzt vielleicht darauf hoffen, dass die Wissenschaft hier einspringen könnte, etwa indem sie aufzeigt, dass Behandlungsform A im Verhältnis zur Behandlungsform B eine kostengünstige und bessere Medizin leistet. Im Einzelfall wird dies vielleicht gelingen. Diese Hoffnung trägt jedoch, da der Status wissenschaftlichen Wissens insofern weiterhin insuffizient bleiben muss, als dass das *verfügbare Wissen* einerseits immer unterkomplex im Hinblick auf die vielfältigen Ausfransungen der Logiken der Praxis sein wird, andererseits sich nicht ohne Weiteres in positive Erkenntnis überführen lässt. Wissenschaftliche Evaluationen müssen auf *Surrogatparameter* zurückgreifen, deren Geltungsbereich dann ihrerseits einer wissenschaftlichen Kritik unterzogen werden kann, sodass die zuvor erzeugte Eindeutigkeit schnell wieder in die Mehrstimmigkeit unterschiedlicher Interpretationsmöglichkeiten zerfallen kann.

Wie kann aber nun Wirtschaft in Bezug auf die Krankenbehandlung zu eindeutigeren Entscheidungskriterien gelangen?

Genau genommen handelt es sich hier um die Frage, *wie* medizinische Dienstleistungen als *Waren* abgebildet werden können. Hieran schließt sich dann eine weitere Problemstellung an, nämlich wie eine

an wohlfahrtsstaatlichen Primaten orientierte Medizin zu den nun evozierten Marktprozessen in ein produktives Verhältnis gebracht werden kann.

Schauen wir zunächst etwas ausführlicher auf das derzeit avisierte gesundheitsökonomische Abbildungsinstrument der *Diagnose Related Groups* (DRGs), um später das Spannungsverhältnis von Markt und Regulation ein wenig ausführlicher zu erörtern.

Medizinische Dienstleistungen als Waren – diagnosis related groups

Innerhalb der Betriebswirtschaftslehre bestand – im Prinzip schon seit den 1920er-Jahren – ein Streit darüber, inwieweit man medizinische Dienstleistungen überhaupt im Sinne von Waren fassen könne.⁵⁶ Selbst die Ökonomen, welche grundsätzlich von einem Warencharakter der Medizin ausgingen, hatten das Problem, dass sie praktisch nicht wussten, wie sich die Krankenbehandlungen in einer sinnvollen Weise bilanzieren ließen. Weder bezahlte Liegezeiten noch spezifische Behandlungsprozeduren eignen sich als Waren im Sinne von Gesundheitsdienstleistungen – denn der entscheidende Moment einer erfolgreichen Krankenbehandlung liegt weder in der Prozedur noch in der Zeit, sondern vor allem im *Know-how*, was bei einer gegebenen Erkrankung angemessenerweise zu tun ist.

In diesem Sinne entwickelte auch Robert Fetter an der Yale University in den 1970er-Jahren das System der *Diagnosis Related Groups* nicht aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive,⁵⁷ sondern *zunächst* als ein Instrument, um die *Prozessqualität* eines Krankenhauses beurteilen und verbessern zu können. Sein Lösungsansatz bestand darin, ein *statistisches Konstrukt* zu bilden, beispielsweise alle Gallenoperationen zu einer Gruppe zusammenzufassen, um dann die Summe der Behandlungsfälle einer jeweiligen Gruppe durch die Summen bestimmter Ergebnisparameter zu teilen – etwa der Zahl von postoperativen Blutungen. Mit den auf diesem Wege errechneten Mittelwerten war nun ein Instrument zur Hand, verschiedene Krankenhäuser einem Vergleich unterziehen zu können, um bei signifikanten Unterschieden nachschauen zu können, was auf der Prozessebene den entscheidenden Unterschied macht.

Die Gesundheitsökonomie, die bislang nur theoretisch darüber spekulieren konnte, ob Gesundheitsdienstleistungen eine Ware seien, konnte die DRG-Technologie nun jedoch als Medium nutzen, eine neue Klasse von Waren zu erfinden. Der Warencharakter der DRGs

⁵⁶ Samuel et al. (2005).

⁵⁷ Fetter et al. (1991).

entstand jedoch nicht durch die Medizin, sondern erst durch die Politik, die den ›DRGs‹ qua Gesetz einen Preis angeheftet hat.⁵⁸ Erst die Verschachtelung von Ökonomie und Politik führt zum rechtlichen Konstrukt der DRGs, die nun als Ware fungieren und entsprechend kompetitiv auf dem Markt gehandelt werden können. Der Wert einer DRG bestimmt sich nicht über die Marktbeobachtung im Sinne der Relation von Angebot und Nachfrage, sondern wird über einen komplexen *gesundheitspolitischen* Aushandlungsprozess festgelegt. (Beteiligt sind hier etwa die unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen, Gesundheitspolitiker, Krankenhäuser, Patientengruppen, die große Krankheitsbilder repräsentieren, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen etc.). Die medizinisch-ökonomische Abbildungsform selbst wie auch ihre Wertbestimmung werden hiermit überwiegend *politisch* eingeführt und determiniert. Die Ökonomie gewinnt dadurch jedoch ein distinktives Kriterium der ökonomischen Bewertung von Leistungsvollzügen und kann nun medizinische Prozesse unter dem Blickwinkel der Knappheitskalkulation reflektieren. Hierfür ist jedoch in Kauf zu nehmen, dass das ›Fehlreizproblem‹ durch die kontingente Definition medizinischer Produkte nicht behoben, sondern nur verschoben ist. Man kann jetzt zwar erfolgreich so tun, als ob medizinische Dienstleistungen Waren darstellen, erzeugt aber in Bezug auf das Gesamtarrangement der Krankenbehandlung neue Unsicherheitslagen, denn es ist innerhalb der Praxis der Krankenbehandlung auch die Divergenz zwischen virtueller Produkthaftigkeit und medizinischer Sinnhaftigkeit des Behandlungsprozesses zu reflektieren.

Genau dies ist dann auch die neue medizinische Kultur, die als *ökonomische Zurichtung* der Krankenbehandlung erlebt wird. All die an einem Behandlungsprozess beteiligten Akteure erfahren nun nicht einfach nur, dass die Ressourcen knapp sind – dies war schon früher so –, sondern haben nun im Sinne eines Doppellebens in zweifacher Weise Medizin zu betreiben, zum einen in Referenz auf den Patientenkörper, zum anderen in Hinblick auf die virtuellen Räume einer DRG-Medizin, deren Krankheiten, Prozeduren und Therapien nur in den Computern und Abrechnungsformularen existieren.

Welche wirtschaftlichen Implikationen bringt das DRG-System nun mit sich?

Das wirtschaftlich eigentlich interessante Merkmal der DRGs liegt darin, dass sie eine ökonomische Bestimmung erlauben, wenngleich die organisationalen Prozesse, die mit einer DRG verbunden sind, unbestimmt bleiben und damit flexibel und situativ ausgehandelt werden können. Die DRGs – sobald als ökonomisches Instrument

58 So auch der Befund von Samuel et al. (2005).

etabliert – instruieren die unterschiedlichsten Stakeholder der Medizin, die Prozesse der Krankenbehandlung unter dem Blickwinkel von Knappheit zu reflektieren. Dies führt jedoch mit Blick auf die Kosten- und Nutzenfunktion medizinischer Leistungen zu Fehlanreizen, die dann weiteren Regelungsbedarf indizieren:

- So sind beispielsweise mit Blick auf die strategischen Perspektiven eines Versorgungsbetriebes unter DRG-Bedingungen für das Management durchaus gute Gründe gegeben, einen Sparkurs zu fahren, der zunächst zulasten der medizinischen Strukturqualität geht. Man spart dann etwa an der Ausbildung der Ärzte, die man im Zweifelsfall noch von anderen Trägern abwerben kann, und gewinnt gegenüber den konkurrierenden Versorgungsanbietern, die einen weniger rigiden Sparkurs fahren, aber nicht von den hierdurch höherwertigen Leistungsstrukturen unmittelbar wirtschaftlich profitieren können, einen Stellungs Vorteil. Mittelmäßige Arbeit wird hier sozusagen über Gebühr hin belohnt.
- Mit Blick auf die innermedizinischen Verhältnisse gibt das DRG-System einen Anreiz, die eigene Sparte gegenüber den anderen Fachbereichen aufzublähen. Wenn nun beispielsweise für ein Behandlungsproblem alternativ chirurgische, internistische, radiologische oder gar interdisziplinäre Herangehensweisen möglich sind, motiviert die DRG-Abrechnungslogik eher einen ›Spartenkannibalismus‹ denn eine die unterschiedlichen Perspektiven integrierende Kooperation der medizinischen und pflegerischen Disziplinen.⁵⁹
- Um den vorangegangenen Problemlagen entgegenzuwirken, wird man dann vielleicht interdisziplinäre Behandlungszentren einfordern wollen, um dann jedoch einer ökonomischen Komplexität zu begegnen, die durch das DRG-System nicht mehr warenförmig abbildbar ist. Hier mag man vielleicht wieder gegensteuern wollen, indem man nun integrierte Versorgungsprodukte gleichsam nach dem Baukastenprinzip bis ins Detail hinein im Sinne der Doppelbeschreibung ihrer medizinischen und ökonomischen Abbildung konstruiert. Dieser technokratische Weg setzt jedoch voraus, dass die Behandlungsprozesse hinreichend taylorisierbar sind, dass also im Einzelfall recht genau die Pfade vorgezeichnet werden können, welche ein solches integriertes Produkt charakterisieren. All die Unsicherheitsbereiche, die in der Krankenbehandlung eingelagert sind und die dann im Zweifelsfall die Bestimmungsversuche unterlaufen lassen, bleiben hier jedoch ausgeblendet. Dass die ökonomi-

59 So fordert dann auch Matthias Schrappe mit Blick auf das Problem des Spartenkannibalismus die Bildung von übergreifenden integrierten Querschnittsbereichen (Schrappe 2007).

sche und die medizinische Rationalität im Sinne eines leistungsorientierten Arrangements zusammenfinden, kann hiermit also auch nicht garantiert werden, zumal mit hohen Verwaltungskosten zu rechnen ist.

Volkswirtschaftlich ist das DRG-System in den meisten Ländern, in denen es als ökonomisches Abbildungssystem eingeführt wurde, als *Nullsummenspiel* angelegt. Die einzelnen Fallpauschalen sind bei der gesundheitspolitischen Vorgabe eines Globalbudgets qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert, dass *kein* Win-win-Spiel entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter*liegen. Die Anlage des Kalküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die dann mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Profite einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls gewinnversprechend reinvestieren lassen.

Die Abweichungsverstärkung mag als Anreizsystem gewünscht sein, doch auch aus gesundheitsökonomischer Sicht drängt sich hier mit Dirk Sauerland der Verdacht auf, dass auf diesem Wege nur eine Pseudo-Konkurrenz entstehe, die letztlich weder zu einer Ausdehnung der Kreisläufe innerhalb der Gesundheitswirtschaft noch zu einer Erhöhung der Qualität von diesbezüglichen Versorgungsdienstleistungen führen könne.⁶⁰

Wenngleich die Betriebswirtschaft mit den DRGs eine Reihe praktikabler Möglichkeiten gefunden hat, medizinische Prozesse als Waren abzubilden und die einzelnen Versorgungsbetriebe entsprechend auszurichten, bleibt die Frage nach den richtigen Anreizsystemen aus volkswirtschaftlicher Perspektive weiterhin ein Desiderat wirtschaftswissenschaftlicher Reflexion. Porter und Teisberg kommen gar zu dem Schluss, dass alle bestehenden und vergangenen medizinischen Versorgungssysteme die falschen wirtschaftlichen Anreize geliefert hätten,⁶¹ denn auch sie seien nur als Nullsummenspiele angelegt, die nur auf eine kurzfristige Entwicklungsperspektive hinzielen. Die eigentliche Erzeugung *gesundheitlichen Mehrwerts* (sei es durch die

60 Das »Ziel der Beitragsstabilität kann als gesundheitspolitisches Ziel nicht legitimiert werden. Darüber hinaus führt die Verfolgung dieses ›Ziels‹ mit dem Instrument der Budgetierung der GKV-Ausgaben dazu, daß das legitime Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen, in den Hintergrund gedrängt wird. Damit wird letztlich aber auch das Ziel der Wirtschaftlichkeit, das sinnvoll nur über eine gegebene Qualität definiert werden kann, verfehlt und es wird allein eine Politik der Ausgabenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrieben.« (Sauerland 2002, 412).

61 Porter und Teisberg (2006; 2007).

Verzahnung von Vorsorge, Prophylaxe, Therapie, Pflege oder Rehabilitation) fände demgegenüber in den gegenwärtigen betriebs- und volkswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten keine ökonomische Abbildung. Die gegenwärtigen Anwendungen des DRG-Systems würden letztlich nur auf die Bedienung von Verwaltungsrationalitäten zielen, während die Ärzte und Pfleger als die eigentlichen Leistungsträger hierdurch nicht in eine produktive Situation gebracht würden, untereinander um das Angebot der besten Dienstleistungen zu konkurrieren.

Man kann Porter und Teisberg in Hinblick auf die ökonomische Bewertung der bestehenden Abbildungssysteme sicherlich einiges abgewinnen, doch verkennen beide in ihren Reflexionen den kommunikativen Charakter medizinischer und wirtschaftlicher Prozesse. So wünschenswert das Ideal einer an Gesundheit ausgerichteten Versorgungsstruktur auch sei, der Code der Medizin lässt seine Operationen an Krankheit anschließen und die sich hieraus ergebenden Rationalitäten lassen sich nicht ohne Verlust in gesundheitsökonomische Kalküle übersetzen. Auch hier würden dann dritte Werte zur Ressourcenallokation benötigt, etwa in dem Sinne, dass man nun versucht, den gesundheitlichen Nutzen durch eine wissenschaftlich basierte Qualitätsevaluation zu bestimmen. Hiermit handelt man sich aber ebenfalls die Übersetzungsprobleme doppelter Beschreibungen ein, denn Evaluationen können letztlich nur die Aktenpraxis, nicht jedoch die Leistungspraxis bewerten.⁶² Zudem ziehen evaluative Tätigkeiten ihrerseits Ressourcen von den Leistungsvollzügen ab – und sei es nur in der Form, dass nun vermehrt Mühe auf die Erfüllung der immer zu abstrakten Evaluationskriterien verwendet wird, während die aus innerprofessioneller Perspektive eigentlich wichtigen Arbeitsvollzüge weniger Aufmerksamkeit bekommen. Mit Blick auf die Differenz von extrinsischer und intrinsischer Motivation begegnen wir hier dem Paradoxon, dass eine Evaluation, insofern sie ins Extrem getrieben wird, ihren Gegenstand zerstört, da sie ihm keinen Raum für Eigenentfaltung mehr zugesteht.

Der Wirtschaft bleibt entsprechend der hier vorgelegten analytischen Perspektive nichts anderes übrig, als weiterhin Knappheiten unter dem Blickwinkel von Gewinnchancen zu reflektieren. Die Fronten liegen hier also nicht zwischen Medizin und Wirtschaft, sondern ergeben sich als ein komplexes Konglomerat ineinander verwickelter gesellschaftlicher Kontexturen, welche die Kulturform der Krankenbehandlung konditionieren – und entsprechend auch über

62 Siehe grundlegend Power (1997), mit Blick auf die Differenz von Akten- und Leistungspraktiken Mensching (2005).

dritte Werte jene Sphären formen, in denen dann für medizinische Handlungen Bezahlungen zu erwarten sind.

Zudem ist hier mit Inkongruenzen zwischen betriebs- und volkswirtschaftlichen Perspektiven zu rechnen. So erscheint es aus betriebswirtschaftlicher Perspektive unter entsprechenden Rahmenbedingungen durchaus sinnvoll, die Verwaltungsprozesse so zu trimmen, dass ein Maximum an Erlösen erzielt werden kann, wenngleich dies die Verwaltungskosten oftmals in einer Weise ansteigen lässt, dass global deutlich weniger Ressourcen für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen.⁶³

Wie sich der Warencharakter medizinischer Leistungen angesichts der zuvor geschilderten Lagerungen sinnvoll bestimmen lässt, bleibt aus wirtschaftlicher Perspektive weiterhin eine Frage, die nicht endgültig – und vor allem nicht wirtschaftlich – beantwortet werden kann. Antworten können nur pragmatisch, und zwar in Hinblick auf spezifische politische, rechtliche und medizinische Lagerungen, gefunden werden.

Krankenversorgung und Markt

Eine gewichtige gesundheitsökonomische Problematik ergibt sich aus den besonderen Charakteristika, welche an medizinische Versorgungsstrukturen einer wohlfahrtsstaatlichen Demokratie zu stellen sind. Selbst wenn es gelingen würde, medizinische Leistungssegmente in sinnvoller und überzeugender Weise als Waren zu definieren, stellt die Krankenbehandlung kein Gut dar, dessen Verteilung von Angebot und Nachfrage angemessen über den Markt geregelt werden kann. Die Gründe hierfür sind in Anlehnung an Henkel folgende:⁶⁴

Für die allermeisten Menschen ist die Anwendung spezifischer medizinischer Verfahren sinn- und damit wertlos. Einzige Ausnahme stellt der Fall dar, dass man ein spezifisches gesundheitliches Problem hat, auf das diese besondere diagnostische oder therapeutische Prozedur eine Antwort gibt. Für den ernsthaft Kranken kann Letz-

63 Genau dies zeigen Woolhandler et al. (2003) für die amerikanischen Verhältnisse auf. Die Verwaltungskosten im US-amerikanischen Krankenhaus lagen 1999 bei 24,3 %, während in Kanada die Verwaltungsausgaben im Schnitt nur bei 12,9 % zu beziffern waren. (Für den ambulanten Bereich liegt das Verhältnis nach Woolhandler et al. bei 12,3 zu 6,9 %, ebenfalls zu Ungunsten der USA. Unter Einbeziehung der Verwaltungsarbeiten der Versicherungen und staatlichen Behörden kommen die Autoren gar auf einen Verwaltungsaufwand von 31 %.) Knapp ein Drittel der Gesundheitsausgaben würden hier also den Papiertiger nähren.

64 Henkel (2010).

tere gar einen unermesslichen Wert bekommen. In Anbetracht dieser Ausgangslage ist eine reine Marktsteuerung nicht geeignet, ein angemessenes Versorgungsgleichgewicht im Sinne der Pareto-Effizienz zu erzeugen. Das heißt, es kann keine optimale Preisgestaltung angelaufen werden, entsprechend der sich Angebot und Nachfrage im Sinne eines für alle Beteiligten gewinnmaximierenden Gleichgewichts austarieren. Die Probleme sind demnach folgende:

- Ernsthaft Kranke sind aufgrund ihrer temporären Bedürftigkeit erpressbar, unangemessen hohe Preise zu zahlen.
- Es besteht ein Anreiz, einem Nicht-Bedürftigen Leistungen zu verkaufen, die er medizinisch nicht wirklich benötigt.
- Ein idealer Markt würde dazu tendieren, zwar effiziente und angemessene Strukturen für häufig auftretende Krankheiten mit standardisierbaren Prozeduren aufzubauen, da hier von Gewinnsicherheit auszugehen ist. Kompetenzen für komplexe und seltene Erkrankung würden jedoch tendenziell weniger vorgehalten, da die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten mehr Verlust als Gewinn erwarten ließe.
- Da der Aufbau einer hinreichenden Versorgungsstruktur (Anschaffung von Geräten, Ausbildung von Personal, Errichtung geeigneter Räumlichkeiten) hohe Anfangsinvestitionen benötigt und entsprechend hohen Zeitvorlauf voraussetzt, ist eine bessere Versorgung in den städtischen Metropolen bzw. eine schlechtere Versorgung in den peripheren ländlichen Gebieten zu erwarten.

Um im Sinne der wohlfahrtsstaatlichen Aufgabe eine angemessene medizinische Versorgung für die Gesamtbevölkerung sicherzustellen, kann hier nicht allein auf marktförmige Austarierung von Angebot und Nachfrage gesetzt werden, da der Anspruch unhintergebar bleibt, bei Bedarf jeder behandelbaren Krankheit angemessen begegnen zu können. Hieraus ergibt sich einerseits die Maximalversorgung als Sonderrolle des Krankenhauses, das für die Erstversorgung eines jeden Falles gerüstet zu sein hat, und andererseits der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, entsprechend dem dafür Sorge zu tragen ist, dass prinzipiell zu jeder Zeit und an jedem Ort ein Arzt zur Verfügung steht.

»Despite the protestations of its boss, the National Institute for Clinical Excellence (NICE) is an instrument for rationing health care. Unfortunately, it's not a very good one. [...] NICE began with a blaze of publicity by deciding that zanamivir, a new drug for treating flu, would not be made available in the NHS. Its decision was based on the lack of evidence that the drug was effective in older people and others most at risk of serious harm from flu. It glossed over the fact

that the same could be said for many, even most, treatments currently available on the NHS. Zanamivir's manufacturers, Glaxo Wellcome, were furious, and the chief executive threatened to take the company's research abroad. Last week, NICE reversed its decision on the drug, declaring that it would be available to at risk adults who present within 36 hours of developing symptoms when consultations or flu rise above 50 a week per 100 000 population. Just how easy it will be to implement such complex advice remains to be seen, but NICE boasted that the reversal of its guidance showed its commitment to evidence. A pooled analysis by the manufacturers showed that the drug would reduce symptoms in those at high risk from 6 to 5 days. [...] When NICE approves treatments – such as taxanes for cancer – then there's little fuss, although many cardiologists think that it oversold the use of intravenous glyco protein IIb/IIIa inhibitors in high risk patients who have had a heart attack, perhaps because it was overinfluenced by the drug companies' secret evidence. NICE's problems begin when it tries to deny treatments. It decided against beta interferon for multiple sclerosis and promptly found itself facing hostile publicity and an appeal from both the manufacturers and patients' groups«.

Richard Smith (2000), Editor of the British Medical Journal

Da aber nun ›Versorgungssicherheit‹ (Verfügbarkeit im Falle eines Falles) und ›wirtschaftlicher Patientenschutz‹ (Gewährleistung, dass der Patient hierfür nicht jeden Preis zu zahlen hat) unhintergehbare Zielkriterien der gesundheitspolitischen Steuerung darstellen, ergibt sich das Dilemma, dass jede Öffnung in Hinblick auf ›mehr Markt‹ gleichzeitig wieder korrigierende Eingriffe seitens des Staates einfordert. Die Leistungsanbieter über den Markt in eine Konkurrenzbeziehung zueinander treten zu lassen, generiert zugleich Differenzen in der Performance von Anbietern, die sich auf gewinnbringende Behandlungsprozesse spezialisieren können, gegenüber all jenen Institutionen, welche weiterhin zur Maximalversorgung in der Lage sein müssen, und entsprechend staatlich supplementiert werden müssen.⁶⁵

65 Ein ähnliches Dilemma ergibt sich mit Henkel auch für den Arzneimittelmarkt. Der Apotheker hat im Sinne der Allgemeinwohlverpflichtung für den Notfall, für eine gewisse Zeit, für noch nicht eingetretene Fälle einen Vorrat bereitzuhalten. Er kann und darf hier nicht betriebswirtschaftlich denken, etwa in dem Sinne, dass er nur die Medikamente bereithält, die gut gehen und wo ein guter Umsatz zu erwarten ist. Die Privilegien des Apothekers erscheinen aus diesem Grunde deshalb gerechtfertigt, weil er sich nicht im Sinne des Marktes verhalten kann. Die Kriterien »gesundheitlicher Verbraucherschutz« (Letzteres meint u. a., dass einem Patienten, der aufgrund einer spezifischen Krankheit ein Medikament nachfragen muss, nicht jeder Preis abverlangt werden kann) wiegen

Sei es die Versorgung sozialstrukturell schwacher Gebiete, die Bereithaltung von Kapazitäten für den Notfall, die Versorgung multiorbider Krankheitsbilder, die nicht in ein rationierbares Schema passen, der Auftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, impliziert, dass zur Etablierung angemessener Versorgungsstrukturen hinreichende Anfangsinvestitionen geleistet werden müssen, die gerade nicht durch den idealtypischen freien Markt garantiert werden können.

Interviewer: Also das finde ich immer das Erstaunliche, warum die USA ...

Rolf Rosenbrock: Schlecht und teuer

Interviewer: ... so extrem teuer geworden ist, obwohl sie eigentlich ein lausiges System hat, also wo viele Leute rausfallen.

Rolf Rosenbrock: Das ist sicher in erster Linie erklärbar aus der Abwesenheit jeder Gemeinwohl-Verpflichtung im System. Im Vergleich zu den USA werde ich immer dankbar dafür, dass Bismarck mit der Grundstruktur der GKV und der staatlichen Ausfallbürgschaft Fakten geschaffen hat, die in einem Land, in welchem Versorgung und Versicherung längst von for-profit-Unternehmen besetzt sind, heute kaum noch durchsetzbar erscheinen. Im marktliberalen System der USA maximieren alle Marktteilnehmer ihren Nutzen bzw. Umsatz bzw. Profit, und das führt natürlich weder zu einer Beachtung von Kriterien der Fairness oder gar Gerechtigkeit noch zur Orientierung auf die Effektivität bzw. Effizienz des Versorgungssystems. Als in den 80er Jahren in den USA die Managed-Care-Unternehmen (MCO) im Markt für Krankenversicherungen die Führung übernahmen, haben sie die Versorgung auf maximales Kostensparen getrimmt; und die Versicherten erlebten das vor allem als Leistungsverweigerung und Schikane. Natürlich vor allem für jene, die sich auch sonst gesellschaftlich nicht durchsetzen können und die besonders auf die Leistungen angewiesen sind. Das schlechte Image der MCO – hier funktioniert der Markt begrenzt – führte dann zu ihrem Niedergang am Markt. Die – v. a. von rechts – massiv formulierte Ablehnung jeder

pharmako-politisch so hoch, dass hier nicht auf staatliche Regulierung verzichtet werden kann. Hier ergibt sich dann mit Henkel ein prinzipielles »Versagen des Arzneimittelmarktes«. Eine Gesundheitspolitik, die unter dem Primat der Kostendämpfung steht, mag hier zwar einerseits auf mehr Markt hoffen, erzeugt aber andererseits erneut Probleme, die wieder ein Mehr an Regulation einfordern. Bestimmte Mittel aus der Verschreibungspflicht und damit aus der Preisbindung zu streichen, generiert gleichzeitig Anreize, diese Mittel viel zu verkaufen, also dann auch den Patienten zu höherem Konsum anzuregen, was dann aber dem apothekerlichen Primat des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zuwiderlaufen würde (Henkel 2010).

›Einmischung‹ des Staates in das Medizingeschäft ist dabei längst Fiktion: auch in den USA werden – über das Versorgungssystem für Arme (Medicaid), Alte (Medicare) und ehemalige Militärangehörige (Veterans Administration) knapp die Hälfte der Ausgaben für Krankenversorgung staatlich finanziert. Und weil diese Geldquellen sicher sind, wird auch in die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen investiert. Da es aber andererseits keine Macht gibt, die versorgenden Berufsgruppen und Institutionen auf die Kriterien ›ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend‹ – so die Formulierung im deutschen Sozialgesetzbuch V – zu verpflichten, ist auch die Versorgung von Armen und Alten oft absurd teuer – und dabei keineswegs besser. Das ändert aber nichts daran, dass die Versorgungsstruktur einer Region sich in der Regel nach der Kaufkraft richtet, was – im Verein mit großer Technikgläubigkeit – zur wettbewerblich getriebenen technischen Hochrüstung der Kliniken führt – bei Vernachlässigung der ambulanten Versorgung und insbesondere der Allgemeinmedizin.

In unserem Sondergutachten 2009 zur Gesundheitsversorgung in einem längeren Leben haben wir im übrigen vorgeschlagen, das Potenzial an Integration, das in der Grundidee von managed care steckt, nicht zu vernachlässigen. Es wäre praktisch zu prüfen, ob die Idee, dass die Versicherungen die Bildung von Stufen-, Berufsgruppen- und Institutionen-übergreifenden Versorgungseinheiten anregen bzw. erzwingen, unter den Bedingungen der solidarisch konstruierten GKV und im Rahmen des deutschen Korporatismus zu tatsächlichen Verbesserungen führen kann. Voraussetzung dafür wäre aber auf jeden Fall eine Stärkung der Patientenrechte, um diese nicht schutzlos Schikanen und Manipulationen auszuliefern.

Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Interview mit dem Autor im Juli 2009.

Verkompliziert wird die Lage des Weiteren dadurch, dass die Dynamik der Ausgestaltung von Angebot, Nachfrage und Preis gerade nicht durch eine dyadische Beziehung geformt wird, die dem ›Verkäufer-*vs.*-Kunde-Modell‹ entspricht, sondern durch die triadische Relation von Patient, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer aufgespannt wird. In Hinblick auf die wirtschaftliche Steuerungsdynamik treffen wir hier gleichsam auf eine doppelte ›Prinzipal-Agent-Problematik‹, entsprechend der nicht nur die Anbieter von therapeutischen und diagnostischen Leistungen, sondern auch die Krankenversicherer als Agent des Patienten auftreten. Erstere stehen dann für die angemessene medizinische Behandlung des konkreten Einzelfalls, Letztere treten für einen angemessenen Umgang mit den eingezahlten Mitteln des Patientenkollektivs ein.

So stellt ein Patient, sobald er eine Arztpraxis betreten hat, für diese in der Regel nicht mehr den betriebswirtschaftlichen Referenzpunkt dar, denn ab hier wird dann nur noch relevant, was der Kasse als Abrechnung adressiert werden kann. Systemtheoretisch gesprochen rückt der Patient hierdurch in die Umwelt der betriebswirtschaftlichen Kommunikation und verliert damit auch die ihm neuerdings vermehrt zugeschriebene Kundenrolle.⁶⁶ Er fällt damit aus dem Prozess der Verhandlung, was für entsprechendes Geld an Behandlung zu erwarten ist, heraus.

Sobald aber nun die Krankenkassen in eine Lage gebracht werden – untereinander wie auch in Hinblick auf die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern – marktförmig zu agieren, tritt wiederum eine Lagerung ein, welche dem Patienten kaum Gestaltungsmöglichkeiten zuweist. Der Patient mag zwar nun die Wahl haben, seine Krankenkasse zu wechseln. Umgekehrt erzeugt aber dann die Reflexion auf die finanziellen Risiken, welche ein Patientenkollektiv für eine Krankenversicherung in Hinblick auf die Tarif- und Leistungsangebotsgestaltung darstellt, eine Abweichungsverstärkung, entsprechend der die kränkeren und ärmeren Patienten bei schlechterem Leistungsangebot tendenziell höhere Beiträge zu zahlen haben als die gesünderen Patienten.

Sei es der Risikostrukturausgleich, die Verpflichtung der privaten Krankenkassen, einen Basistarif anzubieten, oder die rechtliche Vorgabe, dass Krankenhäuser Patienten im Notfall auch dann zu behandeln haben, wenn diese weder über eine Versicherung noch über Mittel der Eigenfinanzierung verfügen – das wohlfahrtsstaatliche Primat des Patientenschutzes und der Versorgungssicherheit verlangen auch hier wieder nach regulativen Kompensationen, welche die Idee marktförmig ausgehandelter Vertragsbeziehungen konterkarieren.

Die Rhetorik von Markt vs. (politischer) Bürokratie zeigt sich hier bei genauerem Hinsehen als eine Gegenüberstellung, welche die kommunikative Einbettung der Krankenbehandlung verkennt. Für eine Gesundheitspolitik, die unter dem Primat der Kostendämpfung steht, ist hier volkswirtschaftlich gewissermaßen die Quadratur des Kreises zu leisten. Einerseits auf den Markt hoffend, dabei nur politisch erzeugte Produkte verhandeln zu können, aber dann Folgeprobleme erzeugend, welche nur durch noch mehr Regulation bewältigt werden können, kommt es hier schnell zu Arrangements, welche die Paradoxien wirtschaftlicher und politischer Kommunikationen überdeutlich werden lassen. Wir begegnen hier den Dilemmata von Multisystemarrangements, die – trotz ihrer Unterschiede in Hinblick

66 Siehe zum Problem der Kundenrolle und dem Mythos vom mündigen Patienten insbesondere Stollberg (2008).

auf die Finanzierungsweisen – alle ›Gesundheitssysteme‹ der modernen Industrienationen betreffen.⁶⁷

Rolf Rosenbrock: Im Gutachten des Sachverständigenrats 2005 haben wir ausführlich begründet, dass der Übergang vom jetzigen zu einem integrierten System der Krankenversorgung, das den Bedürfnissen und den Nöten der chronisch Kranken entspricht, in der deutschen Konstellation (dem Gemeinwohl verpflichtete GKV, Aushandlung von Mengen, Qualität und Preisen mit den Verbänden) nicht im Selbstlauf in Gang kommt und gelingen kann. Ein solcher Strukturwandel würde vielmehr eine Abweichung vom Grundsatz des ›einheitlichen und gemeinsamen‹ Vorgehens von Krankenkassen und Versorgungseinheiten implizieren. Das bedeutet auch die Zulassung von Wettbewerb als einem Steuerungsmedium – neben Staatsaufsicht, Patientenrechten etc. Innovationsanregung durch den Hecht im Karpfenteich gewissermaßen. Eine solche Strategie gerät in Konflikt mit dem hergebrachten Grundsatz, dass z.B. Verträge mit niedergelassenen Ärzten immer über die Kassenärztlichen Vereinigungen – die KVen – abgeschlossen werden müssen, und schwächt durch Auflösung des Monopols deren Machtstellung.

Auf die positiven Funktionen der KVen – Garantie der ›Sicherstellung‹ der Versorgung; Disziplinaraufsicht über die niedergelassenen Kassenärzte einschließlich des Verzichts auf Streik; Qualitätssicherung etc. – will andererseits niemand wirklich verzichten, auch nicht diejenigen, die öffentlich schon mal gerne die Abschaffung der KVen fordern. Es geht also um die Definition eines – stets prekären – Gleichgewichts und läuft auf zwei Fragen hinaus: Wie viel vom Monopol darf man den KVen wegnehmen, ohne ihre Funktionstüchtigkeit zu gefährden? Ist das Versorgungssystem hinreichend innovativ, wenn die ›alte Fessel‹ der KVen nicht mehr greift? Die heute den Ton angegebenden Vertreter der KVen, so auch der Chef der KBV wissen, dass die alten Zeiten unwiederbringlich vorbei sind, und versuchen, ihre Institutionen als ›moderne Dienstleister‹ für ihre Klientel zu etablieren, für die die Ärzte auch dann noch Beiträge zu zahlen gewillt sind, wenn es mal keine Zwangsmitgliedschaft für Kassenärzte mehr gibt.

Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Interview mit dem Autor im Juli 2009.

67 Auch das vermeintlich liberale, dezentrale Versorgungssystem der Vereinigten Staaten zeigt sich bei näherer Beobachtung unausweichlich in dem Paradox verfangen, dass es seine Aufgaben nur erfüllen kann, indem hochgradig protektionistisch und regulativ in die Versorgungsstrukturen eingegriffen wird. Siehe zum Systemvergleich Fleischhauer (2007).

Politik

Als wohlfahrtsstaatliche Angelegenheit ist Medizin eine politische Angelegenheit. Die hiermit verbundenen Strukturvorgaben beruhen vor allem auf politischen Entscheidungen. So garantiert beispielsweise die Politik über das Recht die Monopolstellung der Anbieter in den jeweiligen Sektoren. Da jedoch gleichzeitig die Mobilisierung der hierfür notwendigen Mittel ein politisches Thema darstellt, lautet eine entscheidende Frage der Gesundheitspolitik, wie in einer auf Mehrheiten ausgerichteten demokratischen Gesellschaft unter Bedingungen knapper Mittel das Skandalon der Rationierung von Gesundheitsleistungen unsichtbar gemacht werden kann.

»Angesichts von Einschränkungsnotwendigkeiten scheint sich daraus die nur politisch sinnvolle Tendenz zu entwickeln, jedem nicht genug Geld zu geben. Das ist zwar weder *wirtschaftlich* rational noch ausgewogen in bezug auf die Funktionen des *Krankheitssystems*. Man sieht aber nicht, wie *politische* Instanzen sich anders verhalten können. Wenn es überhaupt *medizintechnische Möglichkeiten* der Verhinderung von Tod, Krankheit und Schmerzen gibt, dürfte es *politisch* kaum vertretbar sein, sie aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu realisieren. Der Sog der besseren Möglichkeiten ist eine politische Kraft ersten Ranges. Man kann sich dem nur entziehen, indem man Entscheidungen so einrichtet, daß man nicht wissen kann, was man tut und was die Folgen sind, um dann bei Sichtbarwerden der Folgen die Entscheidungen punktuell (und wiederum wohlätig) zu korrigieren.«

Niklas Luhmann (1983a, 49).

Schauen wir zunächst auf die Spezifika der politischen Kontextur. In der Politik geht es um kollektiv bindende Entscheidungen. Mit Blick auf die hiermit verbundene Machtfrage hat Luhmann den binären Code des politischen Systems zunächst in der Dichotomie *Regierung/ Opposition* gesehen, um dann später mit dem Begriffspaar ›*Macht haben/Macht nicht haben*‹ eine allgemeinere Form zu postulieren. Politische Kommunikation und politisches Handeln zielen darauf, Macht wahrzunehmen, während die negative Seite des Codes verronnene Machtchancen oder gar den Verlust von Macht reflektieren lässt.⁶⁸

Politik erzeugt wie jedes Funktionssystem einen hochselektiven Umweltbezug. Als Kommunikation ist politische Kommunikation innerhalb der modernen funktional differenzierten Gesellschaft zwar Teil der Gesellschaft, im Sinne ihrer operativen Schließung wird zu-

68 Luhmann (2000a).

gleich jedoch der Rest der Gesellschaft zur Umwelt der Politik. Ihre eigene Selektivität lässt auch gesundheits- und medizinrelevante Sachverhalte unter dem Blickwinkel politischer Semantiken sehen, das heißt mit Blick auf die Perspektive der *Durchsetzbarkeit* von kollektiv bindenden Entscheidungen.

Die gesellschaftliche Legitimation von Politik kann nicht im Spiel der Macht selber, im Regieren an sich liegen, sondern findet ihren Wertbezug im Allgemeinwohl.⁶⁹ Die abstrakte *Kontingenzformel* ›Allgemeinwohl‹ legt Politik weder programmatisch noch ideologisch fest – ob man eher die unsichtbare Hand des freien Marktes oder eine strenge staatliche Regulierung für geeignet hält, um das Ziel einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu erreichen, ist hierdurch nicht entschieden.

Politik hat es in Bezug auf die Gesellschaft mit komplexen Reflexionsverhältnissen zu tun, die nur dadurch bewältigt werden können, dass die Komplexität der Welt entsprechend der eigenen Programme auf ein für politische Organisationen bearbeitbares Maß reduziert wird. Die Kontingenzen einer nahezu unendlichen Vielfalt möglicher Themen und Steuerungsaufgaben werden hierdurch in eine bewältigbare Form gebracht und auf Basis der hierdurch erzeugten Selektivität wird dann auch die *Selbstidentifikation* von politischer Arbeit möglich. Man setzt sich nun für etwas Bestimmtes ein und weiß dann, wofür man steht und wofür man kämpft. Erst hierdurch wird Politik als System autonom und kann sich dann entsprechend auch als eine Sphäre plausibilisieren, in der es vor allem um Entscheidungen von ›gesamtgesellschaftlicher‹ Relevanz geht.

Gleichzeitig gehen diese Prozesse der programmatischen Spezifizierung von Politik mit einem Verlust an gesamtgesellschaftlicher Steuerbarkeit einher – denn die politischen Programme und die seitens der Politik angebotenen institutionellen Lösungen sind gegenüber der gesellschaftlichen Umwelt, auf die sie sich beziehen, immer *unterkomplex*.⁷⁰

Politik mag zwar bestimmte gesundheitspolitische Schwerpunkte fördern, indem sie entsprechende Programme ausschreibt und finanziert. Doch selbst bei expliziter Förderung bestimmter Versor-

69 Luhmann (2000a, 120).

70 Diese These ist bekanntlich in der politikwissenschaftlichen Fachwelt nicht akzeptabel und man würde dann eher die Moderne und die mit ihr verbundene funktionale Differenzierung selbst wieder politisieren wollen, etwa in dem Sinne, dass die liberalen Märkte und die globalen Finanzverhältnisse (und dann auch eine bestimmte Form von Wissenschaft) selbst Ausdruck und Konsequenz politischer Entscheidungen darstellen (vgl. Mayntz/Scharpf 2005).

gungsstrukturen ist sie nicht wirklich in der Lage, die außerpolitische Relevanz der von ihr ausgelobten Vorhaben zu beurteilen – weder in medizinischer noch in wissenschaftlicher Hinsicht.

Mit Blick auf das Zeitschema politischer Reformvorhaben ergibt sich zudem das Problem, dass die drei Schritte Formulierung der Programmziele, Umsetzung der Programme sowie die gesellschaftlichen Wirkungen der Programme kausal und zeitlich voneinander entkoppelt sind. Während eine wissenschaftliche Evaluation hier genauere Wirkungsanalysen einfordern würde, ist die Politik im Sinne ihres eigenen Codes gut beraten, nicht allzu genau auf die Evidenz ihres Handelns zu schauen. Im Sinne ihrer eigenen Referenz geht es ihr weniger um Wahrheit, sondern um die Wahrnehmung und Reproduktion von Machtchancen, und entsprechend lohnt es sich für sie eher, sukzessive immer wieder erneuten Reformbedarf anzumelden, anstatt genauer zu untersuchen, warum die vergangenen Vorhaben gescheitert sind.

Moderne Politik ist zwar von ihrem Selbstverständnis her auch eine wissenschaftlich informierte Politik, doch aus ihrer Perspektive ist der Rückgriff auf Wissenschaft ein selektiver und in den entscheidenden Fragen wird dann auch politisch und nicht in Referenz auf den Code *wahr/falsch* entschieden. In diesem Sinne wundert es dann auch nicht, dass das gesundheitspolitische Großvorhaben zur Einführung des DRG-Systems eigentlich durch eine wissenschaftliche Begleitforschung forciert werden sollte, diese aber dann in den entscheidenden Jahren der Umstellung der bundesdeutschen Kliniken unterblieb.⁷¹

Auch das Verhältnis zwischen dem ›Sachverständigenrat‹ und Gesundheitspolitik ist entsprechend eher als lose gekoppelt zu sehen. Im Sinne der unterschiedlichen Systemreferenzen ist hier keineswegs davon auszugehen, dass gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse unmittelbar in die politischen Entscheidungen einfließen. Vielmehr ist hier mit Fuchs und Mahler davon auszugehen, dass die eigentliche Leistung der Beratung für die Politik auch darin besteht, Rat und Tat voneinander zu entkoppeln.⁷² Eine Funktion der Beratung besteht dann zwar weiterhin darin, die Legitimationsgrundlage für die Entscheidungen zu verbreitern, zugleich dient sie jedoch dazu, den politischen Prozess zu entschleunigen, um bei Bedarf dann doch nach Staats- und Parteiräson entscheiden zu können.

71 So sollte dann laut § 17 b Absatz 8 des Krankenhausgesetzes eine die DRG-Einführung begleitende Forschung schon im Jahr 2005 erste Ergebnisse liefern (Fürstenberg et al. 2009).

72 Fuchs/Mahler (2000).

Ferdinand Rau: Ein Beispiel für Umsetzungsprobleme ist das Thema Einführung einer monistischen Finanzierung. Das ist ein altes Thema in der Krankenhausfinanzierung. Alle sagen, es ist eigentlich betriebswirtschaftlich sinnvoll, dennoch scheitert es an den machtpolitischen Realitäten. Die Länder haben hier Interessenslagen, die eine Umsetzung in der Vergangenheit nicht ermöglicht haben. [...]. Die Länder finanzieren die Investitionskosten ja auch deshalb, weil sie für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Es gilt somit: Wer bestellt, bezahlt auch. Bei einer monistischen Finanzierung entstände die kritische Situation, dass die Länder weiterhin über Kapazitäten entscheiden könnten, aber die Folgekosten nicht zu tragen hätten. Dies wiederum könnte zur Hinterfragung der Legitimation der Länder in der Krankenhausplanung führen. Fakt war bislang, dass die Mehrheit der Länder vom Grunde her weiterhin die Investitionskosten tragen möchte. Für eine hinreichende Investitionskostenfinanzierung ist das jedoch nicht ausreichend.

Die betriebswirtschaftliche Überzeugung ist die, dass derjenige, der sein Unternehmen Krankenhaus effektiv und effizient organisieren soll, eben nicht nur beim Betriebsablauf – wie organisiere ich effizient meine Prozesse im Krankenhaus – Änderungen vornehmen können muss, sondern auch in der Lage sein muss, die damit zusammenhängenden Investitionsentscheidungen eigenständig zu treffen. Entsprechende Investitionsentscheidungen werden heute aber leider oftmals misslicherweise bürokratisch getroffen, d. h. es gibt ein Antragsverfahren und die Gelder fließen in Abhängigkeit von der Haushaltslage des Landes. Ein unternehmerisch planbarer Prozess, wo ich sagen kann, am Ende des Jahres werde ich voraussichtlich über so und so viel Investitionsmittel verfügen, existiert somit in der Regel nicht. Sicherlich ist dies auch mit ein Aspekt, warum private Krankenhausträger oftmals mutmaßlich besser in der Lage sind, ihren Betrieb effizient zu organisieren.

Ferdinand Rau, Referent im Bundesgesundheitsministerium (Interview, geführt vom Autor im Mai 2009)

Der politische Entscheidungsprozess operiert damit weiterhin in hohem Maße unterkomplex gegenüber jenen gesellschaftlichen Verhältnissen, die er zu steuern beansprucht. Was die Medizin aus den politischen Vorgaben macht, was für wirtschaftliche oder rechtliche Konsequenzen ein Reformvorhaben mit sich bringt, muss aus systemischen Gründen für die Politik im Bereich der Intransparenz bleiben. Eine *polyzentrisch* organisierte Gesellschaft lässt sich nicht hierarchisch steuern.

Auch wenn die Systemtheorie tendenziell eher die Auffassung vertritt, dass die Politik mit zunehmender gesellschaftlicher Differenzierung immer weniger auf die gesellschaftlichen Verhältnisse durchgrei-

fen kann, bedeutet dies nicht, dass man der modernen Politik den Steuerungsanspruch vollends absprechen muss.

Mit Helmut Willke gesprochen kann sie zwar nicht mehr unmittelbar in andere Kontexturen eingreifen, dennoch aber im Sinne einer ›dezentralen Kontextsteuerung‹ durch ihre ureigenen Instrumente Bedingungen schaffen, unter denen dann die anderen gesellschaftlichen Teilsysteme mehr oder weniger optimal operieren können.⁷³ Eine so verstandene Politik würde in Rechnung stellen, dass sie die Komplexität der Gegenstände, über welche sie zu entscheiden hat, zwar nicht einmal annähernd durchschauen kann, was dann aber nicht heißt, auf Steuerung verzichten zu müssen. Ein solches Regiment hat dann allerdings auf die *Selbststeuerungsfähigkeit* der von ihm regierten Felder zu setzen, also mit politischen Mitteln jene Reflexionsverhältnisse zu fördern, welche die Eigensteuerung von Konflikten und ethischen Problemlagen erleichtern. Eine in diesem Sinne verstandene Politik wird gerade mit Blick auf die Reflexion ihrer Grenzen wirksam.⁷⁴

Ferdinand Rau: Das Faszinierende an den DRGs ist, dass anstelle von Regulierung über Anreize bestimmte Sachen in Bewegung kommen. Die Herausforderung besteht darin, dass Partikularinteressen und Systeminteresse in Deckung gebracht werden müssen. Ansonsten arbeite ich in die Gegenrichtung. Diese Anforderung ist leicht formuliert, es ist aber nicht trivial, dies auch entsprechend zu organisieren. Beispielsweise wird diskutiert, für gute Qualität auch eine Abweichung nach oben zu machen von den administrierten DRG-Preisen. Genauso muss es dann, wenn man konsequent ist, möglich sein, auch nach unten zu verhandeln. Das bringt einen aber auch zu ethisch schwierigen Fragestellungen, wenn man sagt, ok, wir nehmen schlechte Qualität zum Discountpreis. Grundsätzlich gibt es jedoch gute Argumente von administrierten Preisen Abweichungen machen zu können. Das Produkt, also die einzelne DRG, *sollte jedoch weiterhin bundeseinheitlich definiert sein.*

Interviewer: Das ist natürlich das Spannende, dass sozusagen die DRG von der Konzeption in dem Prozess alle Freiheitsgrade lässt. Das war ja bei Fetter auch schon so angelegt, dass er keine Hypothesen reingesetzt hat, welche Art des Prozesses die bessere ist.

Ferdinand Rau: Das Managen von Komplexitäten ist ein Aspekt Ihrer Fragen. In der Tat ist es gesundheitspolitisch natürlich von Interesse, Transparenz über das Leistungsgeschehen zu haben. Nicht realistisch wäre aus meiner Sicht aber ein Planungsanspruch, dass bundes- oder länderseitig der ganze Versorgungsprozess durchorganisiert wird. Ein dezentraler Wettbewerb innerhalb eines vorgegebenen Rahmens um die Organisation einer effizienten und effektiven Versorgung ist hier

73 Siehe Willke (1997).

74 Zu einem solchen selbstreflexiven Staatsverständnis auch Willke (1992).

zielführender. Insofern ist eine Ausrichtung eines Versorgungssystems auf bestimmte unumstrittene Zielsetzungen sicherlich zweckmäßig. Zur Erreichung dieser Zielsetzungen mag es unterschiedliche Wege geben. Ein Wettbewerb um den besseren Weg zur Zielerreichung, z. B. im Krankenhausbereich um die optimale Prozessorganisation, scheint mir durchaus sinnvoll zu sein.

Ferdinand Rau, Referent im Bundesgesundheitsministerium (Interview, geführt vom Autor im Mai 2009)

In Hinblick auf die gesundheitspolitischen Diskurse und die hiermit politisch verhandelten Sachverhalte ist es im Sinne der vorangegangenen Ausführungen sinnvoll, zwischen *Vorder-* und *Hinterbühne* zu unterscheiden. Auf der einen Seite stehen dann all jene Themen und Felder, die als offene politische Konflikte sichtbar werden und entsprechend parteiisch verhandelt werden. Auf der anderen Seite befindet sich demgegenüber die riesige Menge von Fragen und Steuerungsaufgaben, die im Intransparenzbereich von Gremien und bürokratischen Entscheidungsprozessen belassen werden. Die parteipolitischen Haltungen und Wertvorstellungen treten hier zurück zugunsten pragmatischer Haltungen, entsprechend denen dann Sachzwänge und die Kräfteverhältnisse der unterschiedlichen Interessengruppen üblicherweise in Form praktikabler Arrangements bearbeitet werden.

Auf der *Vorderbühne* lassen sich Kontroversen dann weiterhin nach dem alten Rechts-links-Schema organisieren, indem etwa Freiheit und Markt einer stärkeren staatlichen Kontrolle gegenübergestellt werden. Bestimmte Themen eignen sich in besonderem Maße als Arenen, in denen sich das Politische als Kontroverse inszenieren kann. So lässt sich dann die Einführung des kassen- und bundesländerübergreifenden Gesundheitsfonds als eine Auseinandersetzung um die Einführung oder Abwendung von ›Staatsmedizin‹ arrangieren, die weiterhin am Bedeutungshof der politischen Kampfformel ›Freiheit oder Sozialismus‹ parasitiert. Darüber hinaus bieten auch demokratische Emanzipationsbewegungen Schemata an – etwa die Stärkung der Patientenrechte vs. einer paternalistischen und arztzentrierten Medizin – an denen sich politische Semantiken selbstplausibilisierend abarbeiten können.

Andrea Fischer: »Also, die SPD hatte über Jahre hinweg in ihren gesundheitspolitischen Programmatiken die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung ganz hochgehalten. Das war immer eine ganz wichtige Forderung seitens der SPD. Als es dann in diesen Gesetzesentwurf hereinkam, da habe ich auch im Vorfeld schon sehr viel gesprochen, insbesondere auch mit den Vertretern der SPD-regierten Bundesländer. Wenn Sie so ein großes Gesetz machen, dann

vergewissern Sie sich, bevor Sie das einbringen, natürlich auch der politischen Unterstützung. Also habe ich auch mit der SPD im Bundestag geredet, neben den Grünen. [...] Dann war aber klar, dass diese Reform sehr groß wird, einen sehr großen Bereich abdeckt, und damit war auch klar, dass die Bundesländer stark beteiligt sein sollten. Und deswegen hat es viele Verhandlungen gegeben, wo wir Grünen mit der SPD, nicht nur aus der Fraktion, sondern auch aus den Bundesländern verhandelt haben. Da habe ich dann schnell festgestellt, dass die SPD-regierten Bundesländer die monistische Krankenhausfinanzierung eigentlich ganz schrecklich fanden. [...] Ich war damals so naiv, dass ich dachte, die Krankenhäuser sind seit Jahren unterfinanziert, vor allen Dingen, was die Investitionen betrifft, weil die Länder kein Geld mehr haben. Also müssten doch die Länder heilfroh sein, wenn ein Weg aufgezeichnet wird, aus diesen Verpflichtungen rauszukommen. [...] De facto haben die Länder natürlich dann vor allen Dingen Angst davor gehabt, dass sie damit auch ihre Bestimmungshoheit verlieren, weil die Krankenhausplanung in den Ländern gemacht wird. Bei einer monistischen Finanzierung wäre das vorbei. Das geht ja bis dahin, dass in Zukunft dann keine Landesminister und keine Landräte mehr kämen, die den Spatenstich für irgendeinen Krankenhausneubau einschlagen könnten, weil sie ja nicht mehr zuständig wären. So wurde da selbstverständlich nicht argumentiert, sondern viel komplexer, aber die monistische Finanzierung ist gescheitert, am Ende ist sie dann aber gescheitert an der CDU-Mehrheit im Bundesrat«.

Andrea Fischer, 1998-2001 Gesundheitsministerin, (Interview, geführt vom Autor im Juli 2009)

So sehr sich die Auseinandersetzung über Modelle der Gesundheitssystemgestaltung und der Charakteristik der Arzt-Patient-Beziehung für die politische Profilbildung eignet, so wenig bildet sie die eigentlichen gesundheitspolitischen Machtdynamiken ab. Als heiße Themen erscheinen hier insbesondere die Verteilung der Macht zwischen Bund und Ländern,⁷⁵ die sektoralen Abschottungen der Monopolanbieter,⁷⁶ wie mit der starken Lobby der Pharmazie und Medizintechnik umzugehen ist, bzw. die Frage, wer mit wem Verträge machen darf. An all diesen brisanten Feldern wird deutlich,

75 So hätten die SPD-geführten Länder qua Parteiprogramm eigentlich die monistische Krankenhausfinanzierung unterstützen müssen, arbeiteten dann jedoch, als die rot-grüne Regierung eine diesbezügliche Initiative starten wollte, dennoch gegen die Bundespolitik.

76 Aus dieser Perspektive ist es dann kein Widerspruch, wenn liberale Politiker, die sich eigentlich einer wirtschaftlichen Marktdynamik verpflichtet fühlen, sobald sie ein Regierungsamt übernehmen, dennoch eine Klientelpolitik betreiben, welche den Standesverbänden der Ärzte und Apotheker eine privilegierte Rolle zuweist.

dass die Dichotomie von Staat bzw. Politik auf der einen Seite und Wirtschaft bzw. Markt auf der anderen Seite zwar als Kampfesantik innerhalb des Politischen trägt, jedoch mit Blick auf die Rekonstruktion der eigentlichen gesellschaftlichen Verhältnisse in die Irre leitet. Auch in den vermeintlich liberalen Staaten sind die Möglichkeiten, Versorgungsleistungen anzubieten – und daran zu verdienen –, in hohem Maße politisch reglementiert und rechtlich formatiert.⁷⁷ Umgekehrt lässt sich auch mit der vermeintlichen ›Staatsmedizin‹ in Großbritannien seitens der pharmazeutischen Industrie wie auch durch die Ärzte ›gutes‹ Geld verdienen.

Wenngleich die Bedeutung der Globalsteuerung für den Charakter einer medizinischen Versorgungslandschaft nicht unterschätzt werden soll, verliert hier also – jenseits der üblicherweise inszenierten Differenzen – die ›vermeintliche‹ Systemfrage ein wenig an Gewicht. Die Aufmerksamkeit verschiebt sich stattdessen auf die vielfältigen gemeinsamen Bezugsprobleme, welche die modernen Industrienationen trotz ihrer unterschiedlichen ›Gesundheitssysteme‹ aufweisen. Überall lassen sich mehr oder weniger gescheiterte Versuche beobachten, die weitere Kostenentwicklung zu bremsen. Ebenso zeigen sich länderübergreifend Bemühungen, die Schnittstellenprobleme⁷⁸ eines hochgradig diversifizierten und ausdifferenzierten Versorgungssystems qua veränderter organisatorischer Formen zu steuern und zu modernieren.⁷⁹

Hiermit kommen wir zu jener *Hinterbühne* der Gesundheitspolitik, die sich den öffentlichen Kontroversen weitgehend entzieht. Wir begegnen auf der einen Ebene etwa den Ministerialbürokratien, welche die gesundheitspolitischen Reformprozesse über Partei- und Ländergrenzen hinweg bündeln und für die diesbezüglichen Prozesse ein Gedächtnis zur Verfügung stellen. Mit Saskia Sassen würde dann auch für die Weltkultur der Krankenbehandlung gelten, dass diese vor allem durch jenes »Paradox des Nationalen« bestimmt wird, entsprechend dem die Globalisierung und die hiermit übergreifende Adaption von Reform- und Modernisierungssemantiken nur durch jene außerhalb der öffentlichen Politik agierenden nationalstaatlichen Bürokratien geleistet werden kann.⁸⁰

77 Von der *actor-network-theory* lässt sich dann lernen, dass auch der so genannte ›freie Markt‹ etwas hoch Virtuelles darstellt, was sich nur durch eine Reihe von Zwangsmaßnahmen erreichen lässt (Callon 2006).

78 Siehe zu den Schnittstellenproblemen etwa Badura/Feuerstein (1994) und Mayntz (1988).

79 Siehe in Bezug auf eine vergleichende internationale Perspektive Hafferty (1995; 1993).

80 Sassen (2008).

Auf der anderen Ebene treffen wir auf all jene vielfältigen Gremien ›dezentraler Kontextsteuerung‹, in welche die vielfältigen Entscheidungen ausgelagert werden, die aufgrund der ihnen innewohnenden Komplexität seitens der politischen Spitzengremien nicht mehr bearbeitet werden können. Auf Bundesebene ist hier insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu nennen, das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen [BÄK]). Hier werden die Richtlinienentscheidungen über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen getroffen sowie zentrale Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen.

Gehen wir am Beispiel dieses Gremiums etwas ausführlicher auf den Charakter dieser Steuerungsprozesse ein. Auch wenn mittlerweile zu den Sitzungen Besucher zugelassen sind, bleiben die Entscheidungsprozesse mit Blick auf ihre Bahnung durch die zahlreichen Unterausschüsse hochgradig intransparent. Nun mag man zwar mit Urban kritisieren, dass hier im »stillen Kämmerlein« und fernab der öffentlichen (partei-)politischen Diskurse weitreichende Entscheidungen zur Rationierung von Gesundheitsleistungen« getroffen werden und der durch »ökonomische Interessen überdeterminierte Aushandlungsprozess des Ausschusses damit verschleiert« werde, indem er »auf das Trivialpostulat« [...] einer wissenschaftlich fundierten Medizin« reduziert« würde«, doch die Kritik kann das Kritisierte nicht ersetzen.⁸¹

Machen wir uns das Bezugsproblem deutlich, auf das dieses Gremium antwortet. Die Gesundheitspolitik und ihre untergeordneten Behörden stehen vor der Herausforderung, hoch spezifische Entscheidungen zu Prozessen zu treffen, die sie mit Blick auf die ihnen innewohnende Komplexität nicht wirklich verstehen können. Der G-BA und seine Untergremien gestalten einen Modus Operandi, diesbezügliche Entscheidungen in die Selbstorganisation der beteiligten Stakeholder zu verlagern, ohne damit jedoch den Steuerungsanspruch der Gesundheitspolitik prinzipiell aufgeben zu müssen. Formal behält das Bundesministerium für Gesundheit die Aufsicht und Hoheit über diese Prozesse.

Indem die politische Verantwortung auf zwei Orte verteilt wird, gelingt gewissermaßen die Quadratur des Kreises, wie dann auch Winkler in seiner empirischen Untersuchung zur dezentralen Kontextsteuerung aufzeigt. Die Gesundheitspolitik kann sich weiterhin als *captain of ship* begreifen, wenngleich sie den eigentlichen Prozess auslagert und aufgrund mangelnden Expertenwissens nicht wirklich

81 Urban (2001, 66).

supervidieren kann. Aufgrund des vorgestellten Arrangements kann die Politik dieses Gremium nutzen, um die Konsensfähigkeit ihrer Reformvorschläge auszutesten. Umgekehrt können die Spitzenvertreter der beteiligten Stakeholdergruppen innerhalb des Konsensfindungsprozesses weiterhin ihre spezifische Interessenpolitik betreiben, ohne dass dies als politisches Faktum offen zutage tritt und damit politisch fraglich wird.⁸²

Bemerkenswert an der sich hier darstellenden Lösung ist, dass sich die Politik über den Umweg der Gestaltung von Dialogkontexten als Politik plausibilisieren kann, indem die hiermit zu entscheidenden Fragen gewissermaßen entpolitisiert werden. Sie lagert gewissermaßen jene *inhaltlichen* Entscheidungslasten aus, welche sie aufgrund der ihnen innewohnenden gegenstandsbezogenen Komplexität nicht mehr mit ihren Eigenmitteln bewältigen kann. Sie gibt dabei jedoch ihre Rolle als Steuerungsinstanz nicht auf, da sie auf formaler Ebene ihre politische Autorität weiterhin zur Geltung bringt. Die nun kultivierte Unwissenheit aufgrund des gegenüber ihren Umwelten bestehenden Komplexitätsgefälles hebt die Funktion des Politischen nicht auf.

82. Aus den Interviews mit den Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums wird hier deutlich, wie sich die Politik nun zugleich als autonom initiativ wie auch hilflos angesichts der Überkomplexität des zu kontrollierenden Gegenstands begreift: Im Gespräch mit dem diesbezüglichen Abteilungsleiter Franz Knieps heißt es: »Wir haben nicht die Expertise, um in letzter Konsequenz sagen zu können, diese medizinische Entscheidung ist vertretbar und diese medizinische Entscheidung ist schon bedenklich. Wir haben gute Leute, aber wird sind vom Staff her überhaupt nicht aufgestellt, um quasi das Tagesgeschäft mit denen da zu machen« (Winkler 2006, 95).

Demgegenüber wird dann in einem anderen Gespräch betont: »Tatsächlich, so lassen es zumindest die Äußerungen der befragten Experten aus dem BMGS vermuten, wird der G-BA weniger als ein Gremium autonomer ›Verständigung‹ aufgefasst. Vielmehr gilt er als ›erster Wirklichkeitstest‹ einer ›bestimmte[n] politische[n] Linie‹, dessen Ergebnisse und Erkenntnisse, etwa ›falsche Vorstellungen‹ der Politik, mangelnde ›Akzeptanz‹ oder fehlende Umsetzbarkeit politischer Entscheidungen, im Zuge erneuter Gesetzgebung zu korrigieren seien« (Winkler 2006, 97).

Andrea Fischer: »Ich kann mich an eine Geschichte erinnern, da hat das NICE eine Bürgerkonferenz gemacht, bei der 25 Bürger nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, die dreimal jeweils zwei Tage über die Frage redeten, ob ab einem bestimmten Alter bestimmte Behandlungen nicht mehr gemacht werden sollen. Da haben die am Anfang alle gesagt, ›nee, das geht nicht.‹ Und dann haben die angefangen zu diskutieren, auch mit den Fachleuten, und haben sich kundig gemacht. Und am Ende haben sie gesagt, ›doch, unter bestimmten Bedingungen ist das in Ordnung.‹ Und dann kam im Grunde – was weiß ich – so etwas heraus wie ›mit 93 ist das mehr Quälerei, den noch mal zu operieren, und deswegen sollte man das nicht.‹ Das heißt, es ist schon möglich, darüber in dieser Weise zu diskutieren. [...] Übrigens kann man da noch ganz anders rangehen. Es gibt ein Äquivalent zum NICE in Schottland, die fangen jetzt auch mit diesem föderalistischen Unsinn an. Aber jedenfalls dieses Institut ist naturgemäß relativ klein, weswegen die eigentlich ein recht pragmatisches Verfahren haben. Innerhalb von sechs Wochen beschäftigen sie sich mit einem Medikament. Selbst angestellt haben sie nur irgendwelche Gesundheitsökonominnen. Alles andere an Erkenntnissen lassen sie sich irgendwie liefern, schauen da, was es schon an Studien gibt. Und dann wird ein Urteil gefällt von irgendeinem Board. Da sind unter anderem auch Vertreter der Pharmaindustrie drin. Ich hab gesagt, ›lasst ihr das zu und gibt das keine Proteste?‹ Da haben die mir gesagt, ›das sind doch die, die es entwickelt haben, die wissen doch, wie es geht, und überhaupt, die haben doch die Ahnung.‹ Und dann lässt man auch Bürger mit in diesem Board entscheiden, ich glaube drei sind es. Die werden alle zwei Jahre mit einem öffentlichen Aufruf gesucht. Die werden dann schon noch mal getestet, aber im Prinzip sind das irgendwelche Zufallsbürger. Die Regel ist dann, mal angenommen, es geht um ein Leukämie-medikament und der dritte Bürger hat nun zufällig gerade eine Tochter mit Leukämie, dann wird er einfach an dieser Abstimmung nicht teilnehmen. Ich saß da und dachte, ›na, ich kann's gar nicht glauben.‹ Dann habe ich gesagt, ›habt ihr denn nicht irgendwie Probleme, dass dann Proteste entstehen.‹ Da haben sie gesagt, ›selbstverständlich gibt es immer irgendwelche Leute, die mit irgendeiner Entscheidung nicht einverstanden sind. Aber das hat keine Wirkung, weil das Verfahren insgesamt als legitim gilt und dementsprechend gibt es dann zwar einzelne Kritik, aber es wird nicht grundsätzlich infrage gestellt.‹ Ich glaube, so pragmatisch könnten wir in Deutschland da nie drangehen. Aber dieses Beispiel aus Schottland beschäftigt mich schon sehr.«

Andrea Fischer, 1998-2001 Gesundheitsministerin (aus einem Interview, geführt vom Autor im Juli 2009)

Man könnte nun zunächst vermuten, dass das hiermit verbundene Nicht-Wissen durch eine wissenschaftliche Politikberatung korrigiert werden könnte. Für die Gesundheitspolitik gibt es mit dem Sachverständigenrat (SVR) auch ein Gremium mit einem diesbezüg-

lichen Beratungsauftrag. Doch die Binnenbeziehung zwischen Politik und Wissenschaft ist durch einen ›Kontexturübergang‹ geprägt, der genau das unterläuft, was die Beratung zu leisten beansprucht.⁸³ Entweder erscheint Wissen der wissenschaftlichen Politikberatung aufgrund der spezifisch wissenschaftlichen Arbeitsweise zu abstrakt, zu unkonkret und von einem Zeithorizont aus entwickelt, welcher dieses Wissen für die tagespolitischen Anforderungen uninteressant erscheinen lässt, oder man unterstellt dem Rat dann selber, politisch motiviert zu beraten, was dann jedoch deren wissenschaftliche Stellungnahme disqualifiziert.⁸⁴

- 83 Hierzu wieder Winkler: »Einzig möglicher Beobachter und Korrektor des politischen Beobachters könnte der Sachverständigenrat (SVR) sein, der ›grundsätzliche Entwicklungen‹ im Gesundheitswesen ›bewerten‹ soll. Dabei sind es nicht nur ›konkrete Aufgaben‹ der Politik, die der SVR bearbeitet, sondern ihm verbleibt auch, ähnlich wie dem IQWiG, die ›Freiheit [...] sich selber seine Themen‹ zu suchen. Beide Varianten wurden ›praktiziert‹, erwiesen sich aber für die Politik als ›ganz wenig brauchbar.‹

Dies hat offenkundig vor allem zwei Gründe: erstens arbeiten Politik und SVR nicht synchron. Die Dauer der Abarbeitung von Aufträgen durch den SVR (›das dauert [...] ein, zwei Jahre, das ist für Politik ein unendlich langer Zeitraum‹) führt dazu, daß die Ergebnisse nicht mehr in das aktuelle politische ›Diskussionsszenarium‹ passen. Zweitens besteht ein Übersetzungsproblem zwischen wissenschaftlicher und politischer Semantik: ›Mit hoch abstrakten, wissenschaftlichen Abhandlungen kann ein Parlament oder auch eine Verwaltung nicht viel anfangen.‹

Unter den ›Praktikern‹ im BMGS gilt der SVR daher inzwischen als diskreditiert: ›Die meisten Kollegen in der Fachabteilung sehen den SVR eher verächtlich. Dies mag auch darin seine Begründung finden, daß der Sachverständigenrat nicht im ›politikfreien Raum‹ operiert, sondern ›politisch besetzt‹ wird [Transkript BMGS 2005: 5f.] (Winkler 2006, 95f.)«.

- 84 Spätestens seit den Wissenschaftskontroversen um die Atomtechnologie weiß man dann auch in der Politik, dass Wissenschaftler aus verschiedenen Perspektiven sprechen, die nicht unbedingt zu einer Einheit finden. Die Antwort der Politik ist auch hier der Rückgriff auf mehr partizipative und dialogische Entscheidungsformen, die dann unterschiedliche Sprecherpositionen an einen Tisch bringen (vgl. Maasen/Kaiser 2007; Maasen/Weingart 2005). Umgekehrt gilt dann aber mit Weingart (2001), dass auch Wissenschaft nicht in einer wissenschaftlichen Politikberatung aufgehen kann, sondern dass ihre Legitimität gerade darin besteht, im Hinblick auf ihre Funktion eine Differenz zur Operationsweise von der Politik und den Massenmedien aufrechtzuerhalten.

»*DIE ZEIT*: Warum sind Sie vorzeitig als Vorsitzender des Sachverständigenrates abgetreten?

Friedrich Wilhelm Schwartz: Es gab zwei Gründe. Der eine ist, dass mich derzeit andere Verpflichtungen viel Zeit kosten. Zweitens habe ich die Möglichkeit gesehen, mich zu meinem Amt und zum Rat freier zu äußern. Ich möchte für eine gewisse Politikdistanz und klare Sachbezogenheit öffentlich eintreten können. Damit hoffe ich diesen – aus meiner tiefen Überzeugung notwendigen und wichtigen – Rat zu erhalten und nicht durch zu große Politiknähe in ernste Gefahr zu bringen.

DIE ZEIT: In letzter Zeit wurden Expertenräte häufiger nach Bedarf berufen oder wieder abgeschafft. Was bedeutet das für die Rolle der Sachverständigen?

Schwartz: Je mehr ein Wissenschaftler als Person in der politischen Alltagsmechanik steht, um so eher ist er in der Gefahr, aus Opportunität zu handeln. Der als politiknah geltende Vorsitzende des Sozialbeirates der Bundesregierung meinte noch vor kurzem, dass die Rentenversicherungsbeiträge nicht steigen, und stützte damit Riester. Nach Presseberichten sagt derselbe jetzt, dieser Betrag sei nicht zu halten, und schwenkt damit nicht nur auf die Linie seines wegen ähnlicher Äußerungen von der Politik geschassten Vorgängers ein und zugleich auf die Seehofer-Linie über. Da fragt man sich: Was hat sich geändert, sachliche Voraussetzungen oder persönliche Opportunität? Politiknähe fördert Zweifel. [...]

DIE ZEIT: Das Mitglied des Sachverständigenrates Karl Lauterbach fordert hingegen, Forscher sollten nicht so tun, als hätten sie keine Interessen oder politischen Vorlieben. Sie sollten im Gegenteil mit diesen Interessen offensiv umgehen.

Schwartz: Dennoch müssen auch solche Personen innerhalb eines Ratsgremiums – ich will das gar nicht an Namen festmachen – sich verlässlich für eine bestimmte Linie entscheiden und diese mit nachvollziehbaren Sachargumenten begründen. Dann kann es nicht sein, dass jemand im Rat dafür plädiert, sich mit der Einführung eines neuen Abrechnungssystems für Krankenhäuser Zeit zu lassen – und dieselbe Person bei der Politik auf Eile drängt. Spricht diese Person noch als Sachverständiger, oder folgt sie politischem Kalkül? Wenn einer in verschiedenen Rollen aktiv wird, dann muss er sagen: Ich setze jetzt den Wissenschaftlerhut ab und ziehe den Parteihut auf.«

*Friedrich Wilhelm Schwartz (2002), ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats*⁸⁵

Zum Abschluss der Diskussion um die Besonderheiten der politischen Kontextur soll im Folgenden noch etwas ausführlicher auf die Idee der zunächst im angloamerikanischen Raum, dann aber

85 Vgl. auch Schwartz (2003).

auch in Kontinentaleuropa zunehmend attraktiver erscheinenden Semantik des *New Public Management* (NPM) eingegangen werden. Das NPM trat mit dem Reformversprechen an, wohlfahrtsstaatliche Dienstleistungen zu modernisieren, indem gezielt Marktelemente, etwa in Form der Privatisierung der Leistungsbereiche, und moderne Managementmethoden bei gleichzeitiger (externer) Qualitätskontrolle eingeführt werden. Es steht im Kontext einer bestimmten gesellschaftlichen Doktrin, die – so attraktiv und unbezweifelbar sie zurzeit erscheint – einer Programmatik folgt, deren gesamtgesellschaftliche Rationalität im strengen wissenschaftlichen Sinne bislang nicht bewiesen ist und vermutlich auch nicht bewiesen werden kann, da hier mit einer Reihe von paradoxen Effekten zu rechnen ist, die mit den Programmzielen in Konflikt stehen.⁸⁶

NPM erscheint in diesem Sinne vor allem als eine politische Programmatik, die unter ›liberalem‹ Vorzeichen auf mehr Konkurrenz unter den Anbietern setzen möchte, ohne dabei jedoch die staatlichen Kontrollansprüche aufzugeben. Der programmatische Anspruch, die Bereiche der »Unter-, Über- und Fehlversorgung«⁸⁷ zu identifizieren und entsprechend den Erkenntnissen wissenschaftlicher Expertise Überflüssiges und Nicht-Bewiesenes aus den Katalogen herauszustreichen, entspricht einem umfassenden, volkswirtschaftlichen Primat, der parteipolitisch übergreifend geteilt wird. Vermittelt werden soll dies jedoch durch die betriebswirtschaftliche Rationalität eines Marktes, über den konkurrierende Akteure wechselseitig ihre Effizienzreserven herauslocken sollen. Da jedoch dem Markt in seinen entscheidenden Momenten – nämlich in der Aushandlung der Preise für die Leistungsentgelte sowie in der Sicherstellung einer angemessenen Leistungsqualität – misstraut wird, setzt man hier wieder auf eine zentrale Steuerung, die bürokratisch bis in die einzelne Fallabrechnung hineinreicht und zudem durch ähnlich bürokratisch organisierte Qualitätssicherungsinstrumente flankiert wird.

86 Das lässt NPM aus organisationssoziologischer Sicht insbesondere zwei Klassen von Folgeproblemen erwarten, die in der Literatur unter den Begriffen *colonization* und *decoupling* diskutiert werden (Power 1997, 94ff.): Im ersten Fall kommt es zu paradoxen Effekten, wenn die ›reformierten‹ Organisationen nun Leistungskriterien folgen, die der Qualität der eigentlichen Dienstleistung widersprechen. Beispielsweise kommt es zur Entwertung des professionellen Kernbereichs zugunsten der Surrogatparameter, die dem Controlling unterliegen.

Im zweiten Fall bearbeiten die Zielakteure die vorgegebenen Kriterien im Modus des ›Als-ob‹. Es entsteht ein zusätzlicher bürokratischer Mehraufwand, der inhaltlich wie auch funktional vom eigentlichen Kerngeschäft abgekoppelt ist.

87 So der Sachverständigenrat im Gutachten von 2000/2001.

NPM lässt sich als ein weiterer Versuch der Politik verstehen, Steuerungslasten in Bezug auf die moderne Krankenversorgung auszulagern – in diesem Fall in wirtschaftliche Aushandlungsprozesse –, ohne dabei auf übergreifende Kontrollansprüche zu verzichten. Letztere werden jedoch nicht mehr selber durch die politischen Gremien vollzogen, sondern an spezielle Einrichtungen zur Qualitätssicherung übertragen, sodass im Verhältnis zur Politik in beiderlei Hinsicht eine ›Dekontextualisierung‹ zu beobachten ist. Mit dem NPM vertritt die Gesundheitspolitik in Hinblick auf ihre wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben dann zwar weiterhin die unstrittigen Werte ›Wirtschaftlichkeit‹ und ›Qualität für alle‹, delegiert aber als politischer Agent dieser Werte die hiermit verbundenen Steuerungsaufgaben wiederum an Organisationen und Akteure, welche strukturell (zunächst) außerhalb des Politischen zu verorten sind.

In Bezug auf die moderne Gesundheitspolitik begegnen wir auch hier wieder dem Befund, dass Politik in einer funktional differenzierten Gesellschaft vor allem dann gut operieren kann, wenn es ihr gelingt, ihre Macht- und Wissensgrenzen dadurch zu kompensieren, dass sie die hiermit verbundenen Bezugsprobleme in Richtung eines Lösungsverfahrens wendet und ihren Rückzug aus diesbezüglichen Verantwortlichkeiten als eine politisch motivierte Intervention plausibilisiert.⁸⁸

Es ist zu betonen, dass es an dieser Stelle weniger um eine Kritik an der Politik im Allgemeinen und der Gesundheitspolitik im Besonderen geht, sondern vor allem um ein reflexives Verständnis der politischen Kontextur der gegenwärtigen Gesellschaft. Dies ist für unser Thema insofern wichtig, als die Rolle der Politik in der Gesundheitssystemgestaltung üblicherweise zugleich über- wie auch unterschätzt wird. Sie wird systematisch überschätzt, indem man ihr eine zu große Macht im Hinblick auf den Durchgriff auf die derzeitigen Versorgungsprobleme zurechnet. Sie wird jedoch auch unterschätzt, indem der politische Charakter der durch wissenschaftliche und wirtschaftliche Sachzwänge begründeten Reformvorhaben unterschätzt wird. Politisch vermeintlich neutrale Instrumente und Verfahrensweisen – man denke etwa an das Abrechnungssystem der DRGs, die *evidence based medicine* und die in Form einer *audit society* implementierten Qualitätssicherungssysteme – zeigen sich nämlich bei genauerem Hinsehen weitaus mehr politischen Rationalitäten geschuldet als Anforderungen einer sinnvollen Organisation von Behandlungsprozessen. Die Idee, auf diese Weise eine wirtschaft-

88 Insbesondere in den am Foucaultschen Denken geschulten diskursanalytischen Arbeiten entdeckt man in genau diesem Moment jene *Gouvernementalität*, in der sich Subjektivierungs- und Herrschaftsprozess tiefgehend ineinander verweben (siehe etwa Bröckling 2007).

lichere, wissenschaftlichere und qualitativ hochwertigere Medizin hervorbringen, erweist sich bei genauerer Betrachtung als politische *Ideologie*. Im Sinne der gegenwärtigen Politik des Politischen ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass Politik in der Regel als ein Tagesgeschäft organisiert ist, dessen ›praktischer Sinn‹ vor allem darin besteht, performativ in einer Öffentlichkeit ohne allzu großen Gesichtsverlust zu bestehen, also mit Blick auf den Code ›*Macht haben/Macht nicht haben*‹ Opportunitätschancen nicht durch allzu viel Reflexivität wieder in Frage zu stellen.⁸⁹

Recht

Jede medizinische Handlung kann potenziell auch unter dem Blickwinkel rechtlicher Semantiken betrachtet werden. Schauen wir deshalb etwas ausführlicher auf die Spezifika der rechtlichen Kontextur. Recht steht zwar insofern mit der Politik in einer Beziehung, als dass Letztere als Gesetzgeber neue Gesetzesvorlagen einbringen und beschließen kann. An dieser Stelle interessiert jedoch vor allem die Autonomie des Rechts als eigenes Funktionssystem. Das Recht folgt – insofern es sich als eigenständiges System ausdifferenziert hat – seiner eigenen Logik. Innerhalb des großen Universums der Kommunikation erzeugt es nun eine Differenz zwischen sich selbst – der rechtlichen Kommunikation – und allen anderen Kommunikationsweisen.⁹⁰

Dies geschieht auf Basis eines zweiwertigen Codes mit den Werten *recht* und *unrecht*, der nun im Sinne von Günther eine klassische

89 Hierzu abschließend nochmals Winkler mit einem Zitat aus dem Bundesgesundheitsministerium: »Die Idee einer sich in ihrem Agieren selbst hinterfragenden Politik wird dementsprechend von den interviewten Ministerialbeamten als eher fremdartig und abwegig betrachtet. Abteilungsleiter Knieps: ›Ich sehe wenig, daß sich die Politik selber in Frage stellt. Politik wird alle vier Jahre in Frage gestellt.‹ Die Selbstreflexion des politischen Systems, so sekundiert Dalhoff, ist allenfalls ›seltenes Glücksmoment‹, keinesfalls aber institutionalisiert (TRANSKRIPT BMGS 2005: 15f.)« (Winkler 2006, 97).

90 Dass es überhaupt zu einem autonomen Recht kommen kann, hat eine lange Geschichte, deren schwierige Rekonstruktion davon abhängt, wie die Beziehung von Evolution und gesellschaftlicher Differenzierung zu fassen ist. Die allgemeine These lautet hier im Einklang mit Max Weber, dass nur die abendländlichen Gesellschaften der Neuzeit jenen Komplexitätsgrad erzeugt haben, auf dessen Basis dann eine funktionale Differenzierung möglich wurde (vgl. Luhmann 1998a, 743ff.). Siehe hierzu mit Blick auf das Recht insbesondere Luhmann (1999, 35ff.) und Luhmann (1995, 239ff.).

Kontextur aufspannen kann, die den Gegenstandsbereich und damit auch die eigenständige Typik des Rechts formatiert. Innerhalb des Rechts ist ein Sachverhalt nun entweder recht oder unrecht. Ein Drittes ist nicht gegeben – und hiermit kann das Recht nun fortfahren, einen bestimmten Typus von Kommunikation zu produzieren, der darauf angelegt ist zu unterscheiden, ob etwas rechtens oder nicht rechtens ist. Der Code selbst gibt hierzu keine Anweisungen, *wie* dies konkret zu geschehen habe. Mit den Gesetzen, Rechtsvorschriften, Verfahrensweisen und den Verweisen auf andere Urteile konstituiert sich entsprechend ein zusätzlicher »Sinnbereich«, der »sachliche Kriterien für die Frage zur Verfügung« stellt, »ob der positive oder der negative Wert gegeben ist. Und hier rückt dann die gesammelte Rechtstheorie ins Feld, welche Kriterien jeweils für die Unterscheidung richtiger bzw. unrichtiger Zuordnung der Werte anzuwenden sind«. ⁹¹ Als autonomes Funktionssystem entstehen im Recht selbst jene *Reflexionsinstanzen*, welche einerseits die System-/Umwelt-Grenze bewirtschaften – also entscheiden, ob das Recht zuständig ist oder nicht – und andererseits unterschiedliche Rechtsfragen, Urteile, Fälle etc. vergleichend miteinander in Beziehung setzen können.

Die Begründung des Rechts liegt hiermit in sich selber, in der Tradition der eigenen *Texte*. Im Sinne des *positiven Rechts* ergibt sich die Geltung rechtlicher Normen allein aus deren *Setzung* durch einen kommunikativen bzw. sozialen Akt (*kodifiziertes Recht*). Aus dem unendlich großen Meer möglicher Kommunikation kapselt sich hier gleichsam eine Insel ab, die einer spezifischen eigenen Logik folgt.

Chefarzt: Jetzt mit den Aufklärungsbogen ... Juristerei und Medizin ist dann eine unheilsame Verbindung. Die Aufklärungsbögen, wenn man die den Patienten mitgibt, dann schlafen die nachts 5 cm höher, so Angst haben die. ... Früher war Aufklärung eine hohe ärztliche Kunst. Der Patientenkontakt war wichtig und man musste sich dann genau hineindenken, was man dem Patienten dann sagen konnte, und wie man ihn dann am besten beruhigt. Jetzt bekommt der nur noch den Zettel und dann geben wir nachts eine Valium ... dann heißt es, ›die Qualität der ärztlichen Behandlung verbessert sich‹. Mag dann vielleicht statistisch sein, dass es dann genauso gut ist wie vorher. Aber der Patient, der wird dann mit seinen Ängsten doch alleine gelassen.

Chefarzt einer internistischen Abteilung, September 2004 (Vogd 2006, 219).

Für die Beziehung zwischen Recht und Medizin lässt sich dabei zunächst feststellen, dass sich jede medizinische Handlung potenzi-

91 Luhmann (1995, 216).

ell auch unter dem Code *recht/unrecht* reflektieren lässt. Während die Funktionssysteme Medizin und Wirtschaft wider der offiziellen Rhetorik recht unverkrampft in eine gemeinsame ›Koproduktion‹ gehen – die Krankenbehandlung braucht Geld und man kann mit ihr Geld verdienen – stehen Recht und Medizin in einer problematischen Beziehung zueinander. Der Handlungsdruck in den Krankenhäusern und ärztlichen Praxen führt oftmals zu Konstellationen, in denen geltendes Recht außer Acht gelassen werden muss, um die Arbeit ordentlich erledigen zu können. Beispielsweise werden Arbeitszeitgesetze oft missachtet, führen Akteure Arbeiten aus, für die sie formal nicht angemessen qualifiziert sind, werden Patienten vielfach nicht hinreichend über bestimmte Interventionen aufgeklärt und nicht zuletzt erscheint die Arzt-Patient-Beziehung oftmals mit problematischen Gewaltmomenten durchsetzt. Darüber hinaus besteht im Krankenhaus auch jene ›Grauzone Sterben‹, in der Sterbehilfe, Verletzung des Patientenwillens und unterlassene Hilfeleistung oft kaum voneinander zu unterscheiden sind.⁹²

Ärztliches Handeln berührt eine Reihe unterschiedlicher rechtlicher Fragen. Zunächst ist hier der rechtliche Sonderstatus medizinischer Interventionen zu nennen, die an sich eine ›Körperverletzung‹ darstellen, aber dann in Hinblick auf das übergeordnete Interesse an Heilung straffrei gestellt werden können. Hieraus folgen dann die bekannten rechtsrelevanten Fragen (insbesondere ärztliche Aufklärung, Patientenautonomie, Sterbehilfe sowie die Problematik des Kunstfehlers).⁹³

Die drohende Gefahr, rechtlich belangt werden zu können, kann Ärzte zu übermäßig absicherndem Verhalten motivieren, das der eigentlichen medizinischen Rationalität zuwiderläuft. Ärzte neigen dann dazu, teils invasive und in Hinblick auf Nebenfolgen nicht unbedenkliche diagnostische Verfahren zu verordnen, um das Risiko der Falscherkennung einer Erkrankung auszuschalten (›*defensive testing*‹). Unterm Strich sind die medizinischen Risiken der Untersuchungen oftmals höher zu veranschlagen als die Wahrscheinlichkeit, durch die auszuschließende Fehldiagnose zu Schaden zu kommen.⁹⁴

Insbesondere haftungsrechtliche Fragen können die Ausformung einer medizinischen Kultur stark beeinflussen, wie insbesondere der Blick auf die US-amerikanischen, aber auch die Schweizer Verhältnisse zeigt.⁹⁵ Wenngleich in Deutschland Rechtsverfahren gegen Ärzte

92 Vgl. Vogd (2009a).

93 Siehe zur ausführlichen Einführung in die rechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts Francke (1994).

94 Vgl. etwa Pauker/Pauker (1998); DeKay/Asch (1998).

95 So lässt sich etwa für die USA vermuten, dass mindestens 10 % der

(noch) eher selten sind und noch seltener zu deren Lasten ausgehen,⁹⁶ sind diesbezügliche Befürchtungen seitens der Ärzte im Klinikalltag regelmäßig zu vernehmen.⁹⁷ Zudem können hierdurch für die Versorgungsanbieter auch erhebliche ökonomische Folgelasten entstehen, allein schon dadurch, dass man höhere Versicherungsbeiträge zu leisten hat, um sich gegenüber den Haftpflichtrisiken abzusichern. Dies wiederum kann dazu führen, dass es sich ökonomisch nicht

finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitssystem haftungsrechtlichen Fragen geschuldet sind. Zudem führen haftungsrechtliche Fragen zu einer Ausdehnung von Leistungen im Sinne einer Defensivmedizin (vgl. Roberto 2003). Zu berücksichtigen sind dabei jedoch auch die Besonderheiten des amerikanischen Rechts, die es für potenzielle Kläger und deren Anwälte attraktiv erscheinen lassen, auf gut Glück einen Haftpflichtprozess anzustreben, da die unterlegene Partei der anderen Seite weder Anwalts- noch Verfahrenskosten zu erstatten hat. Diese Bedingungen erleichtern es spezialisierten Anwälten auf potenzielle ›Kunden‹ zuzugehen und diese zu ermuntern, einen Prozess anzustreben.

96 Der Medizinrechtler Peters stellt in einer Untersuchung zu Verfahren gegen Ärzte im Raum Düsseldorf im Zeitraum von 1992-1996 fest: »Von einem Boom der Arztstrafverfahren kann folglich in Düsseldorf keinesfalls gesprochen werden. Es ist jedoch festzustellen, dass innerhalb des Untersuchungszeitraums von viereinhalb Jahren im Durchschnitt gegen jeden 15. tätigen Arzt ein Ermittlungsverfahren anhängig war. Damit mußte nicht eine psychische Belastung des Beschuldigten verbunden sein, denn nur 40 % erhielten im Verlauf des Verfahrens eine polizeiliche Vorladung. 60 % der betroffenen Ärzte hatten dagegen keinerlei Kenntnis von dem Ermittlungsverfahren, das nach einer erneuten Vernehmung der Zeugen eingestellt wurde« (Peters 2002, 230).

97 In diesem Sinne stellt auch Wettreck aufgrund seiner Beobachtungen des Klinikalltages fest: »Im Zuge medizinischer Vigilanz existiert ein Vorwarnsystem zur Vermeidung problematischer Arzt-Patient-Konstellationen, das auch kollegial untereinander unterstützt wird. (Dies betrifft ›schwierige‹ Patienten vielfältiger Couleur). Wesentliches Moment der Arzt-Patient-Beziehung ist dabei ärztlicherseits auch das mögliche juristische Bedrohungspotential eines Patienten. Juristische Absicherungstechniken sind standardmäßig: Absicherung durch juristisch wirksame Formulare und Aktenführungen (Aufklärungsbögen, Aktennotizen zur Absicherung gegen spätere, verfälschende Darstellungen, Protokollierung standardmäßiger Verfahrensschritte, Besonderheiten und Absprachen, etc.). Die fortschreitende Juridifizierung der Medizin ist dabei ein vielbeklagtes und gefürchtetes, als ›Amerikanisierung‹ denunziertes Phänomen: De facto stehen juristische Drohungen zumeist als Schimäre im Hintergrund und sind keinesfalls so häufig wie im medizinischen Alltag erwähnt. Im medizinischen ›Meister-Status‹ wird Angst vor juristischen Schwierigkeiten selten erwähnt« (Wettreck 1999, 69).

mehr lohnt, in bestimmten Gebieten entsprechende Dienstleistungen anzubieten,⁹⁸ sodass hier dann von staatlicher Seite Supplemente geschaffen werden müssen. Insgesamt steht Medizin vor der paradoxen Situation, dass gerade ihre erwartbaren Erfolge Ansprüche auf Dauer stellen, die als rechtliche Normalitätserwartungen eingeklagt werden können.⁹⁹

Eine weitere wichtige rechtliche Konditionierung der organisierten Krankenbehandlung ergibt sich durch den jeweiligen *modus operandi*, wie die Schuldfrage bei Kunstfehlern im Kontext überlasteter Organisationen beantwortet wird. Je nachdem, ob man hier im Falle von ärztlichen Fehlern die Schuld eher dem behandelnden Arzt als unmittelbar Verantwortlichem oder dem Manager, der mittelbar über überfordernde Einsätze entscheidet, zurechnet, ergeben sich gewichtige Konsequenzen für die Beziehung zwischen ärztlichem Bereich und Verwaltung.¹⁰⁰ Im letzten Fall haben Vorgesetzte vermehrt mitzureflekieren, dass die Pannenverantwortung gegebenenfalls rechtlich ihnen zugerechnet werden kann, beispielsweise bei Organisationsentscheidungen, die eine wiederholte Verletzung des Arbeitszeitgesetzes mit sich bringen.

Da das Recht üblicherweise nicht von sich aus in die Arbeitsweise medizinischer Organisationen hineinschauen kann, lässt sich vielen der rechtlichen Anforderungen Genüge tragen, indem rechtmäßig dokumentiert wird, während die Behandlung weiterhin dem ›praktischen Sinn‹ der organisatorischen und medizinischen Anforderungen folgt. Dies gilt dann oft auch für die Patientenaufklärung: Man legt dem Patienten alle zu treffenden Entscheidungen mit ihren möglichen Nebenwirkungen in schriftlicher Form zur Zustimmung vor, um nun für den Fall eines Rechtsstreits die Entscheidungsautonomie dem Patienten zurechnen zu können, wenngleich diesem in der konkreten Behandlungssituation sowieso keine andere Wahl bleibt, als zu unterschreiben.¹⁰¹

98 Vgl. Beck (2005).

99 »Mitverantwortlich für die ›dramatische Teuerung von Personenschäden im Heilwesen‹ (GDV) ist auch der medizinische Fortschritt. Durch ihn überleben mehr Patienten etwaige Zwischenfälle und selbst Schwerstgeschädigte haben oft eine fast normale Lebenserwartung. Diese an sich positive Entwicklung bedeutet für die Haftung, dass die Versicherung möglicherweise mehrere Jahrzehnte Heilbehandlungs-, Pflege- und Rentenversicherungskosten übernehmen muss« (Flintrop/Korzilius 2010, 693).

100 Derzeit neigt die Rechtsprechung in der Bundesrepublik noch dazu, Behandlungsfehler auch bei offensichtlichen Managementfehlern allein dem ärztlichen Akteur zuzurechnen (Schulte-Sasse 2009).

101 Vgl. Braddock et al. (1999).

Da das Recht sich vor allem an der Textform orientiert, birgt eine fehlerhafte Aktenführung in der Regel eher die Gefahr rechtlich belangt zu werden, denn die in der Behandlung vielfach auftretenden medizinischen und organisatorischen Ungereimtheiten. Die juristische Kontextur bringt entsprechend eine spezielle Form der Bürokratisierung medizinischer Abläufe mit sich. Die Akte stellt das zentrale Medium der rechtlichen Arbeit dar und in diesem Sinne hat die medizinische Dokumentation immer eine Doppelrolle inne. Sie organisiert die medizinische Arbeit und hat zudem die rechtliche Legitimation mitzubedenien.¹⁰²

Da das Recht an sich von Medizin nichts versteht, sich aber sehr wohl an schriftlich explizierten Normen orientieren kann, ergeben sich durch die Ausformulierung »evidenzbasierter Leitlinien« seitens der medizinischen Fachgesellschaften weitere Anknüpfungspunkte für das Recht. Der Medizinrechtler Dieter Hart sieht Leitlinien gar als die »wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungen« an, denn diese würden »aus der Sicht aller betroffenen Rechtsgebiete wichtige rechtliche Rezeptionsvoraussetzungen« schaffen und damit auch die Chance eröffnen, »die erforderlichen rechtlichen Bewertungen zu harmonisieren«. ¹⁰³ In ihrer Qualitätssicherungsfunktion« bewirke jedoch die »Befolgung der Leitlinie eine »Haftungsimmunisierung««. ¹⁰⁴ Im gleichen Sinne seien dann auch die Krankenhausorganisationen verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, falls ein Standard, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu halten sei. Mittels Leitlinien lassen sich medizinische Fälle in juristische Probleme übersetzen und *rechtlich* behandeln. Inwieweit diese juristischen Implikationen wirklich den Alltag der Mediziner beeinflussen und gar korrumpieren werden, ¹⁰⁵ bleiben an dieser Stelle offene Fragen, deren Beantwortung vor allem davon abhängt, welche Technologien implementiert werden, um die Prozesse der Krankheitsbehandlung rechtswirksam abzubilden.

102 Vgl. Berg (1996; 2008).

103 Hart (2000, 4).

104 Hart (1998, 12f.).

105 In diesem Sinne befürchtet etwa Hoffmann, dass »Leitlinien mit dem bisher bekannt gewordenen Verbindlichkeitsgrad« die Medizin »zementieren« und »die Freiheit ärztlichen Handelns« sowie »die ärztliche Kunst« beseitigen und hierdurch letztlich zu einer »Entakademisierung der Medizin« führen würden (Hoffmann 1999, 14).

Jörg Arnold: Wir verlieren mit der Sparte ›Arzthaftpflicht‹ nachhaltig Geld. Wir haben Schadensquoten, die um die 200 Prozent liegen. Das heißt, wir nehmen 1 000 Euro ein und geben 2 000 Euro für die Schadensregulierung aus. Das Geschäft ist hochgradig defizitär. Weil wir schon im dritten Jahr in Folge diese hohen Verluste machen, mussten wir jetzt reagieren. Wir haben deshalb im letzten Jahr unseren Tarif neu kalkuliert.

DA: Sie sagen, Sie schreiben seit drei Jahren rote Zahlen. Was war denn vorher anders?

Arnold: Wir haben es insgesamt im Bereich der Arzthaftpflicht mit einer Erhöhung der Entschädigungssummen zu tun. Nur ein Beispiel: Ein Orthopädieschaden mit Knieversteifung und einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 Prozent erreichte 1998 eine Schadenshöhe von 110 000 Euro, 2008 lag die Schadenshöhe bei 450 000 Euro.

DA: Wer sind denn die Kostentreiber?

Arnold: Da gibt es mehrere. Ein Kostentreiber ist der medizinische Fortschritt, ein anderer sind die Verdienstausschläge, mit denen wir immer häufiger konfrontiert werden. Vor zehn, 20 Jahren ging es eher um die medizinische Nachbehandlung von Fehlern. Heute ist der größte Aufwandsposten bei Großschäden in der Regel der Verdienstausschlag. [...]

DA: Auf welcher Basis kalkulieren Sie Ihre Tarife? Welche Risiken fließen ein?

Arnold: Wir unterteilen in Fachrichtungen und schauen uns dann sehr genau an, welche Tätigkeiten der einzelne Arzt ausübt. [...] Ein gutes Beispiel sind auch die Gynäkologen. Gynäkologen ohne Geburtshilfe sind preislich sehr unauffällig. Da haben wir am Tarif nicht viel verändert. Explodiert im Preis sind die niedergelassenen Gynäkologen, die auch geburtshilflich tätig sind. Das sind etwa 1 000 in Deutschland. Deren Prämien sind aktuell von rund 13 000 Euro jährlich auf gut 40 000 Euro gestiegen. Die Gynäkologen mit Geburtshilfe sind im Grunde genommen die schadensexponierteste Fachrichtung.

DA: Aber den Gynäkologen unterlaufen doch nicht mehr Fehler als anderen Ärzten?

Arnold: Sicher nicht. Aber ihre Fehler sind besonders teuer.

DA: Wenn Schadenssummen und Prämien sich in ungeahnte Höhen schrauben und Ärzte bestimmte Behandlungen nicht mehr durchführen, weil sie sich ihre Haftpflichtversicherung nicht mehr leisten können, wird das zum gesellschaftlichen Problem. Wo ist da der Ausweg?

Arnold: Uns wäre es wichtig, hier in Deutschland das Geschäft auskömmlich hinzubekommen. Wenn das nicht gelingt, müssen sich andere Lösungen finden. Im europäischen Ausland gibt es teilweise staatliche Lösungen wie in Schweden. In Frankreich wird ein Basischutz vom Staat betrieben.

DA: Das heißt, die teuren Schäden übernimmt der Steuerzahler?

Arnold: Genau. Einen Teil der Schäden übernimmt der Staat. Wir glauben aber, dass eine privatwirtschaftliche Lösung die effizienteste ist. Wir wollen nicht der Spezialist sein, der nur noch einen Teil der Deckung übernimmt. Wir wollen den Ärzten einen umfassenden Schutz anbieten.

Deutsches Ärzteblatt im Interview mit Jörg Arnold, dem Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Ärzteversicherung (Arnold et al. 2010, 695).

Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass das Recht – wenngleich es jede Krankenbehandlung de facto unmittelbar begleitet und konditioniert – in Hinblick auf seine handlungspraktischen Eigenlogiken recht stark von den medizinischen Handlungsorientierungen dissoziiert ist. Die durch das Recht entstehenden rechtlichen – und in Verbindung mit Haftpflichtfragen auch ökonomischen Lagerungen – erzeugen systemische Dynamiken, die mit den Rationalitäten medizinischer, aber auch ökonomischer Denkweisen in der Regel stark konfligieren.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Siehe hierzu etwa die rechtlich-ökonomischen Dilemmata beim Hautkrebs-Screening, die wiederum nur durch eine geschickte Dokumentation ›entparadoxiert‹ werden können: »Auch neue Diagnoseverfahren bergen haftungsrechtliche Risiken. Denn je mehr Diagnosemöglichkeiten ein Arzt hat, desto höher ist die Gefahr, später wegen einer unterlassenen Befunderhebung belangt zu werden. Ein großes Problem dabei: Drohende Budgetüberschreitungen oder fehlende Vergütungen durch die Krankenkassen entlasten den Arzt haftungstechnisch nicht. Klassisches Beispiel ist hier das Hautkrebs-Screening in der Dermatologie. Die Kassen zahlen dem Hautarzt zunächst nur eine Untersuchung ohne Aufsichtslupe. Erst wenn das Screening eine Verdachtsdiagnose ergibt, wird die Verwendung der Lupe erstattet. Empfiehlt der Hautarzt dem Patienten nicht explizit die kostenpflichtige Leistung – und dokumentiert dies vor allem entsprechend –, kann er später dafür haftbar gemacht werden. Diesen Konflikt zwischen Haftungs- und Sozialrecht kritisiert die Ärzteschaft seit langem.

Zudem hat sich die Rechtsprechung zugunsten der Sozialversicherungsträger verändert. Anders als früher haben die Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung oder auch die Berufsgenossenschaften heute die Möglichkeit, auch für weit zurückliegende Schadensfälle Regress zu nehmen. Überhaupt suchen die Sozialversicherungsträger in Zeiten knapper Kassen offenbar zunehmend systematisch nach Fällen, bei denen den Ärzten ein ›Kunstfehler‹ nachgewiesen werden kann – teilweise computergestützt und weit in der Vergangenheit. Ziel ist es, die entstandenen Behandlungskosten und/oder Rentenzahlungen von der Arzthaftpflichtversicherung zurückzufordern. Bei den Krankenkassen,

Umgekehrt werden natürlich auch rechtliche Prozesse durch medizinische Verfahrensweisen konditioniert (man denke etwa an die ›Krankschreibung‹, psychiatrische Gutachten oder rentenwirksame Diagnosestellungen).

Religion

Sobald wir beginnen, die Krankenbehandlung als eine Kulturform anzusehen, die als gesellschaftliche Kommunikation darauf angelegt ist, die Erfahrungen des Chaos und all der physischen Kontingenzen dieser Welt in sinnhafte Ordnungen zu überführen, ergeben sich deutliche Parallelen zwischen religiöser und medizinischer Kommunikation, denn beide generieren *Heilserwartungen*. Dies zeigt sich auch darin, dass in vielen Stammesgesellschaften Priester- und Heilerrolle zusammenfallen.

Da in spirituellen Kosmologien die Kausalitäten nicht bei den sinnlich evidenten Prozessen des Lebens enden, wird hier eine therapeutische Begleitung über den körperlichen Tod hinaus kommunizierbar. Wenn etwa ein krankes Stammesmitglied trotz intensiver Bearbeitung mit den üblichen Ritualen verstirbt, ist dies für den Schamanen kein Grund, mit der Heilung aufzuhören. Die Aufgabe der Heilung kann am Geist des Verstorbenen weiterhin vollzogen werden,¹⁰⁷ etwa indem dieser nun gewissenhaft in das Totenreich geleitet wird und indem die ihn nun weiterhin affizierenden krankmachenden Geister durch den Heiler an ihren richtigen Platz geführt werden. Die *schamanische* Perspektive erlaubt hier gewissermaßen einen fließenden Übergang zwischen Leben und Tod und gestattet es entsprechend, eine übergreifende anthropologische Perspektive zu generieren, deren Sinngrenze am Ableben nicht abreißen muss. Der soziale Tod (hier als kommunikative Nichtadressierbarkeit zu verstehen) wird dabei gewissermaßen zeitlich weit hinter dem Eintreten des physischen Todes verortet. Der Sinnbezug der Heilung schwindet nicht mit dem Ende des Körpers.

Chefarzt: »Also die Gestaltung des, ehm Sterbens unmittelbar ist natürlich ganz wesentlich eine Frage des Feingefühls der Schwestern (leise) und natürlich der betreffenden Ärzte – und ihres Kontaktes mit den Angehörigen. Die Ärzte, insbesondere ich lege darauf größten Wert, daß so etwas, entschuldigen Sie, klappt, das hört sich dumm an, daß das wirklich der Situation angemessen gestaltet wird« (aus *Wettreck* 1999, 54).

Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungen gibt es inzwischen Mitarbeiter, die sich ausschließlich damit beschäftigen, Regresse von den Versicherungen einzuklagen« (Flintrop/Korzilius 2010, 694).

¹⁰⁷ Siehe etwa Oppitz (1981).

Nicht nur die Stammes-, sondern auch die Hochreligionen finden in der Frage von Krankheit, Leid und Tod einen zentralen Ankerpunkt für die Kommunikation von Heilserwartungen.

Der Buddhismus formuliert in seinen ›edlen vier Wahrheiten‹, dass Leiden in einer Welt vergänglicher und in sich essenzieller Prozesse unvermeidlich sei, um dann einen Weg zu lehren, über dieses Leid hinauszugelangen, indem man versucht, den veränderlichen körperlichen Prozessen nicht mehr anzuhafte und mit der Erleuchtung eine Wahrheit anzustreben, die jenseits aller sinnlichen Erfahrungen gelagert ist.¹⁰⁸

Die katholische Dogmatik gewinnt den Konnex zwischen weltlichem Leiden und Heilserwartung über ihre Ursündenlehre. Die Welt, in der wir leben – so die zentrale semantische Figur – kann aus dieser Perspektive prinzipiell nicht mehr gut sein, da wir unweigerlich mit der Sünde in Kontakt gekommen sind und deshalb auch die Krankheit in der Welt erscheint. Die Krankheit ihrerseits eröffnet jedoch aus katholischer Perspektive die Möglichkeit, über die kirchlichen Sakramente in eine heilende Beziehung zu Gott treten, um dann schließlich auf diesem Wege im ›Reich Gottes‹ den Tod überwinden zu können. Um hier mit Knop zu sprechen:

»Sakrament ist die Segnung und Salbung eines Kranken nicht zuletzt deshalb, weil sie seine Bereitschaft impliziert, die Krankheit selbst im Medium der Christusbegegnung und der christlich-kirchlichen Sendung zu verstehen, die Bereitschaft also, Jesu Umqualifizierung der Krankheit von einem Symbol der Gottferne in ein Medium des Heils mitzuvollziehen. [...] Wer ein Sakrament empfängt, soll in seinem konkreten Lebensstand – in diesem Fall *als* (lebensbedrohlich) Kranker – zum heilsrelevanten Medium der Verbindung von Gott zu Mensch werden, er soll Kirche werden, wie man dies aus der Perspektive katholischer Ekklesiologie und Sakramenttheologie formulieren würde. [...] In der Krankensalbung geht es daher nicht nur/nicht in erster Linie um die Vorbereitung des Individuums auf den Tod, wie der althergebrachte Terminus ›letzte Ölung‹ nahe legt. Sondern es geht darum, in der Situation der lebensgefährdenden Krankheit *Stärkung zu erbiten* und *Zeugnis zu geben* für den Anbruch des Gottesreichs. Es geht darum, in der Situation der objektiven (schwere Krankheit) und subjektiven (Erleben, Deutung) Konfrontation mit dem eigenen Tod der Hoffnung auf Überwindung des Todes Gestalt zu verleihen.«¹⁰⁹

108 Vgl. Vogd (1996).

109 Knop (2009, 419f.).

Die in dogmatischer Hinsicht liberalere protestantische Theologie kann sich hier offenere Deutungshorizonte erlauben. Dennoch kommt auch sie zu dem Schluss, dass ihre Aufgabe im Rekurs auf die christlich-jüdische Geschichte weiterhin darin besteht, mit der Seelsorge Krankheitsdeutungen (nun aber im Plural zu verstehen) anbieten zu können.¹¹⁰

Religiöse Kommunikation findet einen wichtigen Bezugspunkt in dem Befund, dass der Tod im Medium Sinn zwar als eine Sinngrenze formulierbar ist, die operative Setzung dieser Grenze im Medium Sinn aber *nolens volens* eine andere Seite impliziert. Da man nicht wirklich wissen kann, ob und wie es jenseits dieser Grenze weitergeht, übt die Rede religiöser Expertise gerade deshalb, weil sie über etwas spricht, worüber man streng genommen nur schweigen kann, unweigerlich eine gewisse Faszination aus.¹¹¹ Man mag zwar geneigt sein, die Wissensansprüche in Hinblick auf metaphysische Ordnungen, die über das offensichtliche Chaos sowie die Zufälligkeiten und Widerlichkeiten der sinnlich erfahrbaren Welt hinausgehen, mit guten Gründen zurückweisen. Doch dies ändert nichts daran, dass religiöse Formen in ihren verborgenen, transzendenten Dimensionen gerade dadurch performativ ihre Evidenz erhalten, indem sie als authentische und charismatische Rede, als Bekenntnis verkündet werden.

In Hinblick auf Verkündung von Transzendenz stellt Religion ein eigenständiges Kommunikationssystem dar, welches sich über diesen operativen Bezug selbst identifiziert und sich – hier mit Blick auf die Vielzahl bestehender Religionen im Plural zu denken – über unterschiedliche Programme, unterschiedliche Spezifikationen fortwährend als Kommunikation generieren und plausibilisieren kann.

110 Vgl. Thomas/Karle (2009).

111 Religion ist hiermit aus soziologischer Perspektive in Hinblick auf den Tod vor allem als ein kommunikatives Phänomen zu begreifen, denn hier wird empirisch weiter angeschlossen. Für das Bewusstsein gilt dann allerdings mit Luhmann, dass es sich ebenfalls nicht als Tod konzipieren kann, dies aber nicht die empirische Möglichkeit ausschließt, dass es einfach nur verschwindet: »Den eigenen Tod kann man sich als Ende des Lebens vorstellen, nicht aber als Ende des Bewußtseins. [...] Alle Elemente des Bewußtseins sind auf die Reproduktion des Bewußtseins hin angelegt, und dieses Undsowweiter kann ihnen nicht abgesprochen werden, ohne daß sie ihren Charakter als Element des autopoietischen Reproduktionszusammenhangs verlören. In diesem System kann kein zukunftsloses Element, kein Ende der Gesamtserie produziert werden, weil ein solches Element nicht die Funktion eines autopoietischen Elements übernehmen, also nicht Einheit sein, also nicht bestimmbar sein könnte. [...] Der Tod ist kein Ziel. Das Bewußtsein kann nicht an ein Ende gelangen, es hört einfach auf.« (Luhmann 1993, 374).

Ihr gesellschaftliches Bezugsproblem findet eine solchermaßen nur noch operativ bestimmbar Religion in dem Unbeobachteten, in all dem, was aus der weltlichen Erfahrung ausgeschlossen bleiben muss, an der Grenze des Verstehbaren, sozusagen im Sinn jenseits des bestimmbar Sinns. ›Religion‹, so die systemtheoretische Rekonstruktion, thematisiert, d. h. kommuniziert diese jenseitige Dimension in der diesseitigen Welt. Sie hat es also mit dem »Einschluß des Ausgeschlossenen, mit der zunächst gegenständlichen, dann lokalen, dann universellen Anwesenheit des Abwesenden zu tun« und entsprechend kann »all das, was hier und anderenorts, in der Religion und in ihrer soziologischen Analyse darüber gedacht und gesagt wird, [...] nur eine Chiffre sein für das, was gemeint ist«. ¹¹² Religion kommuniziert die Differenz von »beobachtbar/unbeobachtbar« und konstituiert dadurch ihre eigene Form der Kommunikation, indem sie nun die Welt aus der Perspektive der Leitkodierung *immanent/transzendent* beobachtet, denn erst von »der Transzendenz aus gesehen erhält das Geschehen in dieser Welt einen religiösen Sinn«. ¹¹³

Medizin eint mit Religion die Kommunikation von Heilserwartungen, kann aber jedoch nur eine halbe Kosmologie anbieten, da sie den Tod als die andere Seite des Lebens nicht in die Sinnhorizonte einer kommunikativen *Integration* im Sinne einer *symbolischen Heilung* einbauen kann.

»Ein Teil der heutigen Krise der Medizin kommt daher, daß sie und wie sie ihre einstige Funktionsverbindung zum Priestertum aufgegeben hat und seither selber zum Tode in ein gewundenes, zweideutiges Verhältnis getreten ist. Im ›Kampf zwischen Leben und Tod‹ haben sich Ärzte in entgegengesetzte Lager begeben. Nur der Priester kann sich, ohne zynisch zu werden, mit kynisch freiem Blick ins Wirkliche, auf die Seite des Todes schlagen, weil der Tod in lebendigen Religionen und Kosmologien als ein selbstverständlicher Preis des Lebens und als eine Phase der großen Ordnungen gilt, mit welchen sich das Priesterwissen einmal ›konspirativ‹ – gleichatmend – verbunden

112 Luhmann (2000b, 3 ff.).

113 Luhmann (2000b, 77). Religiöse Kommunikation heißt jedoch auch immer, dass ein Sinn vermittelt wird, der »explizit darauf besteht, daß das Gemeinte, Mitgeteilte und zu Verstehende für das Bewußtsein unzugänglich ist. Damit werden Sinnformen wie Dahintersein, In-etwas-Sein, Unsichtbarkeit, Unabbildbarkeit als Metaphern etabliert und in Umlauf gebracht, und das Bewußtsein hat sich an diese Sprache zu gewöhnen«. Dies entlastet die religiöse Kommunikation jedoch nicht davon, »im Diesseits mit Plausibilität, wenn nicht zweifelsfreier Evidenz, mit Bezug auf das Jenseits« zu kommunizieren, denn sonst wäre sie allzu leicht an ihren performativen Widersprüchen dekonstruierbar (Luhmann 2000c, 41).

wusste. Den Priester muß die Sterblichkeit im allgemeinen so wenig verlegen machen wie der individuelle Todeskampf im besonderen. In beidem wirkt eine Tatsächlichkeit höherer Art, worin unser Wille nicht gefragt wird. Anders jedoch der Arzt. Er definiert sich dadurch, daß er die Partei des Lebens ergreifen muß. Von dieser unbedingten Parteinahme leitet sich der gesamte medizinische Idealismus her, der heute noch bis hinein in die zynischsten Verschraubungen die absurden Kämpfe der Medizin um das Leben von längst zerfallenen, moribunden Körpern leitet.«

Peter Sloterdijk (1983, 490)

Die Krankenbehandlung behält gewissermaßen den eschatologischen Anspruch aufrecht, dass es ihr um das *Ganze* geht, kann dabei jedoch nur über jene begrenzten symbolischen Mittel verfügen, welche den Tod eines individuellen Körpers nicht überschreiten.

Wir treffen hier mit Rainer Wettreck auf ein »Überlebens- und Leidens-Ideal«, welches das biologische Funktionieren über alles setzt und eine entsprechende »Kampf-Kultur« wie auch einen auf den Körper bezogenen »biomedizinischen Vitalismus« als einzige handlungsleitende Orientierung gelten lässt.¹¹⁴ Ärzte übernehmen auf diese Weise zwar die priesterliche Aufgabe der »Führung durch den modernen Todes-Schrecken«¹¹⁵ und inszenieren auch im Angesicht des nahenden Todes ein »Arrangement der Hoffnung«.¹¹⁶ Sie bleiben dabei jedoch gefangen in einer Bio-Semantik, für die der Tod nichts weiter als eine nackte Tatsache sein kann. Der verstorbene Mensch stellt für sie nichts weiter dar als eine Leiche, der man zwar mit obszönen Blicken begegnen kann, die jedoch als kommunikatives Zeichen nicht darüber hinausweisen kann, ein nur gewesener Leib zu sein.

Im Sinne dieser auf die Hälfte des Seins verkürzten Religion mag der Körper als letzte Referenz von Sinn zwar auch dann noch erhalten, wenn anderweitig kaum noch andere kommunikative Sinn-einbettungen geknüpft werden können – doch hierfür ist zugleich der zynische Preis des Sinnverlusts der längst zuvor schon vollzogenen sozialen Tode zu bezahlen.¹¹⁷ Im Extremfall bleibt in dieser

114 Wettreck (1999, 47ff.).

115 Wettreck (1999, 162ff.).

116 So Hermann dann mit Blick auf die heroischen Formen der Krebstherapie (Hermann 2005).

117 Um es hier mit Sloterdijk zu formulieren: »Gegen die medizinische Abspaltung von der Zuständigkeit für das eigene körperliche Dasein hilft letztlich nur die bewusste Verkörperung unserer körperlichen Zerbrechlichkeit, unseres Krankseins, unserer Sterblichkeit. Wie schwer das ist,

biomedizinischen Semantik nur noch der gepflegte und medizinisch in seinen Funktionen aufrechterhaltene Körper übrig, während all die anderen kommunikativen Einbindungen der Person im sozialen Adressfeld längst schon erloschen sind, also über das medizinische hinausgehend kein wie auch immer zu verortendes Und-so-weiter eine Referenz mehr findet.¹¹⁸

Die innermedizinischen Alternativen im Umgang mit der Sinngrenze ›Tod‹ sind begrenzt. Eine Variante besteht darin, den Tod selbst als medizinische Aufgabe zu betrachten, indem die Frage nach dem lebenswerten Leben medikalisiert und entsprechend den Ärzten überantwortet wird. Im Sinne einer weiteren Ausdehnung seiner priesterlichen Funktion erscheint dieser nun als Todesengel, der dem fraglich gewordenen Leben den befreienden Todesstoß versetzen kann bzw. zumindest legitimieren kann, dass ein gewählter Tod indiziert ist. Die Medizin würde hiermit jene Zweitcodierung *lebenswert/nicht lebenswert* übernehmen, die nur zum Preis einer Konfusion medizinischer und politischer Werte zu haben ist, wie nicht zuletzt die Erfahrungen mit der Medizin im Nationalsozialismus aufgezeigt haben. Selbst wenn man den Arzt in der Frage des Todes ausschließlich als Agenten des Patienten auffassen würde (›wenn Letzterer den Tod schließlich wünscht‹), sind hier aufgrund der Durchkreuzungen des medizinischen Codes (Krankheiten sind nun nicht nur in Hinblick auf Heilungsoptionen, sondern auch auf Todeswünsche hin zu reflektieren) Konsequenzen zu erwarten, die nicht mehr mit den Eigenmitteln der Medizin bearbeitet werden, sondern nur noch durch dritte Werte aus Politik und Recht balanciert werden können.

Als zweite Variante könnte die Medizin sich vermehrt als Expertin für die Fragen des Sterbens begreifen lernen. Das Sterben würde nun im Sinne einer Anpassung des medizinischen Codes per se als ein natürlicher Vorgang angesehen. Es könnte nun sozusagen im Sinne des medizinischen Codes zwischen *krankem* und *gesundem Sterben*

brauche ich nicht zu sagen, denn die Angst, wenn sie groß wird, macht uns alle nur allzusehr geneigt, unsere Zuständigkeit für Leben und Tod des eigenen Körpers zu verdrängen oder an Ärzte abzugeben – nicht bedenkend, daß sogar die perfekteste Konservierungsmedizin am Ende doch die ganze Verantwortung und den unteilbaren Schmerz in unserem hilflosesten Augenblick an uns selbst zurückgibt. Wer erkennt, wie der Kreis der Entfremdung und der Fluch sich immer im eigenen Tod schließen muß, dem muß klar werden, daß man den Kreis besser in die andere Richtung schläge, ins Leben statt in die Betäubung, ins Risiko statt in die Absicherung, in die Verkörperung statt in die Spaltung« (Sloterdijk 1983, 505).

¹¹⁸ Siehe zu einer Soziologie des Todes, die in diesem Sinne um den sozialen Tod weiß, Feldmann (1990).

unterschieden werden. Diesen Weg geht eine Palliativmedizin, welche in der Frage der Lebensqualität und einer entsprechend adäquaten Schmerzeinstellung jene Kriterien sieht, um sich hier weiterhin als Medizin zur Geltung zu bringen. Ihre Handlungsorientierung erhält Medizin nun weniger in der Bekämpfung des Todes, da dem Sterbeprozess jetzt kontextabhängig durchaus auch gesunde Qualitäten zugeschrieben werden können, sondern allein in der Bekämpfung von Leiden. Eine in diesem Sinne rekonfigurierte Medizin kann dann auch im Hospiz den gesellschaftlichen Ort des wahren Sterbens entdecken, an dem dann *pars pro toto* der ideale Tod kultiviert werden kann – freilich ist auch dies nur um den Preis einer Paradoxie zu haben, nämlich indem die faktischen Kontingenzen des Sterbeprozesses gegebenenfalls durch Gewaltanwendung unsichtbar gemacht werden, um die Kommunikation des ›guten Sterbens‹ nicht zu gefährden.¹¹⁹

Eine dritte Variante der Medizin besteht darin, sich über den biomedizinischen Bezug auf die Körperveränderung hinausgehend auch als heilsame *Kommunikation* zu verstehen. Dies bedeutet dann in Hinblick auf den Umgang mit Sterbenden und Toten, dass diese in Bezug auf ihre Einbettung in soziale und psychische Referenzen ernst zu nehmen sind. Möglich wird dies etwa, indem man die Schulmedizin wie bei den Anthroposophen als geisteswissenschaftlich erweiterungsbedürftig versteht. Aus dieser Perspektive wäre dann der körperlich orientierte Heilungsversuch eben nur als *ein* Aspekt zu verstehen, der durch die ebenso wichtige Einbettung des Krankheitsgeschehens in eine entwicklungsgeschichtlich orientierte Kosmologie zu vervollständigen wäre.¹²⁰ Der Arzt nähert sich hier wieder der spirituellen Referenz des alten Schamanen, der den ›Geist‹ kommunikativ in jene Sphären geleitet, in dem auch über den Tod hinaus kommunikative Anschlussfähigkeit suggeriert wird.

Die Rückbindung der Medizin in eine kommunikative Referenz lässt sich jedoch noch elementarer haben, insofern man medizinische Kommunikation mit Ausnahme des Rollenverhältnisses zwischen Heiler und Patient vollkommen *inhaltsfrei* begreift. Die Reintegration des Kranken in die Gesellschaft erscheint dann allein schon dadurch gewährleistet, dass weiterhin *professionelle* Kommunikation als Sinnstiftung stattfindet, also dass Krankheit, Leid und Tod als Anlass genommen werden, kommunikativ an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren zu arbeiten. Die medizinische

119 So der Befund von Dreßke in seiner Untersuchung zur »Herstellung des ›guten Sterbens‹« (Dreßke 2008).

120 Siehe zur anthroposophischen Medizin und ihrer kommunikativen Einbettung auch Sanchez García (1999; 2002).

Deutung und institutionelle Einspurung eines Falles wären dann als kommunikativer Prozess selbst als ›Heilung‹ zu verstehen. Wir würden hiermit zu einer kommunikationstheoretischen Fassung von Medizin gelangen, die sich selbst immer auch als symbolische Heilung reflektiert, dabei aber ihre eigenen Festlegungen – wenn man so will, ihre eigene Dogmengeschichte – als ein kontingentes Projekt begreift und entsprechend an einer Vielheit von Sinnkonstellationen zu arbeiten bereit ist.

Der Patient

Der ›Patient‹ stellt zwar im strengen Sinne von Günther keine eigenständige kommunikative Kontextur dar, die ein gesellschaftliches Funktionssystem ausbildet. Er tritt jedoch in Koproduktion mit dem Recht, der Wirtschaft und der Politik als eine eigenständige Sprecherposition auf, an die besondere Erwartungen gestellt werden. In Hinblick auf die kommunikative Bedeutung der kommunikativen Adresse ›Patient‹ soll deshalb etwas ausführlicher auf die Entwicklung dieser Figur eingegangen werden.

Mit der ›Geburt der Klinik‹ (Foucault) wurde jene Objektivierung des kranken Körpers möglich, welche zugleich den forschenden Zugriff der Ärzte auf seine physiologischen Prozesse gestattet. Der Patient hatte von nun an in Bezug auf die Krankenbehandlung kaum etwas zu sagen. Entsprechend wurde ihm dann auch in der Parsonsschen Rekonstruktion der Patientenrolle in Hinblick auf den Vollzug der Krankenbehandlung nur eine passive Stellung zugewiesen.¹²¹ Formal geändert hat sich dies erst mit der rechtlichen Verankerung des *informed consent* in Folge der Schrecken des Nationalsozialismus.¹²² Von nun an wurde der Rechtsanspruch, dass der Patient grundsätzlich über die ärztliche Behandlung zu informieren sei und dieser zuzustimmen habe, zum verbindlichen internationalen Standard.

Einhergehend mit der Enaktierung des Rechtssubjekts werden dem Patienten in jüngerer Zeit kommunikativ einige weitere aktive Rollenzuschreibungen zugewiesen. Er wird als *Kunde*, als *Rechtssubjekt* als *Klient*, als *Nutzer*, aber auch als *Koproduzent von Gesundheit* betrachtet.¹²³ Die unterschiedlichen Emanzipationsbewegungen ei-

121 Im Vordergrund stand für den Patienten allein die Pflicht, wieder gesund zu werden, um der Gesellschaft nicht über Gebühr hinaus zur Last zu fallen – und in diesem Sinne hatte er sich dem Arzt auch aus moralischen Gründen vollkommen unterzuordnen (Parsons 1958a).

122 Vgl. Vollmann/Winau (1996).

123 Insbesondere das Modell des *shared decision making* ist zum politisch korrekten Standard der Arzt-Patient-Beziehung geworden (s. etwa

ner zunehmend individualisierten Gesellschaft fordern zudem auf verschiedenen Ebenen Partizipation wie auch Differenzbearbeitung ein. Auch wenn – wie eine Reihe empirischer Studien zeigt – der kranke Patient sich in der Regel weiterhin die passive Rolle wünscht, welche dem alten Modell der Arzt-Patient-Beziehung entspricht,¹²⁴ wird der Patient auf der Bühne der Krankenbehandlung *nolens volens* zu einem Knotenpunkt, dem in ökonomischer, rechtlicher und sogar medizinischer Hinsicht Gestaltungsmöglichkeiten zugerechnet werden.¹²⁵ Von verschiedener Seite wird von ihm erwartet, seine Sprecherposition einzubringen. Ihm wird nun eine Reihe von Verantwortlichkeiten zugemutet, er soll an der Krankenbehandlung partizipieren, sich aktiv um seine Gesundheit bemühen¹²⁶ und sogar sein Sterben wird nun zu einer Frage, an die sich Ansprüche an seine Authentizität knüpfen lassen.¹²⁷

Chefarzt: Jetzt eine weitere wichtige Sache ... die Mittelprobleme für die Bereitstellung von Medikamenten für die Versorgung von Tumorkranken ... jetzt kommen schon die Regressforderungen der Krankenkassen ... nur Medikamente mit Zulassungsdiagnose werden jetzt erstattet ... wenn jetzt Medikament X bei Krankheit Y zugelassen und es bei Krankheit Z gegeben und dann haben wir Regressforderungen in horrenden Ausmaßen auf dem Tisch ... ist jetzt schon ein Urteil gefallen, da haben wir jetzt Widerspruch eingelegt ... haben dann ja oft teure Zytostatika verabreicht und nur um die Stationskosten niedrig zu halten, die dann ambulant gegeben ... die Medikamente sollen zwar wirken, aber jetzt auch die wirtschaftliche Dimension ... das medizinisch Notwendige müssen wir jetzt beweisen ... das geht jetzt nur mit dem Patienten ... ihn müssen wir dann über die Versorgungslage informieren ... den Patienten dann aufklären und dann zur Krankenkasse schicken und sich von denen die Behandlung bestätigen lassen ... ist dann auch im Sinne der Patientenrechte ... bleibt jetzt nichts anderes übrig, als die Patienten wohl informiert zur Krankenkasse zu schicken [...].

Oberarzt Prof. Kandinski: Gibt jetzt auch schon ein Merkblatt für den Patienten ... und dann auch ein vorgefertigtes Schreiben mit der Bitte zur Kostenübernahme ... dann eine Anlage für eine Begründung [...] sind dann etwa auch die Studien der Phase 1 zu nennen [...] die Argumentation lautet dann immer ›wegen fortlaufender Therapie-notwendigkeit‹ ... wenn die Krankenkasse zustimmt ist es okay [...].

Klemperer 2003), wengleich die empirische Komplexität der Machtverhältnisse dieser Beziehung hier ausgeblendet bleibt (siehe zur Kritik und diskursthetischen Erweiterung des Modells Kettner/Kraska 2009).

124 Vgl. Stollberg (2008).

125 Um mit Peter Fuchs (2007) zu sprechen: Der Patient wird zum polykontexturalen Adressformat.

126 Siehe hierzu programmatisch Kickbusch (2006).

127 Siehe Saake (2008).

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn die das liegen lassen?

Chefarzt: Dann muss der Patient ... der ist es jetzt, der gefordert ist ... will die Politik ja auch, den mündigen Patienten, deswegen ist der gefordert.

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn der Patient keine Angehörigen hat und nicht mehr laufen kann?

Chefarzt: Da können wir jetzt nichts mehr machen ... ist jetzt einfach so, die Kasse legt dann die ganze Verantwortung auf den Arzt ... der bekommt mit der Ausstellung des Rezeptes die Verantwortung, weil er regresspflichtig ist ... können wir jetzt nicht machen ... haben wir ja anfangs drüber gesprochen ... geht nur über den Patienten, so ist die Situation ... wer das jetzt nicht versteht, ist vielleicht Idealist ... naiv ... aber die Kasse argumentiert jetzt: ›Die Patienten sind Versuchskaninchen, und wir sollen es bezahlen‹.

Ärztin: Die Einwilligung muss jetzt nur vorliegen, wenn die Indikation außerhalb der Roten Liste ...

Chefarzt: Ja [...].

Chefarzt: Haben ja jetzt die Onkologen verhandelt ... ein paar Zuschläge ... [...] die Senatorin hat ja dann auch gesagt, dass die Hälfte aller Therapien im onkologischen Bereich nicht im festgelegten Anwendungsbereich sind ...

Leitender Oberarzt Prof. Selling: Jetzt um die Dramatik noch mal zu unterstreichen: der Fall in Klinik [X] ... der Gerichtsvollzieher wollte pfänden ... 5 Mio DM ...

Chefarzt: ... Jetzt ist die Sache ... dass viele Medikamente, die wir verschreiben, sind unverschämt teuer ... [...].

Chefarzt: ... Ist ja dann etwa so ... das Beste was wir für das Kleinzellige haben ... ist nach einer Studie aus Japan das (nennt die Medikamentennamen) ... und das steht da nicht drin. Wenn Sie das jetzt beim Patienten verordnen, dann müssen Sie ihn auch zur Krankenkasse hinschicken ...

Assistenzärztin: Die ... (liest die Namen einiger Medikamente ab) sind jetzt zugelassen ... die anderen nicht ... könnte man doch sagen, nehmen wir erst mal die?

Chefarzt: Dann sind wir ja wieder beim Aldi-Einkauf.

Leitender Oberarzt: Die primäre Intention ist jetzt die Qualitätssicherung in der Onkologie ... nicht der Sinn, dass die Leute sagen: Carboplatin ist zugelassen, also unbedenklich, das wollen wir jetzt gerade nicht.

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer hämatologischen Station eines Universitätsklinikums (Vogd 2004b, 189f.).

Das von verschiedener Seite angerufene Patientensubjekt hebt jedoch nicht die strukturelle Asymmetrie medizinischen Handelns auf.¹²⁸ Vielmehr finden wir hier eine Multiplizität von Sprecherpositionen vor, die mit der zunehmend ausdifferenzierten Gesellschaft entstanden sind.¹²⁹ Wir begegnen hier dann einerseits den Ergebnissen einer Soziologie der Subjektivierung, die erst mit der Moderne mit Individuen rechnet, die ihre Biografie selbst bestimmen, sehen diese aber andererseits weiterhin eingelagert in gesellschaftliche Kontexturen, in denen ein Teil der Zielakteure weiterhin als Objekt subordiniert wird. Der Blick auf die Gleichzeitigkeiten unterschiedlicher Welten wird dann aus einer polykontexturalen Perspektive deutlich, welche die jeweiligen Objektivierungs- und Subjektivierungsprozesse als standortabhängige Operationen begreift. Aus einem in dieser Weise informierten multiperspektivischen Zugang wird dann auch verständlich, dass die Kundensemantik die Patientensemantik nicht aufhebt, die Etablierung konsensorientierter Gesprächsstile¹³⁰ nicht das Machtgefälle zwischen Arzt und Patienten zum Verschwinden bringt und selbst der durch das Internet außerordentlich gut informierte Patient dem professionellen Arzt im unmittelbaren Kontakt weiterhin performativ unterlegen sein wird.¹³¹

128 Vgl. Saake (2003).

129 Siehe etwa Brose (1988).

130 In Bezug auf die Standortabhängigkeit des Diskurses um das *shared decision making* lässt sich dieser am ehesten im politischen Feld einordnen. Letztlich handelt es sich auch bei dieser Konzeption um ein *normatives* Modell. Weder ist bisher genau rekonstruiert, was denn mit einer geteilten Entscheidungsfindung unter konkreten Praxisbedingungen genau gemeint sein kann, noch ist die Kompatibilität mit der realen Praxis ausreichend untersucht. Selbst aus Patientenperspektive sind Zweifel an der Praktikabilität der Modelle anzumelden, da hier oft ein Idealtyp von einem Patienten konstruiert wird, der sich eher am autonomen Gesunden als am hilfsbedürftigen Kranken orientiert (s. z.B. Charles et al. 1999; Charles et al. 1997; Deber et al. 1996; Guadagnoli/Ward 1998). Die Mehrzahl der Patienten möchte zwar informiert werden, aber nicht unbedingt selbst über ihre Therapien und diagnostischen Eingriffe entscheiden (Blanchard 1988; Margalith/Shapiro 1997; Ong et al. 1995; Strull et al. 1984; Verhaak et al. 2000). Die Diskrepanz zwischen Modell und Realität wird noch größer, wenn die ärztliche Praxis genauer unter die Lupe genommen wird. Letztlich ist mit Feuerstein und Kuhlmann (1999) wohl eher davon auszugehen, dass die Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis ein Mythos bleibt. Doch gerade das utopische Moment lässt dieses Thema für die politische Programmatik interessant erscheinen.

131 So dann der empirische Befund von Tezcan-Güntekin (2009).

Umgekehrt heißt dies wiederum nicht, dass nicht auch die Ärzte die Zurechnung von Problemlagen auf das Patientenbewusstsein selektiv zu nutzen wissen. Sobald beispielsweise die Bezahlung medizinischer Leistungen einer marktförmigen Aushandlung zugeführt wird, werden jene subjektivierenden Kundensemantiken interessanter, welche die Patienten dazu motivieren können, sich selbst für die Finanzierung ihrer Leistungen einzusetzen. Ebenso mag man dann froh sein, die Entscheidung für riskante Interventionen dem Patienten als Rechtssubjekt zurechnen zu können. Soziologisch interessant sind gerade jene Dynamiken, die sich aus den Überlagerungen der jeweiligen Zurechnungsmuster ergeben.¹³² Die Koevolution der unterschiedlichen Funktionssysteme führt hier zu Brechungen, die dann einerseits das deliberative Subjekt immer mehr in den Vordergrund stellen, während dann andererseits dessen Hilflosigkeit angesichts der Komplexität seiner Welt immer deutlicher wird.¹³³

Zusammenschau

Versuchen wir, die unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen der Krankenbehandlung in einer Gesamtschau zusammenzustellen: Im Kern sehen wir ein Gefüge aus Medizin, Pflege und Wirtschaft, dessen Kreise sich recht stark überschneiden. Hiermit soll verbildlicht werden, dass der Umgang mit knappen Ressourcen, die Instruktionen durch die Krankheit und die Pflegebedürftigkeit Reflexionsverhältnisse darstellen, welche die kommunikativen Prozesse der Krankenbehandlung unmittelbar konditionieren. Recht und Wissenschaft erzeugen ebenfalls wichtige und kommunikativ hochwirksame Reflexionsstandorte, die jedoch zum Kerngeschäft in einem etwas distanzierteren Verhältnis stehen. Wissenschaftliche Evidenzen und Kriterien der Rechtmäßigkeit mögen zwar (auch) beachtet werden, stellen jedoch nicht die eigentlichen Themen dar, welche hier im Vordergrund stehen. Die Politik steht außerhalb des unmittelbaren Geschehens, ist jedoch damit für den Gesamtprozess keineswegs bedeutungslos, da sie die ökonomischen und rechtli-

132 Klaus Dörner entwickelt hieraus gar eine medizinethische Perspektive, in der einerseits der Patient als vom Arzt als Objekt unterworfen zu sehen ist, andererseits das demokratische Bürgerverhältnis ein symmetrisch-kompetitives Verhältnis gestaltet, das dadurch balanciert werden kann, dass der Arzt sich dem Patienten in Hinblick auf dessen Hilfsbedürftigkeit unterwirft, um hierdurch wieder das für die Behandlung notwendige Vertrauen zu mobilisieren (Dörner 2001). Siehe auch Kettner und Kraska (2009).

133 Siehe hierzu aus einer Bourdieuschen Perspektive Schmidt (2007).

chen Rahmenbedingungen gestaltet. Die Massenmedien schließlich, im vorangehenden Text nicht gesondert beachtet, stellen im Hintergrund einen wichtigen Beobachter dar, der potenziell alles, was berichtenswert erscheint, thematisieren kann und damit auch den anderen Beobachtern der Krankenbehandlung eine Grundlage dafür bietet, was erinnert werden und was dann gegebenenfalls auch noch kommunikativ in die Krankenbehandlung eingebracht werden kann.

Neben den Massenmedien, welche die gesellschaftlichen Diskurse verwalten, ist der moderne Patient ein zweiter umfassender Beobachter der Krankenbehandlung. Wenngleich zunächst aus der Krankenbehandlung ausgeschlossen, denn sein Körper stellt hier zunächst nur ein Objekt dar, kann er sich von den Massenmedien informiert, durch die Politik enacted und durch die Wirtschaft als Kunde affirmiert als eine kommunikative Adresse in den Behandlungsprozess einbringen, die entsprechend auch innerhalb der Medizin als Subjekt angespielt werden kann, um weitere Anschlüsse innerhalb der organisierten Krankenbehandlung möglich werden zu lassen.



Abbildung 1: Gesellschaftliche Kontexturen der Krankenbehandlung