

Wolf-Dieter Narr, „eGK - Symptom und Element eines bürokratisch verkorkten, technologisch-kapitallogisch laufenden Gesundheitssystems“, in Digitalisierte Patienten - verkaufte Krankheiten. Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, hg. von Komitee für Grundrechte und Demokratie (Köln, 2011), 165–90.

# Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten

## Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens



■ Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V.

## **Impressum**

### **Herausgeber und Bestelladresse:**

■ Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V.

Aquinostr. 7 - 11 · 50670 Köln

[www.grundrechtekomitee.de](http://www.grundrechtekomitee.de)

[info@grundrechtekomitee.de](mailto:info@grundrechtekomitee.de)

gefördert aus Mitteln der Stiftung bridge

**Redaktion:** Astrid André-Nimrich, Ursula Ganßauge, Svante Gehring,  
Hans-Joachim Krauß, Jan Kuhlmann, Wolfgang Linder, Wolf-Dieter Narr,  
Elke Steven

**Foto:** Umbruch Bildarchiv

### **Presserechtlich verantwortlich:**

Elke Steven, Köln

**Druck und Herstellung:** hbo-druck, Einhausen

1. Auflage: April 2011, 800 Exemplare

gedruckt auf alterungsbeständigem Offsetpapier aus 100% Altpapier

**Preis:** 12,- Euro

ISBN: 978-3-88906-136-2

# eGK – Symptom und Element eines bürokratisch verkorksten, technologisch-kapitallogisch laufenden Gesundheitssystems

„The problem is with our system, not lack of money.“<sup>1</sup>

*Wolf-Dieter Narr*

## I. Motive und Motoren der eGK

1. Warum wird von der Gleichung aus Staats-, Parteien- und (z.T.) Verbandspolitik an der elektronischen Gesundheitskarte festgehalten? Seit einem halben Jahrzehnt wird sie diskutiert und aufwändig stückwerksartig experimentiert. Selbst wenn man mit etlichen Argumenten nicht übereinstimmt, die in diesem Band versammelt sind, gilt nicht abzuweisen: In Summa hageln die Einwände so dicht, dass der gesundheitspolitische Schluss schier unausweichlich dünkt. Das ist jedenfalls dann der Fall, wenn er an Bürgerpatienten, Ärztinnen und Pflegeberuflern zuerst ausgerichtet wird.

Die eGK, eingebettet in ein technologisch zentralisierendes Konzept, sollte ersatzlos fallengelassen werden. Verschlimmbösert doch die eGK das ohnehin prekäre Ärztin-Patienten-Verhältnis. Sie bürdet den Ärzten neue verwaltende Aufgaben auf. Sie gefährdet zusätzlich die informationsgierig umhechelte Vertrauensbeziehung zwischen medizinischen Praxen und Patienten in ihrem nicht zu knackenden Kern: Der integren Beziehung zwischen den Gesundheits-Berufen und den Patienten. Sie allein macht deren vorbehaltloses Vertrauen möglich. Die Behauptung wirkt vorgeschoben, die eGK trüge dazu bei, die Bürgerpatienten zu aufgeklärt selbst- und mitbestimmenden Partnern zu machen. Stattdessen drohen an allen Ecken und Enden der eGK und der Art, wie sie institutionalisiert werden soll, faule Stellen. Löcher und Lücken sind am ohnehin nicht nur personell, sondern primär organisatorisch zu schützenden „informationellen Selbstbe-

---

<sup>1</sup> Vgl. Arnold Relman: Health Care: The Disquieting Truth, in: The New York Review of Books, September 2010, pp. 45-48

stimmungsrecht“ zu entdecken. Das „informationelle Selbstbestimmungsrecht“, vom Bundesverfassungsgericht Ende 1983 aus Art. 2 GG gefolgert, dem Lebensrecht und seiner Unversehrtheit, taugt nur dann als zeitgemäße Konsequenz aus dem Verständnis von Information als einer sozialen Handlung, wenn der leibliche Körper des Menschen und seine Sinne durch den damit unmittelbar zusammenhängenden sozio-institutionellen Körper ergänzt werden. Nur so kommt man dem Menschen als konkretem Wesen in seinen Bedingungen, Chancen und Gefährdungen näher. „Konkret“, nach dem lateinischen Wortsinne zusammengewachsen, spricht zusammengewachsen und zusammenlebend als natürlich-sozialer Einheit.

2. Falsch wäre es, die Frage nach den Motiven und Motoren der eGK, flachsinnig im Sinne allemal gegebener verbandspolitischer und/oder gruppenspezifischer Geld- und Positionsinteressen zu beantworten. Wenn so hartnäckig an einem Vorhaben festgehalten wird, das noch nicht einmal prototypisch als funktionstüchtig im angestrebten Sinne erprobt worden ist, dann dürfte die Vermutung naheliegen, es handele sich um tiefer eingelassene Gründe. Solche müssten in den neueren Wendungen und Häutungen des Gesundheitssystems zu finden sein. Nur wenn diese untergründig sitzenden Motive erfasst werden, kann man hoffen, die Motoren der eGK leiser werden zu lassen, wenn nicht abzustellen. Nur dann könnte man hoffen, die hilfreichen Beweggründe so zu fassen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen von Krankheit und Gesundung verbessert würden. Darum werden im Folgenden einige Faktorenbündel pointiert, die seit mehr als einem Vierteljahrhundert ineins mit der letzten Staustufe der Globalisierung Anfang der 70er Jahre das, was man pauschal Gesundheitssystem nennt, quantitativ und qualitativ verändern. Werden diese „Faktorenbündel“ einigermaßen triftig benannt – unbeschadet der hier unvermeidlich bleibenden Pauschalität im Begriff „Bündel“! –, dann wird sich ergeben, dass gesundheitspolitische Reformen nur dann sinnvoll sind – und nicht nur nominell symbolisch, ansonsten kostenreich –, wenn ein Teil der Faktoren anders institutionalisiert würde und anders funktionieren könnte. Die eGK als Exempel.

3. Ökonomische Dynamik. Verstiegen wäre es, eine Realanalyse der „real“- und finanzkapitalistischen Weltmarktmotorik in Kurzform präsentieren zu

wollen. Noch die randständigen Wochenmärkte der Kleinstädte und unser aller Käufer- und Konsumverhalten sind von ihr bedingt. Und doch müssen einige der hauptsächlichen Funktionsmodi angetippt werden. Ohne sie ließe sich das Gesundheitssystem nicht verstehen.

**Zum ersten:** Die in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts weiter entfesselte globale Marktdynamik zeichnet sich dadurch aus, dass die gesamte bewohnte Erde in sie mit ungleichen Kosten und Nutzen einbezogen wird. Es gibt keinen nicht marktkapitalistisch infizierten und bald durchdrungenen kollektiven Lebensort mehr. Alle Länder, ob bereit oder nicht, „müssen“ mitmachen. Oder sie werden, wie viele Länder des afrikanischen Kontinents, von den Metropolen ausbeutungsgierig marginalisiert.

**Zum zweiten:** Der Extensivierung des „Marktes“ korrespondiert seine Intensivierung. Alle Lebensbereiche der Gesellschaft und ihrer Mitglieder werden kapitaldurchdrungen. Dem unaufhaltsamen, alles andere als nachhaltigen Wachstum, gemäß den allseitig verketteten Profit-, Macht- und Ungleichheitsmotiven, stehen keine neuen Außenräume zur Verfügung. In diesem Sinne ist auch die Schubkraft der kolonialen und mehrfach genozidalen Ausbeutung nicht mehr gegeben. Sie beförderte die zuerst kapitalistisch etatistisch entwickelten europäisch-angelsächsischen Länder. Nun kehrt sich der kapitalzüngige Imperialismus nach innen. Gesellschaftssektoren, die im 19. und im 20. Jahrhundert noch nicht durchdrungen waren, werden nun von der Logik des Kapitals in seinen neuesten Formen und Funktionen aufgehoben. Dieser Vorgang kann ausnahmsweise mit der Vorsilbe „Neo“ als Neoliberalismus nagelgleich getroffen werden. Joseph Vogl hat ihn in seinem auch sonst trefflich zusammenfassenden und zuspitzenden Buch jüngst markiert. An die Wiedergabe des hier nicht zu beschreibenden „Black-Scholes-Modells“ (finanzmathematisches Modell) schließt diese Kennzeichnung an:

„Weil sich mit dem neuen Liberalismus auch die Vision formierte, dass alle Ereignisse und Verhältnisse der Lebenswelt mit einem Marktwert ausgestattet werden könnten – in einer perfekt kompetitiven Welt braucht man nichts als den Preis der Dinge zu kennen – kann ein differenzierter, gleichsam molekularer Markt mit *securities*, Optionen und Derivaten jede mögliche Zukunft absichern und noch einmal eine Art irdischer Providenz

garantieren. Der konzeptionelle Rahmen der Finanzindustrie kann also dazu benutzt werden, ‚das Risiko in einem weiten Spektrum von finanziellen und nicht-finanziellen Anwendungen zu bewerten und mit Preisen zu versehen‘; und angesichts ‚ungewisser Zukünfte‘ wird mit der Universalisierung ‚optionsähnlicher Strukturen‘ die Utopie eines alles umfassenden oder ausgleichenden Marktes in Aussicht gestellt.“<sup>2</sup>

**Zum dritten:** Ex- und Intensivierung der finanzkapitalistisch überlagerten Marktlogik – Vogl spricht von einer allorientierenden „Oikodizee“ – bewirken, dass alle entsprechend gleich geschalteten Bereiche in dauernd wiederholten Kurz-, seltener Mittelstrecken um die Wette laufen. Dadurch lassen sich alle Qualitäten durch das Nutzen-Kosten-Kalkül konformieren. Was darunter nicht subsumiert werden kann, nimmt bestenfalls einen marginalen Rang ein.

**Zum vierten:** Der mit einer beträchtlichen Potenz der Expansion seinerseits versehene Gesundheitssektor wird entsprechend in seinen Institutionen, Funktionen, seinem Arbeits- und Patienten-/Kundenmarkt umgerüstet. Indizien über Indizien verdichten sich zum System. Einige seien bunt herausgeklaut.

(a) Folgt man der neuerlichen allgemeinen Krankenversicherung und nimmt die weiteren Gebührenordnungen auch formell privater Geltung hinzu, werden Ärztinnen und Ärzte zu kleinen, mittleren und Großunternehmen getrimmt. Die Personen, die sich sonst in Heilberufen tummeln, werden in der Regel finanziell und positionell unterprivilegiert.

(b) Der Reihe nach werden in allen Krankenhäusern medizinische und betriebswirtschaftliche Leitung zugunsten der letzteren getrennt. Von ihrer unternehmerischen Privatisierung und Spezialisierung nicht zu reden.

(c) Die untrennbaren wissenschaftlich-technologischen Fortschritte haben eine schubartige Maschinerisierung nahezu aller Aspekte des Gesundheitswesens zur Folge. Die Maschinerie im Großen und im Kleinen tritt nicht nur zwischen medizinisches Personal und Patienten, sondern sie definiert in erheblichen Umfängen beider Handlungen. Sie dirigiert und konsumiert

---

<sup>2</sup> Siehe Joseph Vogl: Das Gespenst des Kapitals, Zürich 2010, S. 110 f. Vogl zitiert seinerseits Robert C. Merton.

die Zeit. Mehr noch: diagnostische und therapeutische Chancen werden weitgehend von entsprechenden Innovationen bestimmt. Was Wunder, dass Entwicklung, Einsatz und Verbreitung von maschinellen Apparaten und die auf sie bezogenen Fertigkeiten weltweite Interessen der mehrfach profitablen Nutzung auf sich ziehen.

(d) Der Einfluss der Pharmaindustrie bis in die Curricula und Weiterbildungen des medizinischen Personals ist schwer zu überschätzen. Wer wollte füglich behaupten, therapeutische Belange füllten primär die pharmakologische Büchse? Wer könnte umgekehrt einen Damm bauen und eine Zollstelle errichten, die allein zum Besten „der“ Patientinnen wirken? Wer traute sich zu – und vermöchte er es denn –, „die Wahrheit“ im Blick, die pharmakologischen Neuerungen sortieren zu wollen und die Millionen und Abermillionen Bürger umfassende „Gier, gesund werden oder bleiben zu wollen“, „vernünftig“ zu sortieren? Angesichts einer Reihe trefflicher Studien kann man belegen, dass der „Tauschwert“, simpel gesprochen, der Profit, das Schwungrad pharmakologischer Produktion und der gebrauchenden Verteilung der Produkte in all ihrer massiven Ungleichheit darstellt. Gerade am globalen Pharmamarkt bewährt sich jedoch die peinliche Einsicht, dass die Dominanz von Tauschwerten nur möglich ist, wenn Gebrauchswerte erheblich abfallen. Also wenn „gesund“ werden und bleiben bewirkt wird.

(e) Wissenschaftlich-technologische und ökonomische Innovationen bis zu neuen Kurationsformen des Finanzmarkts wiederholen routine- oder systemförmig einen variabel getexteten, aber identisch komponierten Refrain. Auf sie kommt's im allseitigen Komplex an. Nur sie machen Wachstum möglich. Alle Arten erhoffter gesellschaftlicher Bescherungen fallen wachsend ab. Mit dem Arbeitsmarkt und dem eigenen Geldbeutel fängt's an und hört es wieder auf. Um erneut nimmersatt anzuheben. Was durchgehend gilt, sticht im Gesundheitssektor fast naturgemäß hervor, sprich gemäß der „Natur“ der Gesellschaft und des davon bestimmten Bewusstseins und Verhaltens der einzelnen. Krankheit, in der Krankheit zum Tode angelegt (Sören Kierkegaard), ist jeden Lebensaugenblick möglich. Mitten im Leben sind wir von Tod und Krankheit umgeben. „Die“ Moderne lebt aber in einem ihrer hauptsächlichen Triebkräfte und der also emotional innen ausgestatteten Rationalität vom Cartesischen Versprechen. Das wurde

nicht zufällig im Zeitalter des Barock formuliert. Wenn ihr meiner Methode folgt, so Cartesius in den Discours de la méthode, dem dritten, so werden wir die Krankheit und vielleicht sogar das Alter besiegen. Was Descartes für die rationale, allein menschengemachte Wissenschaft und Technik versprechensvoll vorweg nahm, ist heute zum allgemeinen Propeller weltweiter medizinischer Wettläufe einer Fülle kollektiver Akteure geworden. Diese beschleunigen sich ihrerseits in wechselseitiger Konkurrenz und Zuarbeit. Die Erfindungen jagen sich auf dem zerklüftet globalen Gesundheitsmarkt. Sie tragen bei zu dessen Expansion. Sie stehen unter konkurrierendem Druck. Sie schaffen Druck. Er wirkt auf diejenigen zuletzt, die den Urquell der Legitimation bilden: Gesundheitsberufe, Bürgerinnen und Bürger. Sie sollen die sich täglich ändernde Fülle der diagnostischen, der therapeutischen, der präventiven und der prädiktiven Möglichkeiten und (Als-Ob-) Befehle nutzen. Als heilend vermeidende Handlanger, als umsorgend besorgte und möglichst umfassend sich im Feld der Möglichkeiten tummelnde Bürgerpatienten.

(f) Die große und nanofeine Maschinerie und Technologie in innovativer Hektik, omnipräsent, tauschwertprimär, aber überall gebrauchswertig eingesetzt, besetzt das Wahrnehmungs- und Handlungsfeld der Berufe, die auf den obersten Stufen heilberuflicher Leiter stehen, wie die der Bürgerpatienten. Fast jedes Wohl- und Langleben versprechende Angebot wird probiert und geschluckt. Der Eigenraum der professionellen und konsumierenden Endverbraucher und ihre eigene Kapazität, selbst zu bestimmen, werden minimal. Angehörige der Heilberufe werden zum letzten Glied funktionaler Verkettung. Bürgerinnen besitzen nicht einmal die marginalen Wahlchancen repräsentativ demokratischer „Souveräne“. Ihre Souveränität, auch vom Sozialgesetzbuch V hervorgehoben, kann sich bestenfalls darin äußern, dass sie selbst einen aufhaltsamen Weg durch das Dickicht der gesetzlich und folgerichtig bürokratisch verstellten organisierten Unverantwortlichkeit bahnen. Selbst die Kunst, „Nein“ zu sagen, können sie im dichter werdenden Gespinnst der Präventionen allenfalls eingeschränkt üben. Negative Sanktionen, zuerst monetärer Art, sind im Kommen. Sie unterstreichen vorhandene Ungleichheiten.



**Zum fünften:** Fast durchgehend herrscht das (statistische) Gesetz der großen Zahl. Es hebt an in der Forschung und bei der Überprüfung medizinischer Neuerungen, insbesondere im Pharmabereich. Vor dem Hintergrund statistischer Wahrscheinlichkeit erhebt sich dem Anscheine nach das kristallene Maß aller Maße, die evidenzbasierte Medizin. Was indes wortdurchsichtig und klar klingelt, erweist sich faktisch als voraussetzungsreiche Einsicht. Die Evidenz ist ihrerseits nicht evident, spricht spontan in dem genetisch und funktional nachzuvollziehen, was sie zeigt und was das Gezeigte in seinem Zeit- und seinem Ausmaß bedeutet. Verlässlichkeit und Validität des behauptet Evidenten folgen einer professionell weithin verborgenen und einer bürokratisch hierarchischen Logik. Das ist aber nur die eine Seite des quantitativen Ersatzes qualitativer Differenzierung oder des verlorenen Maßstabs im globalen Konkurrenzgetümmel unübersichtlicher, qualitativ heterogener Innovationen. Die andere Seite besteht in den Größenordnungen. Immens sind die Aufwendungen an finanziellen Mitteln, organisatorischen Apparaten und der Anzahl der eingesetzten Personen, die von wissenschaftstechnologischen Einrichtungen bis zu den Herstellern medizinischer „Instrumente“ und den transnationalen Konzernen der Pharmaindustrie betrieben werden. Länder und Regionen konkurrieren um ihr medizinunternehmerisches Profil bis zu den Schönheits- und Wellnessangeboten. In einem weiten Spektrum nimmt der Organhandel nur eine von krimineller Korruption besonders gefährdete Stelle ein. Der Machtmarkt gesundheitspolitisch orientierter Produktion präsentiert die auch sonst gegebene Doppellücke besonders markant. Gute Gründe wurden darum immer erneut selbst unter der allgemeinen Prämisse „systemischer“ kapitalistischer Produktion vorgetragen, warum The Great Transformation, von der Karl Polanyi allgemein mit dem europäisch-angelsächsischen Schwerpunkt im 19., fortgesetzt im 20. Jahrhundert, gesprochen hat, die allgemeine Marktdurchdringung in ökonomischer, politischer und kultureller Produktion, den Bereich medizinischer Produktion aussparen sollte.<sup>3</sup> Die Doppellücke besteht in einem anderen Maßverhältnis, als es sich jeweils als aktuelles, primär monetär notiertes Ergebnis aus der Konkurrenz der marktmächtigen Faktoren/Akteure ergibt. Ein solches anderes Maßverhältnis aber ließe sich nur durch eine personal verantwortliche, also allgemein kontrollierbare Or-

<sup>3</sup> Karl Polanyi: The Great Transformation

ganisation nicht primär ökonomisch gerichteter Produktion und Verteilung erreichen.

4. Katastrophe der Medizin (und Gesundheitspolitik allgemein): ihr eigener babylonischer Turm.

(a) Der verwirrend verworrene Turm ist medizinisch nicht eigentümlich. Dort stockwerkert er sich aber besonders folgenreich und auffällig immer höher. Für die wissenschaftlich-technologisch-kapitalistisch durchdrungene und zusammengehaltene Moderne und ihre diversen Organisationsformen gilt allgemein, dass die Fülle dessen, was menschengemacht der Fall ist und dauernd gemacht wird, sich unübersehbar dehnt. Von den Wissenschaften, den Technologien, bürokratischen Organisationen bis zu den Versuchen der politischen Zusammenfassung und handelnden Bestimmung herrscht darum das „Gesetz“ der „unendlichen“ Ausdifferenzierung. Es wurde von nicht wenigen Diagnostikern zum Signum der Moderne und ihrem dynamischen Fortschritt erhoben. Ein kursorisch kurzer Blick auf die Einrichtungen von Forschung und Lehre auf der einen Seite und auf das breite und komplexe Spektrum, was heute Politik repräsentiert jenseits aller liebenswert kindlich erscheinenden Verfassungen, mag das illustrieren, was ein ehemaliger Nobelpreisträger und Organisationssachverständiger viel zu greifbar die „Architektur der Komplexität“ genannt hat (Herbert Simon). Gerade an der durchschaubaren und verantwortlich gestaltbaren, dann entsprechend funktionstüchtigen „Architektur“ gebricht es. Zurecht hat man deswegen die von einer Hefe-„Idee“ allseits durchdrungene und zusammengehaltene „Universität“ vor einem halben Jahrhundert schon „Multiversity“ genannt (Clark Kerr). Nicht nur sind die verschiedenen „Wissenschaftssprachen“ in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften (erkenntnistheoretische Annahmen, Methoden, theoretisch-praktische (Re-)Konstruktionen, Verwertungen) einander unverständlich und ineinander nicht zu übersetzen. Vielmehr sind die Fächer in sich in so viele (Sub-)Disziplinen unterteilt, unterteilen sich erneut oder lassen frühere Teile obsolet werden, dass nur noch aus professionellen Positions- und Reputationsinteressen beispielsweise von „der“ Medizin oder „der“ Jurisprudenz gesprochen werden kann. Die Feststellung trifft indes nicht nur für die „praktischen“ Wissenschaften zu, wie sie Kant im „Streit der Fakultäten“ unterschied. Sie gilt trotz der

homogenisierenden „Finalisierung“ aller Wissenschaften unserer Tage auf ökonomische Verwertbarkeit längst auch für primär theoretisch analytisch ausgerichtete Disziplinen. Vergleiche man das Spektrum praktischer Politik zu Zeiten, da das Konzept repräsentativ bürgerlicher Verfassung Ende des 18./Anfang des 19. Jahrhunderts morgendämmerte, mit dem Spektrum, das in den europäisch-angelsächsischen Kernstaaten Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts die politischen Aktivitäten, ihre Institutionen und Prozeduren bestimmte, und dieses wiederum mit dem, das Ende des 20./Anfang des 21. Jahrhunderts galt, man bekäme quantitativ und qualitativ Schwierigkeiten, dieselben Begriffe und Maßstäbe zu benutzen. Und dies, obwohl es sich – das Beispiel USA ragt heraus –, nominell um dieselben Verfassungen handelt. Kurzum: Unbeschadet der nicht zu missachtenden unterschiedlichen Großgegenstände „Wissenschaft“ hier, „Politik“ dort, fallen beiderseitig zentrale Kompetenzen, im Kürzel „Urteilsfähigkeit und Verantwortlichkeit/Kontrolle“, durch den Rost der ausdifferenzierten und eigenlogischen Bereiche. (Fast) in sich geschlossene Systeme. Inter-, gar transdisziplinäre Versuche bleiben bestenfalls randständig, wie die abstrakt überdehnte Norm „politischer Verantwortlichkeit“. Sie werden zu symbolischen Inszenierungen. Ansonsten herrschen Reduktionen der ihrerseits verschiedenen Komplexität – Vorurteile (!) –, die Urteilen und Verantworten entgegenstehen.

(b) Pauschal genannt: diese allgemeine, nicht tragsame Überladung institutionalisierten und personalen menschlichen Wahrnehmens und Handelns zeitigt im Sektor der Medizin als praktischer Wissenschaft und des Gesundheitssystems insgesamt besondere Probleme und negative Konsequenzen mit tödlichem Ausgang. Eine persönliche Erfahrung vor zwei Jahren vorweg. Vor circa zwei Jahren verbrachte ich als neurologisch interessanter Fall eine Woche in der 124. Abteilung, dem 19. von Patienten und Ärzten belegten Stock des 22stöckigen Hochhauses der Charité. Ein kleiner Schlaganfall hatte die schon etwa ein Jahrzehnt offenkundiger werdende „Steuerungsschwäche meines Kleinhirns“ überlagert, aktuell verschärft und – wie heute erkennbar – dauernd verschlechtert. Meine Behandlung durch eine kompetent engagierte Neurologin und andere Pflegekräfte, als solche nicht zu kritisieren, will ich im Moment nicht thematisieren, allein auf schier banale, wenngleich konsequenzenreiche Indizien einer medizini-

schen Großanlage aufmerksam machen. Im obersten Tätigkeitsstock eines monströs eindrucksvollen Krankenhauses war die „kleine“ Neurologie untergebracht. Abgesehen von der Aussicht aufs nah gelegene Bundeskanzleramt waren keine förderlichen Folgen aus dem Umstand erkenntlich, dass die Neurologie inmitten von weit über 100 anderen Abteilungen nistete. Sie agierte solitär neben den anders spezialisierten Abteilungen. Darum war ihr hochhausummauerter Ort ohne anderen als betriebswirtschaftlich ahnbaren Sinn. Sowohl meine dort mit mir besprochene und entschiedene Biopsie wie eine damit verbundene Augenuntersuchung hatte an anderen Tagen in der Sequenz der Virchow-Krankenhäuser gemäß Berliner Verhältnissen erheblich anderen Orts stattzufinden. Der Aufwand: etwa zwei zusätzliche Tage meinerseits. Die medizinische, für mich gleicherweise interessante Konsequenz: Die beteiligten Mediziner und medizintechnischen Experten kommunizierten weder untereinander oder zugleich mit mir. Sie tauschten qua Fax, attachment u.a. die jeweiligen Outprints aus. Im Turm der Charité wurden während der Woche, die ich dort mit reichlich freier Zeit verweilte, eine Reihe von maschinenengeleiteten Untersuchungen meist auf den erdgeschössigen Stockwerken angestellt. Das konnte von der neurologischen Abteilung veranlasst werden. Im Haus. Bis es jeweils dazu kam, dauerte es freilich im überbesetzten Haus viel länger, als wären mir aushäusige Termine beschieden gewesen. Vor allem: zu einer am Ort des Geschehens zusammen mit den technisch besonders versierten Ärzten oder Magnetresonanztomographieexperten arrangierten Kleinkonferenz mit den zuständigen Neurologen und dem tumben, aber, wie man so sagt, betroffenen „leidenden“ Sozialwissenschaftler war selbstredend keine Zeit vorhanden, verweilte ich doch in dieser Zeit u.a. zwei von der Außenwelt abgeschlossene, wenn auch lärmreiche Stunden in den Röhren. Die nicht tiefsinnige, aber doch gewichtige Moral aus der Diagnosegeschichte: Ohne eine Reihe zusätzlich relevanter Faktoren zu beachten, kann festgehalten werden: die Zeit des Patienten spielt nahezu keine Rolle (das gilt, nebenbei bemerkt, auch wenn er „vorzeitig“ entlassen werden sollte). Gerade dort, wo eine Koppelung unterschiedlicher medizinischer Fachkomponenten dem äußeren Anschein nach ohne weiteres möglich wäre, sind sie nicht vorgesehen. Im Gegenteil. Die bürokratische Logik der Dissoziation und die betriebswirtschaftliche der apparativen Auslastung zählen (arbeitszeitlich, patien-

tenzeitlich und monitär). Die Dominanz der maschinell divers ermittelten Informationen wird allein schon dadurch gestärkt, dass die in der neurologischen Sache wichtigsten Mediziner sie abstrakt von ihrer maschinellen Genese und ebenso entfernt vom Patienten auslegen. Der Patient erfährt seine Ergebnisse am Ende wie eine Naturtatsache. Diese verbirgt sich als eher dunkles Rembrandt'sches Claire/Obscure. Das liegt nach dem Stand der Wissenschaft in Sachen Erbvermutungen in der Neurologie und meinem Fall nahe. Indes wäre selbst, ja gerade dieses aufzuklären.

(c) Das „Gesetz“ der Ausdifferenzierung – dem in der Regel ausdifferenzierte „Gesetze“ entsprechen – gilt in der modernen Medizin in besonderem Maße. Es hat sich seit der Identifikation der DNA und der medizinischen Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie rasch vielfältigt und verdichtet. Trotz des langen Vorlaufs im 19. und von zwei Dritteln im 20. Jahrhundert sind indes keine Konsequenzen angebahnt worden, die mauernbildenden Spezialisierungen möglichst zu verhindern oder zu durchbrechen. Weder die notorisch starre, wenn auch nach und nach spezialistisch ausgedehnte medizinische Ausbildung, noch die unabdingbare periodische Weiterbildung „fertiger“ Ärzte, noch die Organisation der Gesundheitsversorgung von den „unteren“ allgemeinen Mediziner an, die auf die Dialektik der grassierenden Ausdifferenzierung irgend im Sinne von checks and balances reagierten. Im Gegenteil. Ausbildung, Weiterbildung und Organisation der Medizin auf ihren verschiedenen Ebenen und an ihren diversen Orten sind nichts anderes als die Fortsetzung der Ausdifferenzierung mit entsprechend bürokratisch verzwickten Folgen. Ausdifferenzierung erfasst in diesen Jahren auch die Krankenhäuser im Sinne der Zunahme von Spezial- und ebenso – „systemisch“ – selbstredend Privatkliniken. All das hat zur Folge, dass sich zum einen medizinisch-institutionelle Heteronomie ausbreitet. Zum anderen aber, schon der Größenordnungen und der Kosten halber die Medizin im Sinne einer praktischen Krankheits- und Gesundheitswissenschaft bürokratisch und ökonomisch in sich wechselseitig mehrendem Sinne zusammengehalten und kontrolliert wird. Hegelisch formuliert: es kommt zu ökonomie- und herrschaftssinniger bürokratischer „Synthese“. Dadurch werden Wissenschaft und Kunst des Heilens zugleich, mehrberuflich wie sie ausgeübt werden, ihrerseits von einer bürokratisch-technologischen und ökonomischen Logik zusam-

mengehalten. Folgerichtig werden sie zu einem heteronomen, wenngleich unvermeidlichen Element inmitten des medizinischen Komplexes. An der Ökonomie der Zeit, ein hervorragendes Erkenntnismittel ohnehin, lässt sich die bürokratisch ökonomische Expansions- und Kontrolllogik am besten fassen. Dazu ist es zunächst nicht erforderlich, mit den üblichen Riesensummen des Gesundheitssystems verschiedener Berechnungsart kritisch abzurechnen. Überall dort wird gesparrt, wo keine Gewinne zu erwarten sind – vor allem in Form expansiver Investitionen. Vorausgesetzt: diejenigen, die unter den Einsparungen leiden, verfügen über keinen anhaltenden Interessendruck. Die Pflegestufen der Altenpflege und ihrer Heime sind das extreme oder, noch zutreffender gesagt, das finale Beispiel in Sachen allemal pauschal gehandhabter Lebens- und Gesundheitsqualität. In den Pflegeheimen lässt sich der den Pflegerinnen und Pflegern aufgeprägten und verinnerlichte Taylorismus an allen Ecken und Enden fließbandlos an lebenden Objekten/Subjekten beobachten. Die Arbeit im Minuten-, wenn nicht Sekundentakt. Ohne außergewöhnliches Engagement oder außergewöhnlich geleitete Heime keine Pflegezeit neben dem Säubern, mühsamen Umdrehen, neben Essens-, Waschlilien und ähnlichem mehr. Beim Pflegepersonal vor allem die Zeiten und Tätigkeiten peinlich notierende, darum oft täuscherische Zusatzarbeit. Erscheinungen von Altersdemenz sind deswegen ein produktives Ergebnis der Zeit- und Umgangersparnis. Eine Ökonomie der Zeit von den Allgemeinärzten bis zu den Assistenz- und Oberärzten der Krankenhäuser, von den Krankenschwestern und Krankenpflegern nicht zu reden, erbrachte kumulativ den Beleg – und Ausnahmen bestätigten denselben –, dass die Progression der Medizin in Diagnose und Therapie, schlecht gebettet in ihrer mangelhaften Arbeitsteilung und Organisation allgemein, eine Regression derselben in eben dieser Diagnose und vor allem Therapie einschließt.

##### 5. Der medizinische Komplex ohne Fundament und gemeinsam orientierenden Horizont.

(a) Von früh an und mehr als andere Praxen und Wissenschaften wird die Medizin von ethischem Raisonement begleitet. Ihre Todesnähe, ihr Infragestellen und nötigenfalls Zerstören humaner Integrität erhellen den begleitenden Moralschatten. Seitdem signifikant mit der Geburt der Klinik

(vgl. Michel Foucault) moderne Medizin das Laufen lernte, stellt sie, man denke nur an die konstitutive Bedeutung der Anatomie im 18. und 19. Jahrhundert, humane Integrität professionell unvermeidlich in Frage (die Psychiatrie ging ihr in der professionellen Verletzung ein Gutstück voraus).<sup>4</sup> Unbeschadet davon konnte lange der Kern des hippokratischen Eids realistisch als Bezugsnorm medizinischen Verhaltens aufrechterhalten werden. Noch die Kritik an der nationalsozialistisch gewendeten Medizin und der daraus entwickelte Nürnberger Code tragen den hippokratischen Prägestempel. Sein Ausrufezeichen besteht in der ärztlichen, pflegerischen Aufgabe zur *restitutio in integrum!* Der Wiederherstellung der ganzen Person der Patientin soweit irgend möglich. Das konservative, das konservierende Wahrzeichen der Medizin. Diese Bezugs- und Grenzmarke schwindet unvermeidlich dahin. Krankheitswissenschaften und -praktiken folgen zum einen der Devise des „laissez innover“: den anhaltenden Neuerungen. Sie eilen diagnostisch voran. Sie leben in den therapeutischen Aufwendungen von lang gezogenen Versprechen. Diese sterben in der Tat erst mit dem darum vorzeitigen Tod. Die Transformation der Medizin von ihrer primär restaurativen Anlage zu ihrer präventiven, ja (re)konstruktiven Ausrichtung vollzieht demgemäß einen geradezu mythischen Brüderwechsel von Epimetheus zu Prometheus. Von Epimetheus, dem Hinterherdenker, der ahnungslos die Büchse der Pandora öffnet und erst aktiv wird, wenn die Übel oder wenigstens all die ambivalenten Phänomene ihr entfliegen sind. Zu Prometheus, der Zeus entgegen, aus Hybris des älteren Göttergeschlechts, mit Hilfe des Feuers organisches Dasein, Leben erdrundum erst ermöglicht. Ihm entspräche medizinisch die nicht nur re-konstruktiv, die vielmehr konstruktiv und die durchgehend präventiv, wenn nicht prädiktiv berichtete und also fordernde Medizin. Macht man sich diesen Musterwechsel bewusst, dann wird einsichtig, dass in der Nachfolge der nach wie vor wichtigen, nur im einzelnen überholten Bücher von Günther Anders, wenn nicht von einer „Antiquiertheit des Menschen“, so doch von einer Antiquiertheit der herkömmlichen Menschenrechte in ihrer (früh-)liberalen, bis heute weiterhin orientierungsgültigen Fassung die Rede sein muss. Dieses Postulat gilt

---

<sup>4</sup> vgl. Michel Foucault: Die Macht der Psychiatrie, Frankfurt/Main 2005; siehe auch Klaus Dörner: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1969.

unabhängig davon, wie man die Menschenrechte „retten“ will. Dazu gehörte ihre neue soziomaterielle Bestimmung. Einigermaßen triftig begründet und anwendbare Normen lassen sich nicht willkürlich konstruieren.

(b) Fallbeispiel: „Deutscher Ethikrat, Berlin, 27.1.2011, Stellungnahme: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung“.<sup>5</sup> Am Beispiel „des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln“ geht der positionell und in der reputierlichen Aura hochrangig besetzte „Deutsche Ethikrat“ erfreulicherweise genau einem Teil der Fragen nach, die im Bauch des Urteilsproblems strampeln, wie es im vorausgehenden Abschnitt (a) angedeutet worden ist. „Der Deutsche Ethikrat“, so bezeichnet er sein Ziel, „konzentriert sich mit der hier vorgelegten Stellungnahme auf die normativen Probleme von Nutzen-, Kosten- und Kosten-Nutzen-Bewertungen und will damit anlässlich einer aktuellen gesetzgeberischen Debatte dazu beitragen, die schwierigen und unumgänglichen Fragen medizinischer Verteilungsgerechtigkeit am Beispiel der ethisch umstrittenen Funktion von gesundheitsökonomischen Bewertungsmethoden in den Blick von Politik und Öffentlichkeit zu bringen“ (S. 8f.). Die einleitend folgenden drei Abschnitte („2. Begriffe, Fakten, Fragen“, S. 11ff., „3. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln“, S. 32ff., und „4. Umsetzung von Nutzen und Kosten-Nutzen-Bewertungen für Arzneimittel im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“, S. 49ff.), die der begrifflichen Klärung à la „Rationalisierung“, „Rationierung“, (zeitgemäßes Unwort) „Priorisierung“ dienen und den bundesdeutsch institutionalisierten Usus benennen, zeichnen sich durch Probleme einebnende Kürze aus. Sie ermangeln auch zartbesaiteter eigener analytischer Töne. Von der ersten Seite an fällt das schmückende Bei- oder auch Hauptwort „solidarisch“ in seiner wiederholten, wenngleich leeren Emphase auf. Es wird seinerseits unausgepackt vorausgesetzt, wie die angeblich „solidarische Finanzierung der Gesundheitsleistungen“. Bei dieser entspannten Beschreibung belässt es der Rat selbst dort, wo er ein zentrales Institut der Krankenversicherung (und der Pharmaka-Bewertung), das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ vorstellt (IQWiG) und ein als zentral benutztes Qualitätskriterium: „Quality adjusted life years“ (QALY).

<sup>5</sup> <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>



Erst im fünften und sechsten Abschnitt gewinnen die Aussagen des Ethikrats an eigenem Profil. Dasselbe muss unvermeidlich flach bleiben. Der Rat räsoniert ohne eigenes Dazutun begrifflich, sprachlich, institutionell im geltenden bundesdeutschen Rahmen. Selbst den Bereich der Arzneimittel berührt er in seiner ökonomischen und seiner daraus hauptsächlich folgenden Verteilungs- und gesundheitlichen Rationalität einschließlich seiner monetären Bewertung nicht, obwohl er unmittelbar mit seinem selbstgesetzten Thema zu tun hätte („5. Ethische Probleme der Bewertung von Kosten und Nutzen“, S. 60ff.; 6. Verfassungsrechtlicher Rahmen“, S. 76ff.). Freilich: jetzt raten die Damen und Herren, ethikrätlich versammelt, im rätlich sanften Stil ohne Ecken und Kanten leise und unbestimmt. Die Grenzen wohlfahrtsökonomischer Standards, angefangen vom größtmöglichen Glück der größtmöglichen Zahl, seit Jeremy Bentham im 18. Jahrhundert diskutiert und kritisiert, im geltenden kapitalistischen Zusammenhang der Gesundheitsökonomie in immergrün verkleidender Geltung, werden allenfalls angedeutet. Außer einer im Verfahren folgenloser Brise Kant'scher kategorischer Imperative vermag der Rat die wirtschaftlichen Erwägungen und dominanten Motive unterhalb des „Primats der Menschenwürde“ nicht wenigstens zu zähmen. Da genügt es nicht, erneut Günter Dürigs einstige Auslegung von Art. 1 Abs. 1 GG zu zitieren. Folgerichtig werden die Grade und vor allem die Grenzen der Stellungnahme des Ethikrats dort vollends kund, wo er in den verfassungsrechtlichen Rahmen engt und seine Aufgabe restriktiv illustriert. Die Grundrechte werden – so wie dem Rat zu Folge die „ethisch“ einschlägigen politischen Dinge stehen – nur abwehrrechtlich verstanden. Sie werden also schon unproblematisch bei allen Bürgerinnen und Bürgern vorausgesetzt. Auch das „Sozialstaatspostulat“ (Art. 20 Abs. 1 GG) wird entleert. „Der Sozialstaat ist ressourcenabhängig. Da Sozialrechte im Grundgesetz fehlen, wird man den vieldeutigen Begriff des Sozialstaats restriktiv dahin auszulegen haben, dass Art. 20 Abs. 1 GG lediglich das Verbot einer eindeutig unsozialen Politik beinhaltet“ (S. 78). Zum „Verhältnismäßigkeitsgrundsatz“ „im Gesundheitssystem“ lautet die ethische Marschroute: „Das bedeutet, dass nicht jeder Kranke unabhängig von der Schwere seiner Krankheit ‚um jeden Preis‘ behandelt werden muss. Die Entscheidung, eine bestimmte Handlung nicht durchzuführen, bedeutet auch kein Urteil über den Wert oder Unwert der nicht behandelten Person, sondern eine

Bewertung der entsprechenden Behandlungsmethode“ (S. 78). Ethikrätlich wird deren Qualität durch den Tod bestimmt. Sie gilt dem wohl informierten Ethikrat offenkundig noch eindeutig. Unter der Zwischenüberschrift „medizinisches Existenzminimum“ weiß der Rat: „Ein solcher Anspruch auf Gewährleistung der für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Voraussetzungen ist nach Auffassung der Literatur jedenfalls dann gegeben, wenn die Vorenthaltung bestimmter Güter zum Tod führen würde. Je weiter man sich allerdings von dieser Extremsituation entfernt, desto schwächer fällt die individuelle Anspruchsposition des Bürgers aus.“ (S. 79) Dem Gesetzgeber – und wohl folglich den definitions- und auslegungszuständigen bürokratischen Akteuren – wird im Kontext des „Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 I SGB V“ (Gesetzliche Krankenversicherung), nun wieder O-Ton Rat, „mithin ein weiter Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum zugesprochen“ (S. 80f.). „Unterhalb der Schwelle lebensbedrohender Erkrankungen bleibt es dabei, dass der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum hat, der auch Wirtschaftlichkeitserwägungen umfasst“ (S. 83).

(c) Nun zur anritzenden Fallanalyse. Die „Stellungnahme“, primär an den ethikrätlich pauschal ermächtigten Gesetzgeber gerichtet, nur vom herkömmlich eindeutig gefassten „Tod“ begrenzt, zeichnet sich durch fast alle Mängel aus, die wenigstens besser zu beheben, allein den Anruf einer eigens geschaffenen Institution „Deutscher Ethikrat“ gerechtfertigt hätte. Der Ethikrat hat sich jedenfalls in dieser „Stellungnahme“ zu einem Problembereich kategorial unethisch oder sogar antiethisch prostituiert. Die ihm gestellten, von ihm selbst aufgegriffenen Probleme sind nicht ohne Aporien, also nicht eindeutig gegebener Lösungen, umzuwälzen. Das gilt, geht man, ethisch anspruchsvoll, skrupulös vor, eingedenk unseres täglich überholten Wissens, eingedenk der vielfach, freilich selten eindeutig und klar markierten gesellschaftlichen Grenzen der teilweisen Lösung und ihrer jeweils hart zu erprobenden Grenzen. Unter anderen läge es aber an einer eigens geschaffenen kleinen Institution, nur dann könnte sie ohne betulich täuschenden Schmelz sinnvoll sein, wenn ihre Mitglieder individuell und kollektiv Abstand hätten zum steril aufgeregten Tanz um die tägliche Ereignisjagd. Nur einige Mängel seien punktuell hervorgehoben: Es hapert zuerst daran, den eigenen Urteilsbezug und seine hauptsächlichen Kriterien

zu erörtern. Es mangelt, zum zweiten, an einer kurzen, auf das Urteilsproblem bezogenen Analyse dessen, was gesundheitspolitisch der Fall ist, und werde es exemplarisch ausgewählt dargelegt. Jede „Metaphysik der Sitten“, also überempirische Statuierung von Bezugswerten, die Damen und Herren erinnern leichthin an Kants nicht ohne weiteres handhabbare „Metaphysik“, ist nur dann alltäglich, nicht sonntagsschulisch wert – und zwar ethisch wert –, das zum dritten, wenn sie – mit einer Formulierung Emile Durkheims gesprochen – eine „Physik der Sitten“ im Wechselbezug verbindet: sprich schwierige Wahlfragen, die weder so noch so „Lösungen“ im Sinne der Nullsummenspiele erlauben, sind in jedem Fall mit Angaben zu Prozeduren zu versehen, wie sie je und je zu konsensualen Zwischenergebnissen geführt werden könnten (wie sind die Bezugswerte problemespezifisch kleinkörnig zu fassen; wer entscheidet wie; wer wird beteiligt; welche Folgen für wen sind zu erwarten?). Ein Mangel an Abstand zu den herrschenden Konventionen und Institutionen ist, zum vierten, zu beklagen. Ohne Distanz ist ethischer Rat nur Dutzendware. Wie soll die gesundheitspolitische, gesundheitsökonomische Situation analytisch durchschaut und mit Verfahrensvorschlägen versehen werden – immer im Kontext einer Debatte von Inhalten/Zielen und Verfahrensweisen –, wenn der status quo an keiner Stelle durchbrochen, nur mit schwebender Sprache umgarnt wird? Wie soll man verfassungsrechtlich, grundrechtlich zuerst und dann verfassungspolitisch etwas lernen, wenn selbst die grundrechtlichen Normen, offenkundig vom Sparziel getrieben, magersüchtig artikuliert werden? Der zu Boden ziehende Rucksack der Kritik ist schwer genug. Darum ärgert die möglichst von allem Ärger destillierte Sprache samt einer verquasteten Begrifflichkeit. Summa summarum wird vom „Deutschen Ethikrat“, welch ein hohes Podest, Ethik und darum pseudoethisch räsoniert, ohne von den primären Subjekten ethischen Verhaltens auch nur zu reden. Darum handelt es sich um wohlfeiles, innerinstitutionell kaum brauchbares Wortespray. Weyma Lübke ist als einziges Mitglied des Rats – ausweislich ihres Sondervotums, S. 98 – 124 – ethikrätlich der gestellten Aufgabe in etwa gerecht geworden. Sie stumpft die von ihr aufgegriffenen Probleme nicht. Sie spitzt sie angemessen zu. Schon zu Beginn ihres Sondervotums verlangt sie zurecht, weil der Ethikrat nur dann legitim wäre, entspräche er ihrem Verlangen: „In einer solchen Diskurslage, wie sie auch das Hauptvotum einleitend darstellt –

Fülle der Kranke vermeidend und behandelnd gestellten, fortschreitend zunehmenden Aufgaben, damit verbundene unvermeidliche Wahlentscheidungen [zusammengefasst von Narr] –, ist es sinnvoll, die involvierten ethischen Grundsatzfragen anhand einer einschlägigen Ethikkontroverse exemplarisch sichtbar zu machen. Eine erste Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu den ‚unbequemen‘ Fragen der Ressourcenallokation (...) muss jedoch nach hier vertretener Auffassung eine wirksamere Vermittlung zwischen dem öffentlichen Diskurs bzw. den Gründen seines Nichtstattfindens und den Fachdiskursen leisten. Dazu gehört vor allem, dass die Gründe der öffentlichen und politischen Zurückhaltung ausdrücklich thematisiert und ernst genommen werden. Weiterhin gehört dazu, dass die Darstellung der Fachkontroversen kontinuierlich an den Vorbehalten und Sorgen orientiert bleibt, die den gesellschaftlichen Diskurs behindern“ (S. 98f.). Kann man’s im Rahmen des Grundgesetzes und seiner Praxis richtiger sagen?!

#### 6. Die Stunde der Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK).

(a) Der informationstechnologische, intrinsisch politisch geschlagene Takt. Die IuK-Technologien haben im Rahmen von Medizin als Wissenschaft, als diagnostische-therapeutische Praxis, als Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik besonders alldurchdringend, zuvor unerhört geschlagen. Neue Wissenschafts- und Praxiszweige haben sich informationell bewegt und sind aus der Kombination der Daten ausgetrieben. Sie sind alle eng miteinander gekoppelt und befinden sich in globaler Kooperation, Stimulanz und Konkurrenz. Wie können die gigantischen Quantitäten an Information, abgehoben von den konkreten Umständen und Personen einschließlich der Patienten, verlässlich gewichtet, bewertet und in ihrer vielfältigen Kombination benutzt werden? Das Problem spannt sich von den erklecklichen Schwierigkeiten verlässlicher Tests und valider Interpretation im diagnostischen und therapeutischen Bereich zur Kosten- und Kontrollseite privater und öffentlicher Politik vor dem Hintergrund weltweit drängender ineinander übergleitender wissenschaftlicher und ökonomischer Interessen. Mehr denn je gilt, dass es keine sogenannte neutralen Daten gibt. Gerichtete, also mit politischen Fähnchen versehene Informationen machen in Konsonanz und Dissonanz das, was gesundheitspolitisch der Fall ist und wird.

(b) Informationsmanagement als Lösungsmittel. Informationeller Herrschaftsgebrauch ist ural. Mit informationellem Geheimwissen und seiner Anwendung entsteht der moderne Staat. Zu absolutistischen Zeiten, die nicht einfach vergangen sind, sondern nach wie vor kräftige Herrschaftsspuren auch inmitten sogenannter liberaler Demokratien ziehen, nannte man solchen informationell herrschaftlichen Gebrauch und ihre Geheimhaltung *arcana imperii*. Diese führen ein expansiver gewordenes, den bürgerlichen Alltag stärker bestimmendes Leben mitten in den nicht zuletzt informationellen Verzweigungen des Gewaltmonopols und dessen bürokratisch feinsinnigen Verästelungen. Max Weber hat sie „alltägliche Herrschaft“ genannt. Sie herrschen vor allem dadurch, dass sie – gesetzlich normiert und legitimiert – die Gesetze dem Anscheine nach sachzwangsartig anwenden, indem sie über die Fülle der herrschaftlich nötigen Informationen verfügen. Bürokratie ist nicht zuletzt, erneut Weberisch ausgedrückt: „Herrschaft kraft Wissen“. Hier handelt es sich um ein „Wissen“, gewiss nicht „wahrheitsorientiert“, sondern um ein Wissen über das die jeweilige Bürokratie verfügt, indem sie es erzeugt, anwendet, negativ und positiv sanktioniert. Das gegenwärtig heftig umstrittene Hartz-IV-Gesetz von 2003, die Gerichtsverfahren rund um seine Anwendung, vor allem die Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom Februar 2010 bieten aspektreiche Beispiele. Die Informationen und ihre praktische Auslegung befinden sich in den Händen der Gesetz verwirklichenden, also seine Wirklichkeit bestimmenden fordernden und demgemäß souverän fördernden Vertreter der Arbeitsagenturen. Das Schlimmste an Hartz IV ist die Erniedrigung seiner bedürftiger Bürgerinnen und Bürger.

(c) Die IuK-Technologien, die seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts alle Sektoren des Gesundheitssystems instrumentell gestalten und vernetzen, machen es zum einen möglich, den täglichen Wust an Informationen aus verschiedenen Quellen zu tauschen, zu sortieren, zu speichern und von allen Stellen abrufen zu lassen, die dazu Zugang erhalten. Sie erlauben dadurch eine Koordination und bis ins einzelne gehende Kontrolle der informationell leichten Hand. Sie verdichten den herkömmlichen riesigen, geradezu geo-bürokratischen Raum- und Personenaufwand. Sie verkürzen die präsent brauchbaren Informationen bis zur schieren Gleichzeitigkeit. Sie lassen außerdem, verfügt man nur über die immer kleiner werdenden

technologischen Vorkehrungen, räumliche, aber auch sachliche Distanzen nahezu schwerelos verschwinden. Dadurch wird, dem Anscheine nach technologisch aseptisch, „Wissen“ bereit gestellt, das eine Schule neuer Möglichkeiten eröffnet. Unter anderem

- die Zusammenführung und Nutzung weltweit generierter Information an allen über Internetausstattung verfügenden Orten. Und das heißt heute schon: über die bewohnte Erde hinweg;
- dadurch können medizinische Experimente und Testläufe weltweit gekannt und genutzt, verglichen und gemäß dem Gesetz der großen Zahl verallgemeinert werden;
- konsequent nimmt vor allem das Wissen über diagnostische und – nachhinkend – therapeutische Erfolge zu (Misserfolge werden weitgehend verschwiegen);
- diagnostische und therapeutische Probleme Einzelner können in den einschlägigen Zusammenhang allgemeiner, quantitativ „validierter“ Informationen gestellt werden. Das Besondere wird vom Allgemeinen aus erkenn- und aufhebbar. Umgekehrt gilt, dass allgemeine Zusammenhänge zum letzten Besonderen in Hintertupfung vermittelt werden können;
- zu diesen diagnostischen und therapeutischen Vermittlungen des erkannt Allgemeinen mit dem problematisiert Besonderen und der Verallgemeinerung einer zureichend untersuchten Anzahl des Besonderen auf weltweiter Ebene kommt hinzu, dass Kostenindikatoren und Kontrollvorgänge technologisch schier mühelos vorgenommen werden können.

Diese schöne neue Informationswelt galoppierenden Fortschritts, gefördert von den wie gleichläufigen Interessen der Bürgerinnen und Bürger, der Heilberufe, der medizinischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an erster Stelle, derjenigen Unternehmen, die die technischen Geräte in hardware und software vertreiben, der staatlichen und/oder privaten Instanzen, die versichern und nach medizinischen wie monetären Standards im Sinne eigenen Ratings kontrollieren –, diese gesundheitliche Wissens- und Wertewelt, die erst Präventionen und (Re-)Konstruktionen zu ver-

wirklichen ermöglicht, leidet aber an einer Fülle nicht bewältigter und im Riesenraum der gesundheitlichen Informationswelt nicht zu bewältigender Probleme. Nur wenige seien angedeutet. Zuerst sind wichtige Prämissen prekär, fragwürdig, wenn nicht haltlos. Zu solchen fadenscheinigen Voraussetzungen gehören: dass viele Informationen gewonnen worden sind, ohne Verlässlichkeit zu gewährleisten; dass unzuverlässige Informationen – ihr Makel ist ihnen nicht ins informationelle Gesicht geschrieben – aus verschiedenen Quellen gesammelt miteinander in vergleichende, ja kumulative Beziehung gesetzt werden, ohne ihre diverse Kraut- und Rübenqualität zu bedenken. Aus solchem Informationsgemenge können weder „evidenzbasierte“ Erkenntnisse gewonnen werden, noch kann, abhängig davon auf die „Effizienz“ bestimmter Mittel und Behandlungsmethoden allgemein geschlossen werden. Vor allem aber – so rutscht die zweite Voraussetzung – gibt es angesichts der fortschrittlichen Umwälzungen keine einigermaßen gleich bleibenden, in den Kliniken und Ländern globalen Informationsaustauschs gleichen, als valide erkannten und begründeten Standards der Interpretation. Diese gibt es weder in den mehr oder minder abgeschotteten Segmenten der Medizin, noch sind sie vor allem oberhalb derselben im Sinne verallgemeinerbar valider Gesundheits- bzw. und vor allem Krankheitsstandards vorhanden. Sticht man mit dem Spaten noch einen Stich tiefer – das ist angesichts der Prävention der allgemeinen Gültigkeit und eventuell Leben erhaltender, tödlicher und zwischen „Tod“ und „Leben“ angesiedelter Stufen notwendig, o bleibender Hippokrates! –, dann wird die Basisprämisse der Verallgemeinerung am Muster der Naturwissenschaft Newton'scher Physik orientierter Medizin brüchig: Als sei die normativ und all unserem Wissen nach historisch anthropologisch gegebene Gleichheit der homines sapientes in Sachen Krankheit und Gesundheit deduktiv auszulegen. Sprich: als könnten alle Menschen nach dem jeweils neuesten usus modernus fortschrittlicher Medizin behandelt werden. Das aber macht das Spannende, das Eigentümliche am Menschen und konsequent seiner Medizin im weiten Verstande aus: Dass einerseits alle radikal gleich sind. Ins Leben geboren, dem Tod verstreudend anheim gegeben. Gleich an Organen, an Sinnen, Hirn und Hand gegebenen Möglichkeiten und Nöten. Und doch historisch und geohuman jeweils verschieden, sowohl was ihre soziale Zeit und ihren sozialen Ort angeht, als auch je individuell besonders

in der je eigenen organischen, kulturellen und individuellen Komposition, Funktion und ureigenen kontextuellen Geschichte. Darum steht eine kontextlose „naturwissenschaftliche Medizin“ zurecht in der Kritik. Darum ist es, mehr noch, bei jedem Menschen angezeigt, sie und ihn je und je eigens und mit ihr/ihm zu diagnostizieren, wie jeden Menschen eigens und mit ihr/ihm zu therapieren. In diesem Sinne wäre moderne Medizin notwendig auch eine Sozialwissenschaft und eine sozialtherapeutische Praxis. Das bedeutet aber, verkürzt gesprochen, so wie es hier nur um den einen, nicht vernachlässigbaren Faden der Argumentation geht, allgemeine Erkenntnis ist, mit verlässlichen Mitteln gewonnen, gar nicht genugsam zu ermitteln. Es führt aber kein Weg an der personal konzentrierten Diagnose im jeweiligen Lebenskontext vorbei. Zu viele Rückkoppelungsschleifen können sich je und je abweichend überlagern. Das Syndrom, das Krankheit erzeugt, dessen Zuflüsse präventiv vielleicht gedämmt werden könnten, die Gesundheit der Personen, die vorweg in einer geographischen und sozialen Region zum guten Teil vorweg gewährleistet zu werden vermöchte, sie alle verlangen: Allgemeine Einsichten sind jeweils besonders zu vermitteln. Was das Allgemeine bedeutet, ist von der besonderen Person ausgehend und auf sie hin zu „evaluieren“. Darum widerspricht die extreme Abstraktion eines universell allgemeinen und gleichen Individuums nicht nur dem Ausdruck selbst. Individuum heißt das unaussprechbar Besondere.<sup>6</sup> Darum werden die Menschen, die in Zeit und Raum materiell leben, all ihrer Besonderheiten beraubt. Damit sie entsprechend als informationelle Zeichen beliebig technopuliert werden können (abstrahere heißt im Lateinischen: absehen von Besonderheiten, der Besonderheiten berauben).

(d) Die IuK-Technologien und von ihr „lebende“ Maschinen, Instrumente, organisatorische Fertigkeiten und Vollzüge ließen maßstäblich verstandenes personal Besonderes im erhellenden allgemeinen Kontext zu. Entwicklungs- und anwendungstatsächlich werden sie aber vor allem dazu gebraucht, organisatorisch bürokratische Ungetüme technologieleicht zu vergrößern und entsprechend ihre Kapazität zur Kontrolle zu instrumentalisieren. Der von der IuK-Technologie ermöglichte und motivierte GRÖSSENWAHN be-

---

<sup>6</sup> Darum das schöne Goethewort an Lavater: „Kennst du schon das große Wort: Individuum est ineffabile.“ Das ganz Besondere kann man mit allemal allgemeinen Worten nicht aussprechen.



sitzt, eng damit verzahnt, eine ökonomische und eine bürokratisch herrschaftlich von oben kontrollierende und durchgreifende Funktion. Sie steht dem erkannten und gesundheitlich positiv wirksamen Zusammenhang von allgemeinem Fortschritt auf der erstlich und letztlich definierenden „Basis“ des personal Besonderen entgegen. Betrachtet man gegenwärtig die gigantomanen Entwicklungen, dann erkennt man, für sie und in ihnen dient die instrumentell begrenzte Steuerungs- und Kontrollfähigkeit via IuK-Technologie allein dazu, die „Performance“ funktional glänzender Großorganisationen à la Riesenkrankenhäuser und Spezialklinika, samt zentralen Einspar- und Kontrollmöglichkeiten durch sogenanntes Qualitätsmanagement und seine falsch besonnenen Zahlen wie eine glänzende Autokarosserie zu präsentieren. Die Substanz einer allein den Bürgerpatientinnen und ihrem Pflegepersonal diagnostisch, insbesondere therapeutisch angemessenen substantiell richtigen Krankenversorgung und Gewährleistung gesundheitsfördernder Bedingungen mag dabei verschütt gehen. Und zu dieser Substanz zählt an erster Stelle der aufgeklärte und damit mitbestimmungsfähige Bürger in seiner immer auch gegebenen Eigenschaft als potentieller/aktueller Patient. Und zu dieser Substanz gesellt sich an zweiter Stelle das seinerseits aufgeklärte Kollektiv verschiedener Heilberufe. Ihnen gälte, wie es teilweise ab und an war: Medizin als Beruf im doppelten Wortsinne. Zu ihm gehört der in der Berufung verlangte *eros iatrikos* (Heilkunst).

## II. Zur Perspektive eines Heil- und Gesundheitssystems des 21. Jahrhunderts – Einige Richtung weisende thesenförmige Markierungen

1. Als normativer, historisch anthropologisch gründender Bezug kommen u.E. nur Menschenrechte und Demokratie in Frage. Menschenrechte werden hierbei als aktive Rechte verstanden. Die eigenen essentiellen Bedürfnisse werden durchgehend von Bürgern als Patienten oder Patientinnen als Bürgerinnen prinzipiell von der Wiege bis zur Bahre mitbestimmt. Diese menschzentralen Bedürfnisse werden in ihrem angemessenen sozialen Kontext mit den dafür nötigen sozialen Bedingungen verstanden. Darum ist es ein willkommenes liberalkapitalistisches Missverständnis, Menschenrechte – als ob immer schon gegeben – abstrakt

isolierten Individuen zuzuordnen. Zu der unausgesprochenen historisch genetischen bis heute funktionalen Annahme kommt hinzu, dass sich diese isoliert abstrakt allgemeinen Menschenrechte nur für diejenigen verstehen, die im Saft von Bildung und Besitz heranwachsen und denselben lebenslang genießen.

2. Schon der historisch sozial-kontextuelle aktivrechtliche, also radikal-demokratische Begriff der Menschenrechte als *der* Bezug des institutionell beruflichen Gevierts, welches Krankheit und Gesundheit gilt, macht deutlich: Keine letztlich radikale Reform des gegenwärtigen Gesundheitssystems ist als restaurative Wiederherstellung früherer Zustände möglich. So viel man auch aus der Geschichte der Medizin, der Geburt und Funktion der Klinik, den Windungen des Gesundheitssystems lernen kann, ein Lob der Vergangenheit ist quantitativ, es ist auch qualitativ ausgeschlossen.
3. Reformen, radikal in der Konzeption, nimmt man den vorgängigen Bezug und die gegenwärtigen Gefahren ernst, schrittweise im Prozess der Verwirklichung, Reformen also sind an erster und letzter Stelle außerökonomisch zu entwerfen. Die Logik des Profits als Movens und Zielmarge scheiden aus. Das aber hieße, es gilt ein öffentliches – nicht gleich staatliches – Gesundheitswesen vor-zu-stellen, dessen materielles Fundament eine allgemeine, je nach Organisation Sondersteuer darstellt. Ökonomisch-materielle Kalküls, die in jeder menschlichen Einrichtung zu beachten sind, kommen erst sekundär zur Geltung.
4. Alle Bürgerinnen und Bürger werden in Schulen, Hochschulen, Erwachsenenbildnerisch und im Rahmen der gesundheitsbezogenen Einrichtungen im Sinne einer weiter entwickelten Konzeption sozialer Medizin und Public Health in letztlich personbezogenen Grundkenntnissen gebildet. Nur dann wird es ineins mit den anderen Vorkehrungen möglich werden – vgl. 5. –, dass sie aufgeklärt den Mut entwickelnd besitzen, ihren auf die eigene Person zielenden Verstand zu benutzen. Frei der Ängste, sich eigene Krankheiten oder Todesneigungen einzugestehen und sich darum mystisch zu verhalten. Sprich: Verstand, Mund und Augen zu schließen, will sagen, sich nicht an nötigen Vorkehrungen eigener Gesundung zu beteiligen.

5. Überall dort, wo viele Menschen in verschiedenen Rollen agieren, gibt die Art den Ausschlag, wie ihr Zusammen- und Widerspiel arbeits- und funktionsteilig gerecht organisiert wird. Unabhängig von einem an dieser Stelle nicht vorgestellten Organisationsmuster müsste jede den oben genannten Zielen und Merkmalen entsprechende Organisation wenigstens folgenden Postulaten genügen:
- (a) Die organisatorische Basiseinheit, lokal nahe, ist in ihrem Umfang so zu kalkulieren, dass medizinische Interdisziplinarität in ein sozialer Dienstleistungen diagnostisch und therapeutisch gewährleistet sind. Sie ist in ihrer numerischen und apparativen Größe jedoch zugleich so zu kalkulieren – und nach experimenteller Erprobung gegebenenfalls zu verändern –, dass alle eher fluktuierend oder professionell „statisch“ teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger als einzelne und gemeinsam den Durchblick bewahren und das medizinische Zentrum verantworten können. So erst werden verantwortliche und also kontrollierte Gesundheitspolitik möglich. Datenverarbeitung wird selbstredend hilfsweise, jedoch nur wenn von allen gewusst und nachweislich diagnostisch und/oder therapeutisch hilfreich, eingesetzt.
- (b) Die Kooperation und Koordinationen der Bürgerinnen und Bürger mitsamt den Mitgliedern der Pflegeberufe mit arbeitsteiliger, nicht hierarchischer Differenz stellen die soziale Einheit dar. Von hier geht alles aus. Auf sie geht alles zurück. Wieweit diese Einheit zu einem Teil als kleines Kollektiv organisiert werden kann, gültig für beide Gruppen, wieweit sie als Duade oder Triade eingeschränkt werden sollte oder müsste, ist nicht vorweg zu entscheiden.
6. Small isn't always beautiful und es ist nicht allein und durchgehend möglich. So allein sind globale Interdependenzen diverser Art nicht zu unterlaufen, so sind auch nicht in ihnen gegebene Fortschritte Menschen befördernder Bedingungen zu versäumen. Darum wird es abgehobenere regionale und überregionale Organisationsebenen gesundheitspolitischer Art geben müssen. Sie und das komplexe Feld medizinischen Fortschritts – von der konkurrenzbesoffenen medizinischen Wissenschaft in enger Umschlingung mit ökonomischen Interessen zu schweigen – sind später und an anderer Stelle zu entwerfen. Aktuell muss der Hinweis genügen: so sehr die Vorstellung reformerischer Um-

wälzungen in einem Schub eine präventive Illusion darstellt, so sehr ist die Überlegung, mit einigen kleinen Reformen ließe sich das Gesundheitssystem seinem intrinsischen Auftrag gemäß „gesund“ organisieren, vom Mal der apologetischen Vergeblichkeit und Täuschung gezeichnet. In diesen Jahren gilt es neben der weiteren konzeptionell kritischen Arbeit zuerst zu verhindern, dass mit falschen Mitteln wie der eGK ein System erhalten und gefördert werde, das allenfalls dem Verlangen einer ökonomisch politischen Elite dienen mag. Und selbst dies nicht recht. Ärzte verlieren die Essenz ihres Berufs. Patienten werden neoliberal körperbefreit. Sie werden in ihrer Rolle als abhängige Variable, beliebig scheinbar gezwungen, bestätigt.