

Patient - Arzt - Staat: die Verstaatlichung ärztlicher Tätigkeit

Hörnemann, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hörnemann, G. (1996). Patient - Arzt - Staat: die Verstaatlichung ärztlicher Tätigkeit. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(1), 32-36. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36132>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Patient - Arzt - Staat

Die Verstaatlichung ärztlicher Tätigkeit

Gerd Hörnemann

1 Arzt - Patient-Beziehung

Wie steht es nun mit der Arzt-Patient-Beziehung in diesem System? Nie war und ist die Medizin gesellschaftsfrei gewesen. Sie wendet vom Menschen körperliches und seelisches Leiden ab. Ärztliche und pflegerische Berufsstände mit ihrer hohen professionellen Selbstorganisation sowie die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten der Techniker der Medizin in hochspezialisierten Kliniken und in einem individualisierten System von Akutpraxen zeigen, wie dieses in sich komplexe Gebilde in die Gesellschaft selbst verflochten ist. Zu ergänzen sind die ausgreifenden Folgewirkungen einer derartigen Medizin für den einzelnen mit seinen gesteigerten Lebensbedürfnissen, "wie für die Massengesellschaft mit ihrer heute regulierbaren Bevölkerungsdynamik und überlebensnotwendigen Sozialhygiene" (Baier 1978a, S. 5).

Die Klientelisierung findet in einer Verteilungsgesellschaft statt, in der nicht mehr das Prinzip des ökonomischen Wachstums mit Vermehrung der objektiven Produktions- und subjektiven Leistungskapazitäten vorrangig ist, sondern die eine Ausweitung von Verbrauchs- und Lebensbedürfnissen präferiert. Die Zuteilung von Nutzungschancen am erwirtschafteten Fond von Gebrauchsgütern und von gesteigerten Lebenschancen erfolgt über Dienstleistungen (Baier 1978a, S. 9). Im Rahmen der Sozialpolitik sind von zunehmender Bedeutung die kollektiv finanzierten und von öffentlichen Trägern erbrachten, personenbezogenen Dienstleistungen wie die Behandlung, Beratung, Pflege und Betreuung (Gross 1983, S. 8). Diese sozialen Dienstleistungen nähren eine sozialpolitische Version der großen Hoffnung, so Fourastié (1969), die Hoffnung auf eine Ablösung der Erwerbsorientierung durch das Dienstethos. Die Erbringung der Dienstleistungen erfordert eine persönliche Kooperation und Kommunikation zwischen dem Dienstleistenden und dem Leistungsnehmer. Sie sind aber auch gewissermaßen das Tor postindustrieller Verheißungen und Wünsche im modernen Sozial- und Wohlfahrtsstaat

(Gross 1983, S. 9), in dem bei einer Verknappung öffentlicher Ressourcen eine Umgliederung der Gesellschaft in Verteilungsklassen sichtbar ist.

Die Zuteilung von öffentlichen Dienstleistungen ergeht in staatlich regulierter Form. Das medizinische Dienstleistungssystem verwaltet in diesem Kontext das knappe öffentliche Gut Gesundheit. Dieses System definiert sich "als das in den Gesundheitsinstitutionen eingebaute ärztliche Berufswissen und seine Berufstechniken" (Baier 1978a, S. 11). Menschen werden in medizintechnologisch und betriebsorganisatorisch perfektionierten Leistungseinheiten moderner Kliniken und Krankenhäuser versorgt. Die Einstellung des Patienten wandelte sich vom traditionellen Haus- und später Facharztpatienten zum Sozialpatienten. Dieser ist ein Typus, "der im Bereich der Sozialleistungen die kollektive Verantwortung für individuelle Not und kollektive Sicherung vor allen individuellen Lebensnachteilen bewußt einlöst und der im Bereich der Gesundheits-sicherung die vorsorgende Bewahrung seiner Nutzungschancen an Lebensgütern einfordert" (Baier 1978a, S. 12). Der Patient ist entprivatisiert vom Gut Gesundheit, das mehr und mehr zu einem öffentlichen Gut tendiert. Baier betont, daß dieser Sozialpatient "keinesfalls ein wirklicher Mensch mit seinen individuell erlebten Leidens- und Glücksempfindungen, mit seinen persönlichen Anlagen und seiner ihm je eigenen Umgebung" ist, "sondern ... ein Typus, ein anschauliches Gedankenmuster, das Zeitstrukturen und Zeitströmungen projiziert auf den Menschen und es faßbar und diskutierbar macht" (1978a, S. 156).

Gesundheit und Krankheit wird in der Gesellschaft immer weniger als naturhaftes Ereignis im körperlichen Bereich des Menschen, sondern mehr als vom Menschen selbst erzeugte und veränderbare Bedingung gesehen (Baier 1974, S. 44 f.). Gesundheit wird ein zunehmendes Maß an Sozialprestige beigemessen, dem ein soziales Indiz für Leistungs- und Karrierefähigkeit inhärent ist. Im gleichen Sinne wird Krankheit als soziales Versagen eingestuft. Immer wird es aber den Einzelnen mit selbstempfundener und selbsterlittener Erkrankung geben, der den Arzt sucht, "aber er wird nicht mehr der bestimmende Typ des Patienten sein, auf den sich der künftige Gesellschaftsarzt einstellen wird" (Baier 1978a, S. 12).

2 Die Position des Arztberufes im gesundheitspolitischen Wandel

Im Zuge des Reformgesetzes bis hin zur Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes ist es evident, daß Gesundheitspolitik eine neue Qualität gewonnen hat. Jost Bauch (1994, S. 50) konstatiert, daß das alte subsidiäre Arrangement von Gesundheitspolitik - nämlich Gesundheitswesen, Staat, Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - einer neuen Ordnung gewichen ist. In dieser Ordnung wird, zugunsten staatlicher Einflußsphären die Struktur des Gesundheitssystems aufgebrochen.

In traditioneller Betrachtungsweise war die Beziehung zwischen Staat als politischem System und dem Gesundheitssystem nach dem Prinzip der Subsidiarität geregelt. Der Staat hat sich weitgehend aus internen Regelungsfragen des Gesundheitssystems herausgehalten. Als liberaler "Nachtwächterstaat" hat er gerade dem Gesundheitssystem in einem hohen Maße Autonomie überlassen. Gesundheit galt als vor- und unpolitisch. Die Regelungskompetenz konnte den Gesundheitsexperten, den Leistungserbringern als Professionals und den Krankenkassen als Organisationen der Selbstverwaltung überlassen werden. Der Staat beanspruchte für sich allenfalls eine Rahmenkompetenz; jedoch sah er für direkte Staatsinterventionen im Gesundheitssystem keinen Anlaß (Bauch 1994, S. 50).

Eine Veränderung dieses Rahmens brachten die in den 70er Jahren verabschiedeten Kostendämpfungsgesetze. Die Ausgaben für Gesundheit expandierten, so daß sich der Staat veranlaßt sah, diese Ausgaben für Gesundheit mit der volkswirtschaftlichen Entwicklung zu parallelisieren. Auf einer ersten Stufe wurde das Gesundheitswesen vergesellschaftet. Die Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens wurde mit der Entwicklung des Bruttosozialproduktes vernetzt. Es wurden makrosoziale Parameter, wie das Bruttosozialprodukt und die Grundlohnsummenentwicklung, zu Bestimmungsfaktoren der geduldeten Ausgabenentwicklung für das Gesundheitswesen. Die Kostendämpfungsgesetze waren aber noch Einzelinterventionen, die eine krisenhafte Kostenexplosion nach Maßgabe makrosozialer Parameter des Gesundheitssystems verhindern sollten. Für diese Form der schnellen Intervention genügte eine ökonomische Perspektive, um die Prinzipien einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik aufrecht zu erhalten. Bei dieser klassischen bargainante-Politik der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde auf die systemorientierte Fortschreibung der Ausgaben im Gesundheitswesen abgestellt, wobei die Zuwachsraten sich allein an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ausrichten sollten (Medizinische Orientierungsdaten 1984). Auf dieser ersten Stufe der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens wurde der Gesundheitsdiskurs "ökonomisiert" (Bauch 1994, S. 50).

Schon Ende der 70er Jahre zeigten sich die Grenzen einer ausschließlich ökonomischen Steuerung des Gesundheitswesens. Diese Steuerung konnte nur ökonomische Rahmenbedingungen reflektieren. Der Staat konnte nur vorschreiben, daß gespart werden mußte; er konnte aber nicht verordnen, wo gespart werden sollte. Die Dynamik des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen unter die gewünschte ökonomische Kontrolle zu bringen, verlangte eine sensiblere, allokationsspezifischere Interventionspolitik. "Spätestens mit dem Gesundheitsreformgesetz schaltete der Staat von ökonomischer Einzelfall- und Rahmenkompetenzintervention auf politische Dauerintervention mit direkter Regulierung des Leistungsgeschehens um" (Bauch 1994, S. 51).

Bei dieser Transformation von der ökonomischen Einzelfallintervention auf politische Dauerintervention des politischen Systems in das Gesundheitswesen wird die Beziehung beider Systeme durch die generelle Beziehung zwischen Staat und Gesellschaft beeinflusst, und zwar einer Gesellschaft, die sich im Rahmen der Entwicklung zur

modernen "Risikogesellschaft" (Beck 1986, S. 338 ff.) entwickelt hat. Die Risikogesellschaft ist mit der Bewältigung der gesundheitlichen Folgeprobleme der Technisierung des Lebens der Industriegesellschaft (Ökologie, Umweltzerstörung, Streß im Alltag etc.) befaßt. Bauch (1994, S. 51) konstatiert, daß die Sedimentierung von Schadstoffen in Mensch und Natur zu einem Paradigmawechsel in staatlicher Politik geführt hat. "Nicht mehr ist staatliche Politik (alleine!) auf ökonomisches Wachstum ausgerichtet, ganz wesentlich legitimiert sich staatliche Politik über Risikoabwehr und Risikodetektierung in allen Lebensbereichen der postmodernen Industriegesellschaft. Damit wurde 'Gesundheit' zur gesellschaftlichen und politischen Leitcodierung aller staatlichen Operationen und Interventionen" (Bauch 1994, S. 51). Horst Baier (1991, S. 13) spricht vom modernen Staat als Gesundheitsstaat. Gesundheit stellt dabei eine ideale Verrechnungsformel für staatliche Interventionspolitik dar, weil alle anderen Wertstrukturen, auf die staatliche Politik sich legitimatorisch beziehen konnte, erodiert sind (Klages/Kmieciak 1983). In diesem situativen Kontext ist Gesundheit in alle gesellschaftlichen Lebensbereiche diffundiert, d. h. sie ist nicht mehr allein Sache des Gesundheitssystems mit seinen professionellen Experten. So Bauch (1994, S. 51): "Gesundheit wird vom Staat angeeignet als zentrale Legitimationsformel von Politik. Traditionelle Legitimationsformeln von Politik wie Wohlfahrt und soziale Gerechtigkeit haben nur Bestand, insofern sie sich auch über den Gesundheitsdiskurs ihre Daseinsberechtigung verschaffen können. Soziale Ungerechtigkeit muß Gesundheitsprobleme generieren, dann wird sie zum Gegenstand staatlicher Politik".

In dieser Perspektive ist Gesundheit auch eine ideale Legitimationsformel für die staatliche Gängelung des Bürgers. Gesundheit ist der Garant für Leistungsfähigkeit und Leistungswillen der Bürger. Mit der Verinnerlichung des Gesundheitsideals beweist der Bürger Compliance gegenüber den Verkehrsformen der individuellen Leistungs- und Konkurrenzgesellschaft nebst den staatlichen Kontrollinstitutionen.

Für die Verortung ärztlicher Tätigkeit und Expertise bedeutet dies, daß die Perspektive des Gesundheitssystems mit der des politischen Gesundheitsdiskurses nicht identisch ist. "Das Gesundheitssystem befaßt sich traditionellerweise in individueller Perspektive mit der 'Klinik des Subjekts'. Es geht um Herstellung individueller Gesundheit an individualisierten Patienten. Die Perspektive des politischen Gesundheitsdiskurses ist dagegen makrosozial und kollektivistisch" (Bauch 1994, S. 52).

Im Ergebnis ist m. E. ärztliche, insbesondere ärztliche freiberufliche Tätigkeit verfassungsrechtlich, arzt- und organisationsgesetzlich, leistungsberuflich und sozialorganisatorisch im bundesdeutschen Sozialstaat fest verankert. Aber im Spannungsfeld zwischen Freiberuflichkeit und öffentlich-rechtlicher Staatsbindung ist sie in eine Position geraten, die ihre Organisations- und Berufsautonomie zu einer Staatsmedizin mit Tendenz einer Zentralverwaltungswirtschaft verschiebt.

Bauch konstatiert etwas abgemildeter: "Gesundheit als öffentliches Gut bedeutet, daß die Staatszugriffe auf das Gesundheitswesen weiter wachsen werden. Wahrscheinlich

ist indes nicht, daß diese Entwicklung in ein staatliches Gesundheitswesen mündet, wahrscheinlicher ist die Beibehaltung eines 'eigenständigen' Gesundheitswesens, das aber völlig unter staatliches Kuratel gestellt wird. Das GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) ist erst der Anfang" (Bauch 1994, S. 54).

Literatur

- Baier, Horst, 1974: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Klaus von; Horn, Klaus (Hrsg.), Der Kranke in der Gesellschaft. Köln. S. 37-50.
- Baier, Horst, 1978a: Die Medizin in der Wohlfahrtsgesellschaft. In: Baier, Horst (Hrsg.), Medizin im Sozialstaat. Medizinsoziologie und medizinpolitische Aufsätze. Stuttgart, S. 5-19.
- Baier, Horst, 1978b: Der Sozialpatient - oder Gesundheit als soziale Dienstleistung. In: Baier, Horst (Hrsg.), Medizin im Sozialstaat. Medizinsoziologie und medizinpolitische Aufsätze. Stuttgart. S. 154-157.
- Baier, Horst, 1991: Die Despotie des Gesundheitsstaates. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 267, S. 13.
- Bauch, Jost, 1994: Gesundheitspolitik im Wandel - Gesundheit als "kollektives Gut". In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 48, S. 50-54.
- Beck, Ulrich, 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.
- Fourastié, Jean, 1969: Die große Hoffnung des Zwanzigsten Jahrhunderts. Köln.
- Gross, Peter, 1983: Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft? Opladen.
- Klages, Helmut; Kmicciak (Hrsg.), 1983: Wertewandel und gesellschaftlicher Wandel. Frankfurt a. M., New York.
- Medizinische Orientierungsdaten, 1984: Daten und Ziele für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 1983/84. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Köln.

Dr. Gerd Hörnemann
Franz-Liszt-Straße 1
D-78464 Konstanz
Tel.: 07531/54726