

Kai-Uwe Helmers

# Ökonomie und Medizin

Zur Entwicklung des Gesundheitssystems  
unter besonderer Berücksichtigung  
der gegenwärtigen politischen Ökonomie

Herausgegeben von Solidarisches Gesundheitswesen e.V. und  
Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

»Kam endlich eine Zeit, wo alles, was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben, aber nie verkauft, erworben, aber nie gekauft: Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen etc., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder, um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird, um auf seinen richtigsten Wert abgeschätzt zu werden.«

*(Karl Marx: Misère de la Philosophie, 1847, MEW 4, S. 69)*

#### Impressum

Herausgeber Solidarisches Gesundheitswesen e.V. in Kooperation  
mit dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.  
Falkstr. 34  
60487 Frankfurt/Main  
Fon 069 / 77 95 85  
solid.g-wesen@gmx.de  
www.solidarisches-gesundheitswesen.de

Layout/Satz Birgit Letsch

ViSdP Kai Uwe Helmers Ottenser Hauptstraße 1a 22765 Hamburg

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



**SOLIDARISCHES**  
GESUNDHEITS **WESEN**

# Inhalt

---

Vorwort	5
<b>I Historischer Abriss zur Entstehung der Medizin und des heutigen ärztlichen Berufes</b>	<b>7</b>
Medizin vor dem 20. Jahrhundert	8
Der Übergang ins 20. Jahrhundert	11
Deutscher Faschismus	12
Restauration der Verhältnisse in der jungen Bundesrepublik Deutschland	14
Veränderung mit Beginn der Wirtschaftskrise Mitte 1970er Jahre	17
<b>II Aktuelle Entwicklung Zwischenresümee / Zwischenspiel</b>	<b>19</b>
Der Arzt und das Geld – Ökonomie und ambulante Medizin	19
Neoliberalismus hält Einzug	21
Zur Begrifflichkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens	25
Ökonomismus oder der Mythos vom neoliberalen Sachzwang	25
Ökonomisierung als prozesshaftes Geschehen	28
Schlaglichter auf (Aus)Wirkungen oder der Wandel folgt der Ökonomie	30
Ökonomisierung der ambulanten Medizin	30
... und die Moral bei der Geschichte?	33
Krankheit und Gesellschaft: Armut verursacht Krankheit und Leid – Krankheit und Leid verursachen Armut	35
Bruchlinien innerhalb der aktuellen Medizin	39
Kritik der Kritik	39
Die kritische Kost	41
<b>3 Perspektiven und Horizonte</b>	<b>43</b>
Quellen	47



Lucas van Leyden: *The Dentist*, 1523 – © Gemeinfrei

# Vorwort der Herausgeber\*innen

---

Das Verhältnis von Ökonomie zu Medizin und umgekehrt ist ein zentrales Thema einer emanzipatorisch ausgerichteten Kritik des Gesundheitswesens. Medizin einzubetten in einen historisch gesellschaftlichen Zusammenhang und damit auch in politökonomische Strukturen gehört zum Grundverständnis des Vereins Solidarisches Gesundheitswesen e.V. und des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Nicht zuletzt durch die Schriften von Hans-Ulrich Deppe, einem Gründungsmitglied des vdää, sind viele von uns inspiriert und in ihrer kritischen Haltung bestärkt worden.

Mit dem hier vorliegenden Diskussionsbeitrag von Kai-Uwe Helmers, Arzt für Allgemeinmedizin und Mitglied der vdää-Regionalgruppe Hamburg, über »Ökonomie und Medizin« eröffnet das Solidarische Gesundheitswesen e.V. in Kooperation mit dem vdää eine neue kleine Schriftenreihe, in der wir bei Bedarf und in unregelmäßigen Abständen Texte herausgeben wollen, die in dieser Tradition stehen und die wir in diesem Umfang nicht als Zeitschriftenbeitrag veröffentlichen können.

Der Text ist Ende 2018 entstanden und reflektiert deshalb auch nicht die Covid-19-Pandemie, ihre Auswirkungen und die politische Dynamik, die das ausgelöst hat. Er hätte eigentlich schon früher veröffentlicht werden sollen, aber da wir alle solche Arbeiten nebenher bzw. zusätzlich zu unserer Lohnarbeit und zu all den politischen Aktivitäten machen, haben wir ein bisschen Zeit gebraucht – und dann kam Corona und hat uns alle erst einmal für eine ganze Weile beschäftigt... An den Thesen bzw. der Kritik des hier vorliegenden Textes hat sich durch Covid 19 nichts geändert. Im Gegenteil. Die Kritik hat sich in der Pandemie mehr als bewahrheitet.

Wir hoffen, mit dieser Broschüre dazu beitragen zu können, die gesellschaftlichen und politökonomischen Zusammenhänge sowie die historischen Hintergründe unseres Gesundheitswesens besser zu verstehen und kritisches Handeln zu ermöglichen.

Bernhard Winter  
*(Co Vorsitzender des vdää)*

Nadja Rakowitz  
*(stellvertretende Vorsitzende des  
Solidarischen Gesundheitswesens)*

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



**SOLIDARISCHES**  
GESUNDHEITS**WESEN**



Toussaint del.

Chapuy sculp.

VUE INTÉRIEURE DE LA COUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Dep. à la Bib. Imp. 1808

School of Medicine, Paris: the interior court, 1808 – © Gemeinfrei

# Historischer Abriss zur Entstehung der Medizin und des heutigen ärztlichen Berufes

»In jeder Aktienschwindelei weiß jeder, daß das Unwetter einmal einschlagen muß, aber jeder hofft, daß es das Haupt seines Nächsten trifft, nachdem er selbst den Goldregen aufgefangen und in Sicherheit gebracht hat. Après moi le déluge! ist der Wahlruf jedes Kapitalisten und jeder Kapitalistennation. Das Kapital ist daher rücksichtslos gegen Gesundheit und Lebensdauer des Arbeiters, wo es nicht durch die Gesellschaft zur Rücksicht gezwungen wird.«

*(Karl Marx: Das Kapital Bd. 1, MEW 23, S. 285)*

# Medizin vor dem 20. Jahrhundert

---

Die theoretischen und praktischen Bezüge der Medizin reichen weit zurück in die griechische, persische und arabische Geschichte. Im europäischen Mittelalter wurden, neben anderen Wissensbeständen, auch die medizinischen in den Bibliotheken der Mönchsorden und Klöster erhalten, erschlossen und gepflegt. Wie auch bei wichtigen philosophischen Texten, wurden viele ursprünglich griechisch verfasste medizinische Schriften aus dem Arabischen ins Lateinische übersetzt. In Gebrauch und Anwendung dieses Wissens wurden diese Texte auch erweitert und verändert von den arabisch sprachigen Autoren und »Archivaren« und gelehrten »Heilern«.

Im Mittelalter wurde den studierten Medizinern von Königs- und Fürstentümern schließlich die Aufgabe der Oberaufsicht über andere Heilende und Versorgende z.B. auf den Märkten übertragen. Für die medizinische Versorgung sorgten die in Zünften organisierten Barbierere und Handwerkschirurgen sowie Apotheker, Hebammen so wie die, heute in Vergessenheit geratenen Menschen mit Berufen, wie Zahnzieher und Hernienbehandler. Im Weiteren entstanden, nicht mehr unter kirchlicher Obrigkeit stehende, städtische oder königliche Medizinalräte, die die Aufgabe hatten, die Versorgenden zu examinieren, Lizenzen zu erteilen und die Tätigkeiten zu kontrollieren. Es begann sich langsam eine Hierarchie herauszubilden. Insgesamt waren jedoch akademische Mediziner eine verschwindend geringe Berufsgruppe. (Vgl. Roelcke 2017)

Die medizinische Versorgung strukturierte sich schließlich im Spätmittelalter neu. Die Zahl der Nichtsesshaften stieg, zudem zogen Ströme von Pilgern durch die Länder. Es entstanden kirchlich geleitete Hospitäler, die vornehmlich der Armenversorgung, aber auch der Kranken-

behandlung dienten. In ihnen arbeiteten keine akademisch ausgebildeten Mediziner, sondern Barbierere und Chirurgen. Ihre Ausbildung schlossen sie mit einem Meister ab. Der Einfluss der akademischen Medizin war nur gering und wurde jetzt noch geringer und die Versorgung unterlag kaum Regularien. Der Medizinhistoriker Volker Roelcke spricht in diesem Zusammenhang von einer Phase der Deregulation.

Im Zeitalter der Aufklärung im 18. Jahrhundert büßten die akademischen Mediziner dann erheblich an Ansehen ein: In dieser Zeit begann sich die Erwartung durchzusetzen, dass Erkenntnisse sich an der Empirie beweisen sollten. Freiheit von kirchlicher Unterdrückung erlaubte die Entwicklung erkenntniskritischer Methoden. Da bis zu diesem Zeitpunkt das Studium der Medizin maßgeblich aus Auswendiglernen und Rezitieren der (spät-)antiken medizinischen Schriften (u.a. Hippokrates, Galen) bestand, war die damalige akademische Medizin überholt. Die in Zünften organisierten Chirurgen und Barbierere machten das deutlich.

Nach der französischen Revolution 1789 wurde ein bahnbrechendes Projekt initiiert. Auf Beschluss des Nationalkonvents wurde die Ecole de Santé in Paris gegründet. Hier entstand eine pragmatische Synthese der praktischen medizinischen Versorgung mit der akademischen Medizin unter der Vorgabe, dass sich diese Versorgung empirisch bewähren müsse. Eine maßgebliche Rolle spielte, bei der nun einsetzenden europaweiten Entwicklung der medizinischen Erkenntnisse, die systematische pathologische Anatomie. Durch den empirischen Einsatz von Wissenschaften und von neu entwickelten technischen Instrumenten wie dem Mikroskop und dem Stethoskop vergrößerte sich ein Wissensgefälle zwischen Behandelnden und Behandel-

ten, welches nicht ohne weiteres zu überbrücken war.

In Großbritannien waren es ebenfalls die chirurgisch Tätigen, aber auch die britischen Apotheker\*innen, die die empirische Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung vorantrieben. Die akademischen Ärzte verloren erheblich an Bedeutung. Zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden diese drei Richtungen (Chirurgie, akademische Medizin, Pharmakologie) durch ein vom Parlament verabschiedeten *Medical Amendment Act* zusammengeführt. In ihrer Entstehung dem Rationalismus und Empirismus und der Entwicklung der Naturwissenschaften verbunden, wurde Medizin in diesem Prozess zu einem akademischen Studiengang.

In Deutschland wurde die akademische Medizin im 19. Jahrhundert zunächst privilegiert durch finanzielle Zuwendungen und Einrichtungen von Lehrstühlen und gewann durch die Rückwirkungen der oben beschriebenen Entwicklung hin zu einer empirischen Wissenschaft, mehr Ansehen und Einfluss. Auch erste Ansätze einer Sozialmedizin entstanden. Rudolf Virchow begriff Medizin als eine soziale Wissenschaft und auf Naturwissenschaft basiert. Medizin bzw. Gesundheit und Krankheit waren für ihn auch politische Fragen. Er engagierte sich entsprechend in der Politik; er war allerdings kein Linker, sondern gehörte der Fortschrittspartei an. Unter Bismarck wurden die Privilegien der Mediziner reduziert durch die Einführung der Kurierfreiheit, die auch Rudolf Virchow begrüßte. Das bedeutete, dass jede\*r in der Versorgung tätig werden durfte und diese nicht nur der Ärzteschaft vorbehalten war.

Mit der Kurierfreiheit verloren die akademisch ausgebildeten Ärzte in Deutschland an Einfluss so wie ihre Vorrangstellung. Außerdem sahen die Ärzte ihre Einkünfte bedroht durch die Konkurrenz mit »Heilern«, die nicht akademisch ausgebildet waren und entweder traditionellen Ansätzen folgten oder einer der neuen Heillehren. Zugleich trat in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch in Deutschland die Industrialisierung ihren Siegeszug an. Als Reak-

### Exkurs: Frauen in der Medizin

Die Ärzteschaft bestand bis ins späte 19. Jahrhundert nahezu ausschließlich aus Männern. Die in London geborene Hope Bridges Adam Lehmann war 1880 die erste Frau, die in Deutschland an der Universität in Leipzig ihr Medizinstudium, das sie als Gasthörerin besuchte, mit einem Staatsexamen abschloss. Dieser Abschluss wurde aber nicht anerkannt. Sie ließ sich daraufhin in Bern promovieren und erhielt 1881 in Dublin die britische Approbation (Zulassung als Ärztin). Durch einen Beschluss des Bundesrats des Deutschen Kaiserreichs von 1904 erhielt sie in Deutschland nachträglich die Approbation und die Berechtigung zur Führung des Dokortitels. Die badischen Universitäten Freiburg und Heidelberg waren die ersten Deutschlands, die Frauen aufnahmen. In Heidelberg studierte Rahel Goitein, wo sie 1905 ihr Staatsexamen ablegte. 1907 folgte ihre Promotion zum Dr. med. Sie ließ sich 1908 in München nieder und war damit die erste niedergelassene Ärztin, die allein an einer deutschen Universität ausgebildet worden war. Frauen wurde der Zugang zu den Universitäten in Deutschland etwa mit Beginn des 20. Jahrhunderts ermöglicht.

tion kam Zivilisationskritik auf und es entstanden beispielsweise die Lebensreformbewegungen. Einerseits verlor die christliche Religion an Einfluss und Bindungskraft, andererseits entstanden viele metaphysische, esoterische und unwissenschaftliche Ansätze, wie z.B. Mesmerismus oder Homöopathie.

Da die Medizin zudem im 19. Jahrhundert noch nicht weit entwickelt war und viele wesentliche Entdeckungen (z.B. in der Bakteriologie) nicht unmittelbar in praktische Behandlungsschritte führten (die Entwicklung von Antibiotika folgte erst im 20. Jahrhundert), standen die Ärzte in erheblicher Konkurrenz zu den nicht-medizinisch ausgebildeten Versorgenden wie Heiler\*innen, Hebammen, Kräuterheilkundlern

usw. Zusammenfassend gibt es keine historische Begründung für eine romantisch-ethische oder heroische Sicht auf ärztliches Handeln. Gerne wird jedoch von Ärztekammern und ärztlichen Verbänden ein solches Bild gezeichnet. Dazu schreibt der Medizinhistoriker Volker Roelcke: »Eine historische Analyse dokumentiert, dass das in die Vergangenheit projizierte Bild von einer quasi ›natürlichen‹ Autonomie des Ärztestandes und einem klar definierten, von sozialen und politischen Kontexten unabhängigen ›ärztlichen Ethos‹ auf der Grundlage des hippokratischen Eides eine professionspolitische Fiktion darstellt.« (Roelcke 2017, S. 18) Weiter heißt es: »Die Idee einer früheren ärztlichen Autonomie gegenüber dem Staat ist eine retrospektive Idealisierung, die nicht durch historische Evidenz gedeckt ist.« (Roelcke 2017, S. 137)

Erich Wulff, bis 1993 Professor für Sozialpsychiatrie, gibt eine plastische Schilderung der ökonomischen Motivationslage der Ärzte in dieser Zeit: »Noch um die Jahrhundertwende (vom 19. zum 20. Jahrhundert, Anm. des Autors) redeten die Ärzte viel unbefangener vom finanziellen Vorteil als Motivation ihres Handelns. Freud schrieb in dieser Zeit seiner späteren Frau Martha Benarys, der ›Hauptvorteil‹ der unentgeltlichen Ordination in öffentlichen Spitälern läge ›im Namen als Spezialist, den man sich so erwirbt‹, in einem Namen also, der sich später in klingende Münze verwandeln lässt. Aus diesem Grunde blieb auch später, zu Beginn des Jahrhunderts, das Gehalt, das nun von der öffentlichen Hand für die Wahrnehmung von Krankenhausfunktionen gezahlt wurde, noch verhältnismäßig gering. Dafür war bei den leitenden Ärzten die Arbeitszeit auch sehr knapp bemessen und blieb unkontrolliert. Die Hauptidealquelle für sie war die Privatpraxis – in Frankreich gehörten dazu Privatkliniken, in Deutschland die Privatstationen, deren

Betriebskosten von der öffentlichen Hand getragen wurden. So wurden die Patienten nach ihren Zahlungsmöglichkeiten unterschieden und in zwei Gruppen eingeteilt, die meist auch an verschiedenen Orten oder zu verschiedenen Zeiten behandelt wurden: Es gab hier die Zahlenden und dort die Gratis-Patienten als Empfänger ärztlicher Wohltätigkeit. Die Ersteren stellten die direkte Quelle für den Wohlstand des Arztes dar, die Letzteren dienten dazu, ihm ein Re-



Johann Bahr: Unfall in einer Maschinenfabrik, 1889 – © Gemeinfrei

nommee zu schaffen oder aber auch, das ›Material‹ für seine wissenschaftlichen Arbeiten und seinen akademischen Unterricht abzugeben.« (Wulff 1971)

In Analogie zum Verständnis der bürgerlichen Ideologie als notwendig falsches Bewusstsein ist festzustellen, dass Medizin notwendig falsche Medizin ist. Die entwickelte bürgerliche Gesellschaft verleugnet eine ihrer wesentlichen Grundlagen: die kapitalistische Wirtschaftsweise und die damit verbundenen Eigentums- und Ausbeutungs- bzw. Herrschaftsverhältnisse. Die Medizin als Resultat und Produkt dieser geschichtlichen Entwicklung, leugnet, wie Erich Wulff gezeigt hat, diese Grundlagen in gleicher Weise, wie historisch auch anders nicht zu erwarten. Es ist ein Fehler, der in der Entstehung angelegt ist.

# Der Übergang ins 20. Jahrhundert

---

Das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung in Deutschland sind wesentlich geprägt durch das Entstehen der gesetzlichen Krankenkassen im ausgehenden 19. Jahrhundert. Vorläufer waren Hilfsgemeinschaften der Gesellenvereine, Bergarbeiter und anderer Gewerke, die sich teilweise in Zünften organisierten. Im Zuge der Industrialisierung und des damit entstandenen sozialen Elends bei gleichzeitiger Zerstörung des Sozialsystems Großfamilie, wurden solche solidarischen Hilfskassen auch unter den Industriearbeiter\*innen gegründet. Gegen das Erstarken der politischen Bewegungen der Arbeiter\*innen in Form von Gewerkschaften und durch die Gründung der SPD versuchte das neu gegründete Kaiserreich der »kommunistischen Gefahr« unter Bismarck mit einer klassischen Doppelstrategie von Repression und Befriedung Herr zu werden: Auf der einen Seite wurden die SPD und die mit ihr verbundenen selbstorganisierten Versicherungen der Arbeiterklasse mit Hilfe der Sozialistengesetze verboten und auf der anderen Seite soziale Sicherungssysteme für die arbeitenden Klassen eingeleitet. Dies führte zur Einrichtung einer Alters- und Invalidenversorgung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Institutionalisierung von Krankenkassen. Die Industrialisierung und mangelnder Arbeitsschutz führten häufig zu betriebsbedingten schweren Unfällen und zu gravierenden Krankheiten. Die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen führten zur massenhaften Verelendung. Im Tausch mit dem Kapitalisten verkauften sie mehr als Ware Arbeitskraft gegen Lohn, sie verkauften sich mit Haut und Haar. Nicht nur ihre Würde, sondern auch ihre Gesundheit wurde zu Tauschwert. Kosten, und als solche gelten die Löhne im Kapitalismus, können nicht niedrig und Gewinne nicht hoch genug sein. Wäh-

rend zumindest arbeitsfähige Menschen notwendig für die Produktion von Wert und Mehrwert sind, kann auf der anderen Seite die Arbeitskraft nicht billig genug sein. Dieser Widerspruch ist ein anhaltender strukturgebender auch in der Gesundheitspolitik. Durch die Gewerkschaften sowie durch die Krankenversicherungen wurde diesem zerstörerischen Charakter der kapitalistischen Verwertung tendenziell Einhalt geboten. Aber diese zerstörerische Tendenz wirkt weiter, wenn auch in verschiedenen Formen und global betrachtet in unterschiedlichen Intensitäten. Das immer währende Wachstum, ohne das Kapitalismus nicht funktioniert, bedroht heute aber nicht nur den Menschen, sondern auch die Natur als unsere Lebensgrundlage.

Mit der Einführung der *Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* 1884 waren in erster Linie Industriearbeiter\*innen in großen Betrieben krankenversichert. So war zunächst das ärztliche Interesse, gesetzlich krankenversicherte Patient\*innen zu behandeln, nur gering ausgeprägt. 1892 wurde mit einer Novelle des Krankenversicherungsgesetzes den Krankenkassen das Recht gegeben, die Ärzte wählen zu können, die ihre Versicherten behandeln durften. »Die Zahl der Krankenversicherten wuchs von anfänglich 5% 1880, mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1884 stieg sie auf 10%, 1895 waren bereits 16,5% der Bevölkerung und 1913 schließlich 35% der Bevölkerung krankenversichert« (Deppe 1987, S. 21). Heute sind über 90% der Menschen in Deutschland in einer GKV versichert und es existiert eine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung.

Ab 1880 galt die Kurierfreiheit und die Menschen suchten nicht alleine die akademisch ausgebildeten Ärzte auf. Es entstanden in die-

ser Zeit viele, aus heutiger Sicht metaphysische Heilansätze, gespeist durch eine aufkommende kritische Haltung gegenüber den modernen Verhältnissen. Das Unbehagen an der Moderne führte in vielen Kreisen zu einem Rückgriff auf romantische Vorstellungen.

Mit steigender Mitgliederzahl der Krankenkassen und unter dem Konkurrenzdruck mit nicht-ärztlichen Gesundheitsversorger\*innen änderte sich die Haltung der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen. Die deutsche Ärzteschaft hatte sich inzwischen vor allem in dem Hartmannbund organisiert, der als *Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen* in Leipzig am 13.09.1900 gegründet wurde. Er wurde daher zunächst Leipziger Verband genannt, nach dem Tod der Gründers Hermann Hartmann 1923 schließlich Hartmannbund. Bis 1913 kam es zu wiederholten Ärzte-Streiks für höhere Honorare. Im Vorkriegsjahr 1913 wurde nach langen Auseinandersetzungen das Berliner Abkommen geschlossen, in dem die Kassen das Recht aufgaben, die Kassenärzte allein auswählen zu können. Die Zulassung wurde nun von Ärzten und KK gemeinsam geregelt.

Im Zuge des 1. Weltkriegs wurde ein nationaler »Burgfrieden« zwischen den Ärzten und den Kassen geschlossen, um das deutsche Kaiserreich im Krieg zu unterstützen. Die Konflikte lebten aber nach dessen Ende erneut auf. In den Jahren 1923/24 kam es zu einem ausgedehnten Ärztestreik, so dass die Krankenkassen als Antwort darauf in Berlin mehr als 20 Behandlungszentren, so genannte Ambulatorien in Eigenregie eröffneten. Die extreme Wirtschaftskrise Ende der 20er Jahre (Schrumpfen der Produktion um 75-80%, unter dem Industrieproletariat herrschte 40% Arbeitslosigkeit) spitzte den Konflikt zu und den Kassen drohte das wirtschaftliche Aus. Unter der Austeritäts- und Sparpolitik von Heinrich Brüning (Mitglied der Zentrumspartei und von März 1930 bis Mai 1932 Reichskanzler) kam es dann zu einem Kompromiss: Die Kassen wurden gezwungen, 1931 mit einem Notdekret die Kontrolle und die Gestaltung der ambulanten Versorgung an eine Kassenärztliche Vereini-

gung abzugeben. Zu deren Leitung wurden die Vorstände der regionalen Zusammenschlüsse des Hartmannbundes bestimmt. Die KV bekam einen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, das Recht, Kassenzulassungen zu erteilen, und die Aufgabe der Honorarverteilung unter der Ärzteschaft. Im Gegenzug wurden zunächst die Honorare eingefroren. (Vgl. Deppe 1987)

## Deutscher Faschismus

Erst im deutschen Faschismus wurde die reichsweite Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands endgültig installiert und juristisch festgeschrieben. Damit wurde die Jahrzehnte anhaltende Auseinandersetzung zwischen Krankenkassen und Ärzteorganisationen zu Gunsten letzterer entschieden. 1935 wurde die Reichsärzteordnung verabschiedet und 1939 das Heilpraktikergesetz erlassen. Dieses beendete die sogenannte Kurierfreiheit und verstärkte damit das ärztliche Monopol. Geplant war mit diesem Gesetz, dass zukünftig Heilpraktiker\*innen nur in Ausnahmefällen zugelassen werden sollten. So wurden explizit Ausbildungsstätten für Heilpraktiker\*innen verboten. In einer in der Öffentlichkeit viel beachteten und für Aufregung sorgenden Artikelserie des *Spiegel* 1972 über das Gesundheitswesen wurden diese Entwicklungen folgendermaßen kommentiert: »Schon mit der Reichsärzteordnung von 1935 war – Grundsatzentscheidung über spätere Honorar-Millionen – per Gesetz festgelegt worden, der Arzt-Beruf sei ›kein Gewerbe‹, sondern ›dem Wesen nach ein freier Beruf‹. Damit hatten die Ärzte ihren Stand endgültig zur Elite hochstilisiert – ein gewaltiger Sprung gegenüber vergangenen Jahrhunderten.« (Spiegel 11/1972, Artikel Serie: Das Geschäft mit der Krankheit)

So wurde hier erstmals eine klare Hierarchie zwischen den akademischen Mediziner\*innen und den nichtakademischen medizinisch Versorgenden und Heilenden festgeschrieben und installiert. »Die juristische und damit auch ökonomische Absicherung der Ärzteschaft durch den Staat war vermutlich eine der Ursachen dafür,

dass die Zustimmung für das nationalsozialistische Regime unter den Mediziner\*innen wesentlich höher war, als unter allen anderen akademischen Berufsgruppen« (Volker Roelcke 2017, S. 130).

1933 wurden auch die Krankenkassen gleichgeschaltet. Sie waren zuvor schon das Ziel faschistischer Propaganda, denn sie galten als Ausdruck der sozialen Errungenschaften der Arbeiterbewegung. Die Gegnerschaft den Krankenkassen gegenüber teilten die Nationalsozialisten mit dem erwähnten Hartmannbund. Alle in Krankenkassen (ehren-)amtlich tätigen Gewerkschafter\*innen und Linken wurden entlassen. Es wurde jeweils ein faschistischer Funktionär eingesetzt, in der Regel ein Mitglied der NSDAP, um die Kassen gemäß des faschistischen Führerprinzips zu leiten. Ambulatorien und andere Einrichtungen der Kassen wurden geschlossen.

Ganz anders erging es der deutschen Ärzteschaft: Am 6. April 1933 war im Deutschen Ärzteblatt zu lesen: »Die Entfernung von Juden und Marxisten aus den Vorständen und Ausschüssen hat sich ohne Schwierigkeiten erreichen lassen und ist im Allgemeinen durchgeführt«. Nach der freiwilligen Gleichschaltung des »deutschen Ärztevereinsbundes« und des Hartmannbundes zum *Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund* wurde die eilfertige Ärzteschaft belohnt: Am 2. August 1933 wurde eine einheitliche Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands als Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen – eine langjährige Forderung der organisierten deutschen Ärzteschaft. Der Hartmannbund betätigte sich besonders bei der Identifikation von Jüd\*innen in der ambulanten Medizin zwecks Ausschluss aus der Versorgung. Jüdische und kommunistische Ärzt\*innen sollten keine Kassenhonorare mehr erhalten und wurden von der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Dem schlossen sich 1933 die meisten privaten Krankenversicherungen an, was die wirtschaftliche Grundlage der Betroffenen voll-

»Die kapitalistische Produktion entwickelt daher nur die Technik und Kombination des gesellschaftlichen Produktionsprozesses, indem sie zugleich die Springquellen alles Reichtums untergräbt: die Erde und den Arbeiter.«

(Karl Marx: *Das Kapital* Bd. 1, MEW 23, S. 529f.)

ends zerstörte. 1938 wurden allen jüdischen Ärzt\*innen die Approbation entzogen. Es galt für sie somit ein Berufsverbot. (Vgl. Deppe 1987, S. 31ff.)

Es folgte die Einsetzung einer Reichsärztekammer mit eigener innerärztlicher Gerichtsbarkeit und das erwähnte Heilpraktikergesetz. Die deutsche Ärzteschaft wurde für ihre Beteiligung an den faschistischen »Säuberungen« und die Unterstützung des Faschismus belohnt mit einer Monopolstellung und der endgültigen Einführung einer Hierarchie der Berufsgruppen im deutschen Gesundheitswesen, an deren Spitze sie standen. Sie stellten sich als tragende Funktionsträger im Nationalsozialismus heraus und beteiligten sich an den Verbrechen. Unter Ausschluss der Öffentlichkeit und nur der ärztlichen Selbstkontrolle unterworfen, begingen sie zahlreiche schwere Verbrechen. Die meisten Übeltaten der Ärzte sind niemals bestraft worden und viele Gräueltaten sind sicher nie bekannt geworden.

Geld, so wird der Medizinhistoriker Robert Jütte in der *Ärzte Zeitung* zitiert, spielte »allgemein eine unschöne Rolle für das Verhalten der Ärzte während des Nationalsozialismus. »Man wird sehr stark ökonomische Motive im Handeln der Ärzteschaft finden«, sagte der Medizinhistoriker. Fast die Hälfte der Mediziner sei in der NSDAP organisiert gewesen ... Denn das Parteibuch versprach Ärzten bessere Berufsaussichten. Ein weiteres Beispiel: An dem Programm zur Zwangssterilisation hätten sich

freie Ärzte anfangs kaum beteiligt. Erst als die Teilnahme besser bezahlt wurde, hätten mehr Ärzte mitgewirkt und sich somit ihre ethischen Bedenken praktisch »abkaufen lassen.« (Ärzte Zeitung 30.03.2011; vgl. Jütte e.a. 2011)

Während des deutschen Faschismus beteiligte sich die deutsche Ärzteschaft an zahlreichen Verbrechen: in Lagern, am Holocaust und an Massentötungen, bei der Durchführung von grausamen Forschungen an Menschen, in der »Euthanasie«, bei den Zwangssterilisationen, in der Psychiatrie. Zur Beteiligung und zum Begehen anderer Verbrechen wurden sie keineswegs gezwungen. Erst 2012 wurden die systematische Beteiligung an Verbrechen von der Verfasstheit der deutschen Ärzteschaft auf einem deutschen Ärztetag mit folgenden Worten eingestanden: »Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an (...) Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft.«

Es hatte nicht an zynischen Verteidigungen von Seiten der Ärzteschaft gemangelt. Den Opfern wurde wiederholt von Ärzten ihr Leid abgesprochen und somit wurde eine juristische Verfolgung der Täter verhindert. Perfide ist es, wenn die Zeit des deutschen Faschismus von Ärzten als Mahnung vor staatlichem Einfluss auf die Medizin missbraucht wird. Es mangelte den ständisch organisierten Ärzten im deutschen Faschismus nicht an Autonomie und Selbstverwaltung. Das Gegenteil war der Fall und dies nutzten sie in verbrecherischer Weise. (Vgl. Roelcke 2017)

Nach der Befreiung vom Faschismus waren in der Regel nur herausgehobene ärztliche Verbrechen und solche, die vor 1933 faschistisch organisiert waren, von Verfahren der Entnazifizierung betroffen. Die Alliierten befürchteten, dass bei konsequenter Verfolgung die ärztliche Versorgung der Bevölkerung gefährdet gewesen wäre, insbesondere bei evtl. drohenden Seuchen. Bei der massenhaften Verschmelzung der deutschen Ärzteschaft mit dem Faschismus eine verständliche Befürchtung.

Einige Verbrecher entzogen sich der Verfolgung, indem sie in Gegenden praktisch tätig wurden, in denen sie nicht bekannt waren. Viele Täterärzte waren bis zu ihrer Berentung ungebrochen tätig in Kliniken und im ambulanten Sektor. Nach Kriegsende hatten NS-Ärzte weiterhin erheblichen Einfluss in den KVen und Ärztekammern.

Im Jahr 2018 und damit mehr als 80 Jahre später initiierte die *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)* ein Forschungsprojekt, um »die Rolle der Ärzte bei der Verdrängung und Vertreibung jüdischer Kollegen im Nationalsozialismus« systematisch aufzuarbeiten. Zudem soll eine Gedenktafel für die »Opfer des NS-Regimes« am 8. November 2018 an dem Standort der KBV in Berlin enthüllt werden. Ein Anfang und damit ein Teil der Aufarbeitung. Dass es so weit kam, ist auch den demokratischen Ärztinnen und Ärzten zu verdanken: »Nach heftigen Auseinandersetzungen ist es schließlich der kritischen und demokratischen Gesundheitsbewegung gelungen, die Phalanx der hart gesottenen Altnazis in der Ärzteschaft zu brechen. Erstmals gelang es Mitgliedern des vdäa 1987 auf dem Deutschen Ärztetag in Karlsruhe das Thema auf die Tagesordnung zu setzen. Maßgeblich daran beteiligt war übrigens unser Vorsitzender Wulf Dietrich. 1989 hat Ellis Huber dann als Präsident der Landesärztekammer Berlin gegen heftige Widerstände den Deutschen Ärztetag in Berlin, den er ausrichtete, mit der Nazimedizin konfrontiert.« (Deppe 2016, S. 7)

## Restoration der Verhältnisse in der jungen Bundesrepublik Deutschland

1948 führte die ökonomische Lage der deutschen jungen Ärzt\*innen in den Krankenhäusern zur Gründung des Marburger Bundes. 1947 bekamen nur 47% der in Krankenhäusern tätigen Ärzt\*innen ein Gehalt. Die Unzufriedenheit über diese Situation führte bei der entsprechenden Ärzt\*innen zu Überlegungen, sich den Gewerkschaften anzuschließen und zugleich gegen die

ständig organisierte Ärzteschaft zu opponieren. So war die zuvor bestehende Einigkeit zunächst gefährdet. Im Weiteren gelang es aber der etablierten Ärzteschaft, diese Gruppen einzubinden. Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung ab den 1950ern Jahren kam es zu einer ökonomischen Konsolidierung der Krankenhäuser.

1955 kam es mit der Verabschiedung des Kassenarztrechts erneut zur gesetzlichen Installation der Kassenärztlichen Vereinigung mit Behandlungsmonopol ohne wesentlichen Einfluss oder Kontrolle durch die Kassen. Es entstand damit eine monopolartige Stellung der Kassenärzte, die man durchaus als Zwangskartell beschreiben kann. In der Artikelserie des *Spiegel* von 1972 war dazu zu lesen, dass es der deutschen Ärzteschaft gelungen war, »eine mächtige Standesorganisation zu schaffen, die als politisches Instrument derartige Privilegien durchsetzen und verteidigen kann. De facto hat die Ärzte-Lobby alle ihre Ziele innerhalb der letzten 70 Jahre erreicht. Schlußstein in diesem Gebäude war das Kassenarztgesetz von 1955, das den Monopolbetrieb der kassenärztlichen Praxis gesetzlich verankerte.« (Spiegel 1972)

Die Wiedereinführung einer Kassenärztlichen Vereinigung und der ihr verliehene Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung führten zu einer privilegierten Position besonders der ambulant tätigen Ärzteschaft. Dazu heißt es in einer Festschrift zu 50 Jahre Kassenrecht von 2005 im *Deutschen Ärzteblatt*: »Das Gesetz über das Kassenarztrecht stellt ein Paradebeispiel für das politische Durchsetzungsvermögen der ärztlichen Standesorganisationen in der Aufbauphase der Bundesrepublik Deutschland dar. Gegen vielfachen Widerstand gelang es, ein Gesetz zu bewirken, das den Kassenärzten das Monopol bei der ambulanten medizinischen Versorgung garantierte und auf Grund seiner Honorarbestimmungen die Voraussetzungen für den in der Folge zu verzeichnenden überdurchschnittlichen Einkommenszuwachs der niedergelassenen Ärzte schuf. Mit der strikten Trennung von ambulantem und stationärem Bereich gab das Kassenarztrecht Strukturen vor, die sich über Jahrzehnte hinweg weitgehend unverändert

erhalten haben. Das Kassenarztrecht von 1955 war nicht das Resultat einer öffentlich geführten Auseinandersetzung, sondern das Ergebnis einer geschickten Verhandlungs- und Lobby-Strategie der ärztlichen Standesvertreter mit deutlichen Vorteilen gegenüber den Krankenkassen.« (Thomas Gerst 2005)

Maßgeblich beteiligt an der Entstehung des für die Ärzt\*innen so vorteilhaften Kassenarztrechts war der auch in der vorher zitierten Festschrift erwähnte Karl Haedenkamp als ärztlicher Lobbyist. Dass Haedenkamp bereits 1933 als Antisemit und Gegner der gesetzlichen Krankenkassen in der Weimarer Republik bekannt war und von Reichsärztführer Dr. Gerhard Wagner zur Ausschaltung jüdischer, sozialdemokratischer und kommunistischer Kolleg\*innen und damit zur Gleichschaltung des Gesundheitswesens ins Reichsarbeitsministerium berufen worden war, war in diesem jubilierenden Artikel nicht zu lesen. (Vgl. Ursula Ebell 2015)

Durch die Erneuerung und Festigung des ambulanten Versorgungsmonopols bzw. des staatlich garantierten Anbieter-Monopols – also die Wiedereinführung des bis heute bestehenden Systems der *Kassenärztlichen Vereinigung (KV)* – festigte sich die privilegierte Position der niedergelassenen Ärzteschaft.

Mit der Weiterentwicklung der Medizin in diagnostischen und therapeutischen Bereichen und einer fortschrittsgläubigen hoffnungsfrohen gesellschaftlichen Stimmung, so wie dem geschicktem Agieren der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit und in den Institutionen der jungen Bundesrepublik erlangten die Ärzt\*innen ein wachsendes gesellschaftliches Ansehen. Ihre vermeintliche Expertise wurde auch bei anderen gesellschaftlichen Fragen gerne öffentlichkeitswirksam in Anspruch genommen.

Die ständische Organisierung hat sich nach der Niederlage des Faschismus ebenfalls sehr schnell wieder konstituiert: Der Hartmannbund gab sich jetzt so, als wäre er nicht freiwillig in die NS-Organisation aufgegangen.

Nach der Zerschlagung des Nationalsozialismus entwickelte sich das Gesundheitswesen zunächst in den einzelnen Besatzungszonen un-

terschiedlich. Während in der jungen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) mit der Entwicklung von Polikliniken, Ambulatorien und einem Ausbau der betriebsärztlichen Versorgung innerhalb eines staatlichen Gesundheitswesens die Ideen der Gewerkschaften und Krankenkassen verfolgt wurden, wurde in der jungen Bundesrepublik auf das alte ständische und zugleich privatwirtschaftliche Modell gesetzt. Mit dem Fall der Mauer 1989 wurden die progressiven Strukturen in der DDR zerstört. Aus heutiger gesundheitspolitischer Sicht – das dämmert nach 30 Jahren inzwischen sogar manchen Konservativen – war das nicht zukunftsweisend, denn die DDR hatte eine modernere Form der medizinischen Versorgung, insbesondere im ambulanten Sektor. Jener Teil der historischen Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland ist zerstört und abgeschnitten worden. Den Menschen, die in der DDR gelebt und gearbeitet haben, und der heutigen ostdeutschen Gesellschaft wurde damit ein Teil ihrer Geschichte gestohlen. Was für das Gesundheitswesen gilt, gilt ebenfalls für andere Bereiche. Leider, das muss an dieser Stelle auch gesagt werden, haben sich 1989 unter den DDR-Ärzt\*innen kaum welche gefunden, die bereit waren, das System zu verteidigen.

In Bundesrepublik Deutschland (BRD) wurde nach 1949 die ambulante Versorgung weiterhin kleinunternehmerisch in Form des freien Berufes des niedergelassenen Arztes gestaltet, in der zunächst jede einzelne Leistung durch die Kassen vergütet wurde. So kam es zu einer Fortsetzung des kommerziellen Verhaltens der ambulant tätigen Ärzteschaft. Da es sich um Vergütungen einzelner Leistungen handelte – dieses Prinzip der Einzelleistungsvergütung besteht in vielen Bereichen bis heute fort –, kam es zu einer Ausdehnung der Leistungen – zum Teil über die Grenzen des medizinisch notwendigen hinaus. Schon früh wurde von linken Ärzt\*innen und Gesundheitswissenschaftler\*innen bemängelt, dass Medizin hier kommerzialisiert wurde und sich nicht am Bedarf orientierte. In diesem Sinne wurde hier von Ökonomisierung gesprochen. Viele Dinge sind vor diesem Hintergrund einzuordnen: Die Bevorzugung technischer Inter-

ventionen, die eben hoch honoriert wurden und anfänglich innovativ und teuer waren, die unmittelbare Intervention, eine Spritze zu geben und dieses Vorgehen schließlich auch als übliche und richtige Behandlung zu betrachten. Solch eine Behandlung hatte auch seinerzeit keine wissenschaftliche Evidenz, sondern stellte die zeitlich aktuelle sozioökonomische und kulturell übliche Behandlungsform in Deutschland dar.

Mediziner\*innen in den entsprechenden Disziplinen in der ambulanten Medizin sind damit zu großem Reichtum gekommen. Von kassenärztlicher Seite wurde daher stets prokapitalistisch argumentiert. Gleichzeitig wurde eine Politik der Pfründesicherung und Schutz des Status quo für die bereits tätigen und niedergelassenen Ärzt\*innen verfolgt und entsprechend wird heute das Eindringen kapitalistischer Konzerne in die ambulante Medizin kritisiert. So musste eine Niederlassungsfreiheit 1960 gegen die Kassenärztliche Vereinigung eingeklagt werden, die jedoch im Verlauf wieder zurückgenommen wurde. Im Jahre 1961 wandte sich die Bundesärztekammer mit einem Brief an alle Abiturient\*innen und Eltern mit der Warnung, Medizin zu studieren, da die wirtschaftlichen Aussichten negativ für zukünftige Ärzt\*innen seien. »Vokabular und Methoden, mit denen die Ärzte, vertreten durch die rührigen Spitzenfunktionäre ihrer Standesorganisationen, ihre Domäne zu verteidigen suchen, erinnern fast stets an kriegerische Auseinandersetzungen: eine Mischung aus heuchlerischem Pathos und massiver Drohung.« (Spiegel 11/1972, Das Geschäft mit der Krankheit). Die Ärzteschaft wahrte in der Bundesrepublik ihre wirtschaftlichen Interessen, die sie an die Freiberuflichkeit knüpfte.

Bis zur Wirtschaftskrise Mitte der 1970er gab es wenig Regulation. Der Kommerz in der Medizin fand im niedergelassenen Bereich statt. Die pharmazeutische Industrie sowie zunehmend der medizinisch-technische Komplex erwirtschafteten große Gewinne. »Noch im Jahre 1963 wurden in der Bundesrepublik für Medikamente 1,8 Milliarden Mark ausgegeben. Zehn Jahre später, 1973, werden es nach Schätzungen der Experten 7,3 Milliarden Mark sein – ein Zu-

wachs um 300 Prozent.« (Spiegel 11/1972 Das Geschäft mit der Krankheit)

»1953 machte ein westdeutscher Kassenarzt mit der Behandlung seiner Krankenschein-Patienten durchschnittlich einen Umsatz von 20.000 Mark im Jahr – 1971 waren es, nach einer Aufstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, schon 148.000 Mark, mehr als das Siebenfache. Sein durchschnittliches Jahreseinkommen von den Kassen vor Besteuerung, Honorare von Privatpatienten nicht gerechnet und alle Praxisunkosten abgezogen – stieg von damals 12.000 auf nunmehr 100.000 Mark (während sich Löhne und Gehälter in der gleichen Zeit durchschnittlich nur vervierfacht haben). Einschließlich der Einnahmen aus der Privatpraxis betrug 1971 (wie der Essener Wirtschaftswissenschaftler Dietrich von Leszczynski errechnete) das zu versteuernde Einkommen des frei praktizierenden Arztes in der Bundesrepublik durchschnittlich 125.034 Mark.« (Spiegel 11/1972 Das Geschäft mit der Krankheit)

1976 wurden mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts unter Führung der Kassenärztlichen Vereinigung in Absprache mit den Kassen und den jeweiligen Landesbehörden jährliche Bedarfspläne erstellt. Der Hintergrund war, dass es zu vermehrten Niederlassungen in beliebten, weil lukrativen städtischen Räumen kam und ländliche Regionen unterversorgt blieben. Die Niederlassungsfreiheit wurde so wieder abgeschafft. Der Ist- wurde zum Sollzustand erklärt, nur die Verteilung wurde als nicht zufriedenstellend angesehen. Ein weiterer wichtiger Gesetzesinhalt von 1976 war, dass es den psychiatrischen Fachkrankenhäusern erlaubt wurde, Ambulanzen zu betreiben (die Psychiatrischen Institutsambulanzen) und es entstanden spezielle interdisziplinäre kinder- und jugendpsychiatrische Zentren (geregelt im Sozialgesetzbuch 5, §119). Damit wurde das erste Mal das ambulante Behandlungsmonopol in einem größeren Rahmen durchbrochen. Zuvor gab es nur wenige Ausnahmen, wie universitäre Ambulanzen und die Spezialambulanzen.

Anfang der 1990er Jahre wurde im Rahmen des Gesundheits-Strukturgesetzes wieder eine

festen Quote festgelegt, wie viele Niedergelassene pro Einwohner\*in tätig werden dürfen. So wurde die Anzahl der Hausärzt\*innen und Spezialist\*innen pro Kopf festgeschrieben. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass es keinen Wechsel der Niederlassungen von einem KV-Bereich in den anderen geben sollte. Viel später kam es dann zusätzlich zu einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung, indem die Finanzierung der Hausärzt\*innen von denen der Spezialist\*innen in den Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt wurde. Es gibt seitdem ein jeweils separates Budget für Hausärzt\*innen und Spezialist\*innen. So wird verhindert, dass immer mehr Ressourcen zu den Spezialist\*innen fließen, wie es in den Jahrzehnten zuvor passierte.

## Veränderung mit Beginn der Wirtschaftskrise Mitte 1970er Jahre

Mit dem Einsetzen der Wirtschaftskrise und einer Veränderung der Vorstellungen von Wirtschafts- und Konjunkturpolitik kamen die sozialen Reformen der sozialdemokratisch-bürgerlichen Koalition zum Stillstand und im Gesundheitswesen wurden die ersten Kostendämpfungsgesetze erlassen. Die Ausgaben im ambulanten Bereich sollten begrenzt werden und sich an der Lohnentwicklung, den Praxiskosten und der ärztlichen Arbeitszeit orientieren (vgl. Deppe 1987, S. 57). Zugleich wurden die Weichen gestellt für die Einführung einer allumfassenden, an einem vorgegebenen finanziellen Rahmen orientierten Steuerung, mit der man eine feste Ausgabenbegrenzung durchsetzen wollte. Es zeichnete sich das Bild bzw. die Konturen einer Ökonomisierung ab – hier im Sinne einer Steuerung über fiskalische Mittel, also Budgetierungen, und mit dem Setzen finanzieller Anreize. Nicht der Bedarf sollte hier mehr als Maßstab gelten. Der Arzt und Medizinsoziologe Hans-Ulrich Deppe schreibt dazu: »Darüber hinaus wurde die seit Beginn der Kostendämpfungsdebatte (ab 1974, Anm. des Autors) zunehmende Ökonomisierung der Krankenversorgung

fortgesetzt, die sich einseitig auf das Ziel der Wirtschaftlichkeit ausrichtete. Die Qualität der Versorgung und die Bedürfnisse der Betroffenen waren weitgehend in den Hintergrund getreten.« (Deppe 1987, S. 67) Das Paradigma des zweckgebundenen Haushaltens, also eines an den Einnahmen orientierten Budgets wurde eingeführt. Solidarität und Bedarf gerieten noch weiter in den Hintergrund und betriebswirtschaftliches Handeln wurde verstärkt. Es gilt, dass mit marktwirtschaftlichen Instrumenten zwar gemessen werden kann, ob etwas getan wird, aber nicht, ob es das Richtige und Notwendige ist (Vgl. Deppe 2000, S. 215).

Ein Ausgabenbudget sollte für Arzneimittel gelten und es war geplant, Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen mittels »Transparenzlisten« zu nehmen. Der Krankenhausbereich wurde bei dem Veränderungsprozess zunächst ausgenommen. So kam es 1977 zu Androhung von »Streiks« durch die niedergelassenen Ärzt\*innen. Auch die Pharmaindustrie protestierte – erfolgreich. Eine wirksame Beschränkung blieb so zunächst aus, denn es wurden keine Sanktionen implementiert bei der Überschreitung der Ausgaben. So wurde auch kein zweckmäßiges Budget vorgegeben. Die Industrie und die Ärzteschaft waren auf freiwilliger Basis zur Mitarbeit verpflichtet. Die durchgeführten sozialen Kürzungen, die eine Antwort auf die Wirtschaftskrise darstellten, entzogen den Versicherten und Anspruchsberechtigten anderer Sozialleistungen hingegen zeitgleich finanzielle Mittel.

Ferner wurde im stationären Bereich, also in den Krankenhäusern, gespart. Es kam zu Entlassungen in den Kliniken. Die Kosten für die medizinische Versorgung im stationären und ambulanten Bereich, für die Versorgung mit Medikamenten Hilfsmitteln uvm. wurden vermehrt auf die Versicherten abgewälzt, durch die Einführung und Erhöhung von Selbstbeteiligungen und durch Leistungseinschränkungen. Im Wahlkampf 1980 polemisierten die konservativen Kräfte generell gegen die Sozialpolitik der SPD/FDP-Regierung mit den Vorwürfen, diese hemme und schwäche die Leistungsbereitschaft und

führe zu einer Luxusmedizin. Der Bundestagsabgeordnete Riedel von der CDU sprach davon, dass das »soziale Netz für viele eine Hängematte – man möchte schon sagen, Sänfte, geworden ist«. (Plenarprotokoll des Deutschen Bundestages 02.06.1981). Offensichtlich hat damals Herr Riedel seine eigene sozial privilegierte Position verwechselt mit der, die Menschen hatten, die auf Unterstützung angewiesen waren.

Als es 1982 zu einem Regierungswechsel zur Regierung Kohl kam, hatte die SPD den Sozialabbau bereits begonnen. CDU/CSU und FDP führten diese Politik zunächst nur fort. Das sogenannte Lambsdorff-Papier: »Konzept für eine Politik zur Überwindung der Wachstumsschwäche und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit« war die wirtschaftspolitische und sozialpolitische Blaupause der Entwicklung bis zu Schröders Agenda 2010-Politik.

Die Gewerkschaften wurden in dieser Zeit nachhaltig geschwächt, da sie zum größten Teil auf Führungsebene mit der SPD paktierten. Mit den Konservativen gewannen aber wieder autoritäre Positionen die Oberhand. Der starke Staat wurde gefordert und gefördert – gleichzeitig wurde ein Rückzug des Staats aus bestimmten sozialen Aufgaben propagiert: Die Sozialpolitik folgte einem subsidiären Leitbild.<sup>1</sup> Zunehmend dominierten liberale wirtschaftspolitische Modelle des freien Marktes die Überlegungen zur Steuerung des Gesundheitssystems – propagandistisch begleitet durch Hetze gegen vermeintlichen Sozialmissbrauch. »Den Gürtel enger schnallen« und die »soziale Hängematte« sind die Schlagworte – was praktisch weniger Transferleistungen für Arme, Arbeitslose, Berentete und Kranke bedeutete. Der neoliberale Wandel war nichts anderes als die konsequente Umsetzung – alt bekannter – liberaler Wirtschaftspolitik. Es war alter Wein in neuen Schläuchen. Das neue Label »Neoliberalismus« brauchte man allenfalls für Marketingzwecke.

<sup>1</sup> Etwas verkürzt entstand diese Subsidiaritätsideologie in der katholischen Soziallehre im späten 19. Jahrhundert als Lehre von der Selbsthilfe; sie war »ausdrücklich gegen die sich formierende sozialistische Arbeiterbewegung gerichtet«. Vgl. Deppe 1987, S. 76ff.

## Aktuelle Entwicklung Zwischenresümee / Zwischenspiel

So bleibt festzustellen, dass der sozioökonomische Status der Ärzt\*innen nie höher war als im ausgehenden 20. Jahrhundert und beginnenden 21. Jahrhundert. Die Ärzteschaft hat ein Maß an Selbstkontrolle und Selbstverwaltung wie nie zuvor in ihrer Geschichte. Sie profitiert von einer festen staatlichen Regulierung, die ihren jetzigen Status sichert und diesen weiter ausbaut. Eine Konkurrenz ist nicht zu befürchten. Das Resultat dieser Selbstkontrolle bleibt mangelhaft und versagt vollends bei fehlender staatlicher und öffentlicher Kontrolle. Letzteres wurde deutlich an der Beteiligung am deutschen Faschismus.

### Der Arzt und das Geld – Ökonomie und ambulante Medizin

Die große Mehrheit der ambulant tätigen Ärzt\*innen verfolgte stets ihr finanzielles Interesse mit großem Geschick. Das ist nicht verworflich, doch es wurde und wird ärztlicherseits zu gerne kaschiert. Der Psychiater und Professor für Sozialpsychiatrie Erich Wulff schreibt dazu: »Die Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung scheint mir also kein Zufall zu sein, sondern eine Notwendigkeit, die sich aus der Situation ergibt, ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese doch zu verleugnen«. Und im Weiteren heißt es: »So erscheint es mir beinahe ein Eu-

phemismus zu sagen, daß das Vergütungssystem die Arzt-Patient-Beziehung ›beeinflußt‹. Finanzielle Motive

»Was ist jede Krankheit als in seiner Freiheit gehemmtes Leben?«

*(Karl Marx: Debatten über die Preßfreiheit, 1842, MEW1, S. 59)*

beeinflussen die Prioritäten und wirken sich so auf Entscheidungen aus, die nach der ärztlichen Berufsethik lediglich vom Wohle des Patienten abhängig gemacht werden dürften. Sie bringen den Arzt auch dazu, dem Eide des Hippokrates entgegen zu handeln, der von ihm verlangt, reiche und arme Kranke genau gleich zu behandeln. Derartige Anklagen sind allerdings schon häufig geäußert worden. Als bloße Feststellungen sind sie nahezu wertlos. Es muß darum gehen, zu zeigen, auf welche konkrete Art und Weise ein ganz bestimmtes Vergütungssystem, dasjenige der Krankenkassen in der BRD, die Motive des ärztlichen Handelns beeinflusst, wie dadurch Prioritäten verschoben werden, wie dadurch die Gefahr entsteht, daß sowohl die rationale als auch die affektive Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Handelswert wird. Erfahrungsgemäß ist die indivi-

duelle Moral für eine ganze Berufsgruppe nur ein sehr schwacher Halt gegen die sich bietenden ›Versuchungen‹. (Erich Wulff 1971).

Das Vergütungssystem der in der Niederlassung tätigen Ärzt\*innen in der Bundesrepublik war lange Jahre gekennzeichnet durch Einzel Leistungsvergütung, d.h. es gab keine Pauschalen, sondern jede einzelne Tätigkeit wurde entlohnt. Das führte – immerhin waren die Ärzt\*innen zu dieser Zeit durchgehend Kleinunternehmer – zu einer massiven Ausweitung der Leistungen. Zum anderen wurde in Verhandlungen die Vergütung für die einzelnen Leistungen massiv in Honorarverhandlungen gesteigert. So erreichte die ambulant tätige Ärzteschaft bis in die 1980er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland eine »doppelte Dynamisierung« der ärztlichen Honorare und ein überproportional wachsendes Einkommen. In dieser Zeit kam es zu einer Fixierung vieler schmerzgeplagter Menschen auf Spritzen. Die Ärztin oder der Arzt verdienten schnell und einfach viel Geld und der leidende Mensch hoffte auf schnelle Heilung.

Diese Praxis wurde bereits in den 1970er Jahren als Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin kritisiert<sup>2</sup> und führte in den 1990er Jahren zur Einführung von Budgets und einer komplizierten Mischung aus pauschaler und Einzelleistungsvergütung. In einer modifizierten Form gilt dieses Vergütungssystem immer noch. Es erklärt, warum z.B. die sprechende Medizin schlecht und die intervenierende Medizin so gut bezahlt werden. Im Bereich der ambulanten Medizin ist der ökonomische Modus stets zentral, wird aber mit größter Selbstverständlichkeit kaschiert und gelehnet. Gravierende Einkommensunterschiede unter den einzelnen ärztlichen Berufsgruppen und zu anderen Berufsgruppen werden nicht thematisiert.

Teilweise phantasiert die ambulant tätige Ärzteschaft gar davon, in ihrer Existenz bedroht zu sein. Auf dem 112. deutschen Ärztetag 2009 stellte der damalige Bundesärztekammerpräsi-

dent Jörg-Dietrich Hoppe seine Vorstellungen für die Zukunft des Gesundheitswesens vor. Diese waren von der vermeintlichen Notwendigkeit einer Rationierung von GKV-Leistungen geleitet. Nicht mehr alle könnten das Notwendige bekommen. Er zeichnete ein düsteres Bild der Knappheit – in einem der reichsten Gesundheitswesen der Welt. Und er schlug eine »Priorisierung von Leistungen« vor: Über die notwendigsten Leistungen sollte ein »Gesundheitsrat« entscheiden, so dass nicht die Ärzt\*innen dies gegenüber den Patient\*innen entscheiden müssten. Dass man gleichzeitig darauf setzte, die gestrichenen Leistungen dann als IGeLeistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) privat abrechnen zu können, verschwieg man natürlich in der öffentlichen Debatte. Der Ärztetag billigte diese Vorstellungen mit nur wenigen Gegenstimmen. Im selben Jahr drohten vor allem Ärzt\*innen aus Bayern und Baden-Württemberg mit »Streiks« und Praxisschließungen, da sie ihre Einkommen durch zu niedrige Kassenhonorare schwinden sahen. Sie forderten, auch von gesetzlich Versicherten Privathonorare verlangen zu dürfen. Generell wünschten sie die Einführung eines Kostenerstattungsprinzips. So hätte es für jede Leistung eine Rechnung gegeben, die dann von den entsprechenden Patient\*innen bei ihrer Kasse einzureichen wären. Die Rechnungen sollten aber vor der Erstattung durch die Krankenkassen beglichen werden. Unabhängig davon, ob die Kassen die Kosten tatsächlich übernehmen. Die Vorstellung dahinter war, alle Patient\*innen zu Privatversicherten werden zu lassen, um so das Einkommen zu erhöhen, sowie den Leistungskatalogen der Krankenkassen, den eingeführten Restriktionen und Budgets zu entkommen. Kaschierende Sätze wie: »Der Patient ist kein Kunde« oder »Gesundheit ist keine Ware« vom damaligen Bundesärztekammerpräsidenten konnten aber nicht ablenken davon, worum es ging: um die finanziellen Interessen der Ärzteschaft und nicht um die zweckmäßige und solidarische Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Erst als auf diesem Ärztetag von Prof. Seidel, Ärztlicher Leiter der Bodenschwingschen Anstalten Bethel, einen

<sup>2</sup> Siehe dazu z.B. die Debatten in der Zeitschrift *Das Argument* in den Ausgaben »Zur Kritik der bürgerlichen Medizin« Anfang der 1970er Jahre.

eindringlichen Appell machte, dass bestimmte Patientengruppen sicher nicht die Kosten der Behandlung vorstrecken können, brachte den Ärztetag zur Vernunft und ließ ihn den gefassten Beschluss zur Kostenerstattung in zweiter Lesung an den Vorstand überweisen. (Vgl. Wulf Dietrich, 2009)

Die Medizinsoziologin Nadja Rakowitz schreibt in diesem Zusammenhang: Die »Ökonomisierung der Medizin ist mindestens seit 1945 integratives Moment des Korporatismus im Gesundheitswesen. Allerdings war diese Ökonomisierung im Gegensatz zur jetzt diskutierten eben nicht marktförmig. Die Strukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung waren und sind gemäß den betriebswirtschaftlichen Kalkülen der Pharma- und Geräteindustrie und vor allem der niedergelassenen Kassenärzte organisiert. ... Vor diesem Hintergrund wirkt die Diskussion über die aktuelle oder erst drohende Ökonomisierung des Gesundheitswesens etwas schräg, denn sie suggeriert, dass das Gesundheitswesen irgendwann nicht ökonomisiert gewesen sei... Wenn heute die offiziellen Ärztevertreter ebenfalls die Ökonomisierung oder gar den Neoliberalismus beklagen, heißt das nicht, dass diese Kritik die gleiche Stoßrichtung oder die gleiche Perspektive (schon gar nicht die gleiche Motivation) hat, wie eine linke Kritik. Die heuchlerische Kritik der Ärztefunktionäre, die in den aktuellen Protesten der niedergelassenen wie der angestellten Ärzte geäußert wird, ist tatsächlich nicht eine Kritik an der Ökonomisierung an sich, sondern bloß eine an dieser bestimmten Form der Ökonomisierung. Es wird drohende Rationierung beklagt, die den Patienten treffe, aber es geht um die Rationierung der Ärzteneinkommen.« (Rakowitz 2006)

Hagen Kühn schreibt dazu 2018: »Die »Gesundheitsreformen« der vergangenen Jahrzehnte sind keine Gesundheitspolitik im Sinne gezielter Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit und der effektiven und humanen Versorgung und Betreuung von Kranken. ... Selbst das »Kostenproblem« ist mehrfach reduziert: Es interessieren nicht die immateriellen Kosten wie Leid, Schmerz, Ängste,

Unsicherheit, Zeitverluste etc. im Gesundheitswesen, sondern lediglich monetäre Kosten ... Es ist nicht unwichtig, zu erkennen, dass wir es nicht mit »Fehlern« oder politischem »Versagen« zu tun haben. Vielmehr folgt diese Tendenz der realen systemischen Logik der Kapitalverwertung. Für diese sind jeglicher Aufwand zur Reproduktion der lohnabhängigen Bevölkerung »Kosten« (Jargon: »Lohnnebenkosten«). Kosten sind komplementär zu den Gewinnen. Und so wie kapitalwirtschaftliche Gewinne niemals zu hoch sein können, können Kosten niemals zu niedrig sein. Gesellschaftlich und politisch ist – machtbedingt – die kapitalwirtschaftliche Sichtweise gleichbedeutend mit dem, was als »wirtschaftliche Vernunft« angesehen wird.« Und im Weiteren: »Es fällt dann nicht auf, dass wir in einer Wirtschaftsgesellschaft leben, die den gesamten Teil des gesellschaftlichen Reichtums, der das Leben der lohnabhängigen Bevölkerung reproduziert, als Kosten behandelt und nicht etwa als Ziel des Wirtschaftens schlechthin.« (Kühn 2018)

## Neoliberalismus hält Einzug

Nach dem 2. Weltkrieg vor dem Hintergrund des Kalten Krieges und der Systemkonkurrenz schien unter Politiker\*innen Konsens bestanden zu haben, dass ärztliches Handeln und die medizinische Versorgung nicht allein profitorientiert und marktförmig organisiert werden sollten. Dieser Konsens wirkte bis weit in die 1980er Jahre hinein. Das Geld in der Beziehung zur Ärzt\*in sollte ein Mittel zum Zweck sein. Der Zweck war die Behandlung mit dem Ziel der Genesung oder Besserung. Allerdings stand die Organisation der ambulanten Medizin mit Ärzt\*innen als Kleinunternehmer\*innen eigentlich quer zu solchen Vorstellungen.

Im Laufe der weiteren marktwirtschaftlichen Erschließung der ärztlichen medizinischen Leistung kehrte sich das Zweck-Mittel-Verhältnis nahezu um. Der Zweck wurde immer mehr das Geld und die medizinische Behandlung nur noch das Mittel.

Dennoch steht auch die Situation nach 1945 bis zu den 80er Jahren nicht für eine menschliche Medizin. Es war kein goldenes Zeitalter, auf das ein nostalgischer Rückgriff erfolgen kann. Die progressiven Veränderungen in dieser Zeit, vor dem Hintergrund einer lang anhaltenden Prosperität sind zum einen als Antworten auf die Unmenschlichkeiten und Verbrechen während des Faschismus zu begreifen. Zum anderen ist die soziale Ausrichtung als gelungener Versuch zu verstehen, kommunistischen und kapitalismuskritischen Bestrebungen keinen Vorschub zu leisten. Das war eine bewusste Zielsetzung wie durch folgendes Zitat von Konrad Adenauer, von 1949 bis 1963 der Bundeskanzler der Bundesrepublik, deutlich wird: »Es sind inzwischen Stimmen laut geworden, meine Damen und Herren, es sei auf sozialem Gebiet zu großer Aufwand gemacht worden. Nun bin ich der Auffassung, daß bei der Lage, in der das deutsche Volk sich damals befand, bei der drohenden Gefahr des Kommunismus, es besser war, zu viel als zu wenig zu tun« (Konrad Adenauer, Deutscher Bundestag, 4. Wahlperiode, 39. Sitzung, Bonn, 09.10.1962, S. 1633 rückblickend zur staatlichen Sozialpolitik der jungen Bundesrepublik). Wie aus dem Zitat deutlich wird, spielte die Konfrontation mit dem real existierenden Sozialismus hier eine Rolle. Statt zu einer Vergesellschaftung des Gesundheitswesens kam es dann ab Mitte der 80er Jahre zur Privatisierung vormals öffentlichen Besitzes. Dieses umfasste neben der Privatisierung des Gesundheitswesens auch die des Schienenverkehrs, der Post, der Stromversorgung, der Wasserversorgung und der Häfen, um nur einige Beispiele aufzuzählen.

Diese Privatisierungen entzogen der eigentlichen medizinischen Versorgung real Ressourcen durch Gewinnabschöpfung (ausgedrückt in Begriffen wie »medical loss ratio« = Anteil des Umsatzes der aus der medizinischen Versorgung abgeschöpft wird, oder dem Begriff »for profit-Unternehmen, Konzerne, die Gewinne erzielen anstelle vorheriger »non profit«-Träger). Zum anderen wurden durch Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Verschiebung der Beiträge für

die gesetzlichen Krankenkassen zu Lasten der Arbeitenden (Aufhebung der paritätischen Beiträge unter der rot-grünen Regierung Schröder) die Kosten auf die einzelnen Versicherten und letztlich auf die Kranken verlagert.

Des Weiteren wurde durch andere Mechanismen der Ausweitung des Marktvolumens des Gesundheitswesens erhöht. So ist bereits 1972 zu lesen, die die Zahl der Klinikpatienten zunehme. Noch vor einigen Jahrzehnten, so wird der britische Wissenschaftler Krankenhausforscher Theodore Edward Chester im Spiegel zitiert, »ging man nur im äußersten Notfall ins Hospital – niemand rechnete ernsthaft damit, lebend wieder herauszukommen.« Das war einmal – inzwischen ist der Strom von Krankenhauspatienten, die vormals ihr Leiden zu Hause kuriert hatten, immer stärker angeschwollen. Und während noch um die Jahrhundertwende die Hausentbindung mit Hebamme die Regel war, kamen 1970 in Westdeutschland bereits 95 Prozent aller Neugeborenen im Krankenhaus zur Welt. Zwischen 1960 und 1969 stieg die Zahl der Krankenhauspatienten, berechnet auf je 1.000 Einwohner, in der Bundesrepublik von 133 auf 149. Bis 1985, so sagen Wissenschaftler voraus, dürfte die Zahl auf 195 geklettert sein. 1969 wurden in den Kliniken 9,1 Millionen Patienten behandelt im Jahr darauf waren es schon wieder 190 000 mehr.« (Spiegel 14/1972, Das Geschäft mit der Krankheit)

Einen markanten Wendepunkt in der Entwicklung hin zu einer Ökonomisierung stellt die Abschaffung des Verbotes für Krankenhäuser dar, Gewinne zu erwirtschaften. »Bis 1985 war es gesetzlich verboten, in und mit Krankenhäusern Gewinne zu machen. Seit Abschaffung dieses Verbots versuchen private Krankenkettensysteme, immer mehr Krankenhäuser unter ihre Kontrolle zu bringen oder, wie sie es nennen, ihren Marktanteil zu vergrößern.« (Krankenhaus statt Fabrik 2020, S. 191). So verdoppelte sich die Summe der privaten Krankenhäuser von 1991 bis 2017 und die der Betten in privater Trägerschaft verdreifachte sich. Das geschah in zwei zeitlich trennbaren Phasen. Die erste Phase begann in der zweiten Hälfte der 90er Jah-

re, als zum Teil gut unterhaltene kleinere und mittlere Krankenhäuser im Osten Deutschlands, in der ehemaligen DDR, privatisiert wurden. Die zweite Phase begann in den frühen 2000er Jahren. Es wurden nun im Westen vermehrt Kliniken privatisiert. Zudem wurden Krankenhäuser der Maximalversorgung wie z.B. die städtischen Krankenhäuser (Landesbetrieb Krankenhäuser LBK) in Hamburg 2004 und die ersten, zusammen gehörenden Universitätskliniken Gießen und Marburg 2006 privatisiert. »Die Zahl der Krankenhäuser, die bereits im Zeitraum von 1991-2003 von 2.411 auf 2.197 reduziert wurde, sank um weitere 255 auf 1.942 im Jahr 2017. Die Zahl der Betten sank in den 15 DRG-Jahren von 2003 bis 2017 um 50.102 auf 497.182. Die Fallzahlen fielen jedoch nur in den Jahren 2004 und 2005 (von 17,3 Millionen im Jahr 2003 auf 16,5 Millionen im Jahr 2005) und stiegen danach wieder stark an (auf 19,4 Millionen im Jahr 2017).« (Vgl. Krankenhaus statt Fabrik, 2020, S. 57) Gleichzeitig wurden ca. 70.000 Pflegestellen abgebaut. Es kam zu einer massiven Arbeitsverdichtung. Nadja Rakowitz schreibt dazu: »Dabei ist die Zahl der Beschäftigten pro Patient in den privaten Häusern noch geringer als in öffentlichen. Der Druck und die Arbeitsintensivierung dort sind entsprechend noch höher, da aus diesen Krankenhäusern ja auch noch ein Profit erwirtschaftet werden muss – sie sind dem Kapital jetzt zumindest formell unterworfen. Zum Teil lässt sich an den veränderten Arbeitsprozessen auch zeigen, dass auch reelle Subsumtion stattfindet. Wenn mit immer weniger Personal immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandelt werden, stellt das eine Arbeitsintensivierung dar, die in den produktiven Bereichen kapitalistischer Industrie auf eine Ausweitung des relativen Mehrwerts schließen lässt – ein Charakteristikum reeller Subsumtion unter das Kapital. Außerdem werden zum Beispiel die »Poren des Arbeitstags« – wie Marx das zu nen-

nen pflegte – systematisch geschlossen. In den Funktionsbereichen, wie Labor und Röntgenabteilungen etc., gibt es oft keine Kernarbeits-

»Die Vulgärökonomie tut in der Tat nichts, als die Vorstellungen der in den bürgerlichen Produktionsverhältnissen befangenen Agenten dieser Produktion doktrinär zu verdolmetschen, zu systematisieren und zu apologetisieren (...) und alle Wissenschaft wäre überflüssig, wenn die Erscheinungsform und das Wesen der Dinge unmittelbar zusammenfielen.«

(Karl Marx: Das Kapital, Band 3, MEW 25, S. 825)

zeiten mehr, sondern es wird rund um die Uhr gearbeitet. Stehen in der kapitalistischen Fabrik die Bänder möglichst nicht mehr still, so gehen in spezialisierten Kliniken (oft in privater Trägerschaft) die Lichter im OP nicht mehr aus. Auch die Formen der Arbeitsteilung verändern sich demgemäß. Insofern aber öffentliche wie frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser in Konkurrenz zu einander stehen, sind nun auch öffentliche Krankenhäuser ökonomisch gezwungen, sich genauso zu verhalten wie private und ihre internen Prozesse entsprechend umzugestalten. Ohne dass also öffentliche Krankenhäuser formell dem Kapital subsumiert sind, müssen sie unter dem Druck der Konkurrenz agieren als ob – mit dem Unterschied, dass sie keine Profite erwirtschaften müssen und auch Organe der öffentlichen Hand noch einen bestimmten politischen Zugriff und Einfluss auf sie haben.« (Rakowitz 2010, S. 10)



In den Jahrzehnten nach den 1980er Jahren wurden zahlreiche Reformen am Gesundheitswesen vorgenommen stets mit dem Ansatz, Ausgaben öffentlicher Haushalte bzw. den Anteil der Arbeitgeber an der Finanzierung des Gesundheitswesens zu reduzieren. Bei steigenden Ausgaben für das Gesundheitssystem hat sich dadurch die Struktur der Finanzierung geändert. Private Haushalte wurden erheblich stärker belastet durch viele Formen der Selbstbeteiligungen. So stiegen die Ausgaben der privaten Haushalte von 1995 bis 2004 um 36 Milliarden Euro und ihr Anteil an der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens von 41,9% auf 47,1% (Knieps/Reiners 2015). Es wurde geplant, das Gesundheitswesen marktförmig zu organisieren, es zu einem Wirtschaftsfeld wie jedes andere zu machen. Die Marktideologie sollte auch als Hebel benutzt werden, die strukturkonservativen Körperschaften der Selbstverwaltung (im Wesentlichen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gesetzlichen Krankenversicherungen) zu Veränderungen zu zwingen. Die Ideologie dahinter ist das (neo)liberale Mantra, der Markt regle alles von alleine zum Besseren (die sehr vereinfacht verstandene unsichtbare Hand von Adam Smith). So wurde Wettbewerb unter den Krankenkassen eingeführt, aber mit dem Risikostrukturausgleich zugleich gegenreguliert. Aus der Idee dieses Risikostrukturausgleichs ist der heutige Gesundheitsfonds entstanden, der einen finanziellen Ausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen herstellt. Der heutige Risikostrukturausgleich berücksichtigt die Morbidität der Versicherten und schränkt letztlich damit den zerstörerischen Wettbewerb wieder ein.

Im stationären Bereich wurden Fallpauschalen für die Behandlung genau definierter Krankheitsbilder eingeführt (*German Diagnosis Related Groups – G-DRG*) und im ambulanten Bereich wurden Kopfpauschalen, Budgets und Deckelungen eingeführt. Die Beiträge der gesetzlich Versicherten wurde erhöht, indem die Parität der Beiträge aufgehoben wurde (seitdem bis zum 31.12.2018 zahlten die Arbeitnehmer\*innen 0,9%-Punkte mehr an Beitragssatz), und es wurden Selbstbeteiligungen

für Behandlungen und bei vielen anderen Leistungen eingeführt. Ein besonderes Moment war die Einführung der Praxisgebühr, die bei dem ersten Besuch einer ambulant tätigen Ärzt\*in im Quartal fällig wurde. Ein fiskalisch und gesundheitspolitisch ineffizienter Ansatz, der aber die Menschen daran hindern sollte, »unnötig« medizinische Hilfe aufzusuchen. Die sogenannte Eigenverantwortung wurde betont. Es wurde in Erwägung gezogen, z.B. die Versorgung von (Risiko-)Sportverletzungen nicht mehr über die gesetzlichen Versicherungen finanzieren zu lassen, da vor allem Risikosportarten eine individuelle Betätigung seien. Die Pflicht zur Gesundheit wurde aus der Mottenkiste der deutschen Geschichte gezaubert.

Gleichzeitig wurden wirtschaftliche Anreizsysteme auf der Versorgungsseite implementiert, die nicht nur Mittel waren, sondern auch das Handeln und Denken der Ärzt\*innen maßgeblich beeinflusst und geändert haben. Es sind nicht wertneutrale Mittel der Steuerung gewesen, sondern Methoden, um marktwirtschaftliche Motivationen und Sichtweisen in der Medizin zu implementieren und zu normalisieren.

Innerhalb der letzten 40 Jahre hat die Ökonomisierung der Medizin im Rahmen des Neoliberalismus ein neues Niveau erreicht und strukturverändernde Wirkung entfaltet. Diese Prozesse sind nicht nur in der Medizin zu beobachten gewesen. Was als neoliberale Globalisierung beschrieben werden kann, bietet viele Beispiele dafür. Es gibt viele Gesellschaftsbereiche, die umstrukturiert wurden.

Das Gesundheitswesen wurde vorher maßgeblich von der öffentlichen Hand organisiert, war Eigentum von öffentlichen oder freigemeinnützigen Trägern und oblag der Selbstverwaltung von Körperschaften öffentlichen Rechts wie z.B. nicht-profitorientierten Krankenkassen. Privatisierungen vormals öffentlichen Besitzes sind keine Gesellschaftsenteignungen, wie sie zu Beginn der kapitalistischen Entwicklung stattfanden mit der größtenteils gewaltsamen Umwandlung gemeinschaftlicher landwirtschaftlicher Flächen und Wälder in Privateigentum (Einhegung von gemeinschaft-

lich genutztem Land). Die Privatisierung hat jedoch die Zuständigkeit verschoben. So trägt beispielsweise der Hamburger Senat nach der Umwandlung der städtischen Kliniken in Hamburg für die Zustände in diesen nicht mehr die politische Verantwortung. Die Möglichkeit, darauf einzuwirken, hat so erheblich abgenommen. Die neoliberalen Privatisierungen und marktwirtschaftlichen Formierungen entziehen diese Bereiche der öffentlichen Verwaltung und Verfügungsgewalt und reduzieren so gesellschaftliche Gestaltungsspielräume.

### Zur Begrifflichkeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die Ökonomie und ökonomische Prozesse beschreiben und erklären allein nicht ausreichend die spezifische medizinische Versorgung und deren Gestalt. Sie sind aber eine Bedingung, die alle Verhältnisse zum Verharren in einer kapitalistischen Logik zwingt. Dabei unterliegt das Gesundheitswesen einer wirtschaftlichen Dynamik, welche emanzipative Entwicklungen behindert, verhindert und erschwert.

2007 stellte Ullrich Bauer (JKM 44) fest, dass es keine verlässliche begriffliche Differenzierung von Ökonomisierungsphänomenen gebe. Er stellt eine ultraliberalistische Transformation im Sinne einer alleinigen Anwendung kapitalistischer Gewinnlogik als Gestaltungsmittel gesellschaftlicher Aufgaben fest. Es sei aber ein Fehlschluss, ökonomische Kalküle in der Entwicklung des Gesundheitswesens als gänzlich neuartiges Phänomen zu bezeichnen.

In einem umfassenderen Verständnis kann Ökonomisierung im Gesundheitsbereich bedeuten, dass Dienste gegen Geld angeboten werden, also eine Monetarisierung von Beziehungen. Das ist ein Prozess, der sich schon über Jahrhunderte erstreckt und ungleichzeitig in verschiedenen Regionen der Welt vonstattengegangen ist und weiter geht. So beginnt die Ökonomisierung schon mit der Herausbildung der Medizin als isolierte Materie und dem dazugehörigen Arzt, der sie praktiziert. Anders als bei allen anderen

vormedizinischen Praktiken der Heilung, die immer im Kontext kultischer, mystischer und fetischistisch organisierter Gemeinschaftlichkeit standen, verlangt der aus diesen Zusammenhängen historisch herausgelöste Arzt vom Patienten Geld. Es besteht von Anfang an eine im Wesentlichen auf Geld beruhende Beziehung. Insofern ist die Arzt-Praxis immer schon ökonomisch gewesen und hat auch maßgeblich zur Durchsetzung ökonomischer Strukturen beigetragen.

Ökonomie meint ganz unhistorisch zunächst das Haushalten mit den Gegebenheiten, also mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das Notwendige und darüber hinaus das Mögliche, zu organisieren. Unter den historischen Bedingungen einer kapitalistischen Produktionsweise ist Ökonomisierung immer bezogen auf diese. Deshalb betrachte ich hier im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen die Ökonomisierung als die (reelle) Subsumtion gesellschaftlichen Lebens und Austausches unter die kapitalistische Logik. Ich gehe also davon aus, dass diese Gesellschaft zwar längst kapitalistisch ist, dass es aber in ihr dennoch Bereiche gibt, die nicht oder nicht vollständig dem Kapitalverhältnis unterworfen sind. Der Begriff der Ökonomisierung, wie ich ihn entwickle oder verstehe, hat Überschneidungen und Parallelen zu dem Begriff der »Landnahme« wie Klaus Dörre ihn entwickelt (Dörre 2012). Die Erschließung geographischer oder gesellschaftlicher Bereiche (innere Landnahme), verstanden aus der Grundvoraussetzung heraus, dass diese expansive Entwicklung notwendig für den Fortbestand des Kapitalismus ist und zugleich aus ihm folgt. Ökonomisierung verstanden als Prozess, eine notwendige gesellschaftliche Arbeit, hier den medizinischen Versorgungsbedarf zu decken, mittels wirtschaftlicher Logik kapitalistisch zweckmäßig zu organisieren.

### Ökonomismus oder der Mythos vom neoliberalen Sachzwang

Der Begriff Ökonomisierung wird unterschiedlich gebraucht. Ökonomisierung soll hier nicht

als Effizienzsteigerung oder verbesserte Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens bzgl. der medizinischen Versorgung verstanden werden. Es meint hier nicht, mit dem geringst notwendigen Aufwand die beste Versorgung herzustellen, im Sinne einer »material rationalen« Herangehensweise nach

Der gesellschaftliche Umgang mit Krankheit und Gesundheit, seine Nähe oder Ferne zu Solidarität und sozialer Gerechtigkeit, kann ein sensibler Gradmesser für den gesellschaftlichen Zustand sein.

*(frei nach Hans-Ulrich, Deppe 1998)*

Max Weber. Etwas verkürzend gesagt, entspräche ein solches Konzept einer Ziel- bzw. Wertorientierung der eingesetzten Mittel. Dieses entspricht in etwa der Grundlage für die Formulierung im deutschen Sozialgesetzbuch einer ausreichenden und das Notwendige erfüllenden medizinischen Versorgung bei möglichst geringem wirtschaftlichem Aufwand. Weber kritisiert nicht die zu Grunde liegende Struktur, der hier gemeinten Ökonomisierung. Diese Sichtweise wäre für sich allein genommen keine ausreichende Kritik.

Dass der hier beschriebene Ökonomisierungsprozess im Kern mit dieser partial rationalen Sicht bricht, wurde schon früh deutlich durch einen Blick in die USA: Das marktwirtschaftlichste Gesundheitssystem gilt als das unwirtschaftlichste in diesem Sinne. Es gibt verschiedene Sichtweisen darüber, was Ökonomisierung in diesem Zusammenhang beschreibt und ausmacht. So versteht Hans-Ulrich Deppe Ökonomisierung u.a. auch analog zu Begriffen wie Medikalisation oder Biologisierung (Deppe 2000). Dies formuliert Deppe als Antwort auf den alles dominierenden neoliberalen Diskurs,

demzufolge der Markt und der Wettbewerb alles zum Optimum führten. In diesem Diskurs wurden ein scheinbarer Sachzwang und eine Notwendigkeit entwickelt, die Medizin (und mit ihr viele andere Bereiche) marktwirtschaftlich zu organisieren, um so eine vermeintlich bessere und geradezu optimale Anpassung an die notwendigen Veränderungen zu erreichen.

Die wichtigsten und einflussreichsten Argumentationsfiguren hierfür waren die der fehlenden Kosteneffizienz des bestehenden Gesundheitssystems, die des demographischen Wandels, die der scheinbar notwendigen Rationierung von Medizin vor dem Hintergrund angeblicher Ressourcenknappheit, die der vermeintlich steigenden Kosten im Zusammenhang mit der technischen und pharmakologischen Entwicklung. Das Gespenst der angeblichen Kostenexplosion durfte auch bei Tageslicht sein Unwesen treiben. All diese Argumentationsfiguren sind eingehend widerlegt: So kann beispielsweise nicht von einer Kostenexplosion gesprochen werden, denn die Kosten sind nicht sprunghaft gestiegen. Die Kosten und ihr Anstieg sind viel mehr in den letzten 30 Jahren in Relation zum Bruttoinlandsprodukt konstant geblieben. (Vgl. Hartmut Reiners, *Mythen der Gesundheitspolitik*, S. 17ff.)

In dem Diskurs zur Ökonomisierung wurde von neoliberaler Seite, und damit aus vorherrschender Sicht, die Begrifflichkeit ihrer Markttheorie bruchlos auf die Medizin angewandt. Eine abstruse und in der Sache falsche Anwendung. So sind Patient\*innen nicht in der Lage, wie Kund\*innen über die Qualität der Ware zu urteilen und sich nach einem Abwägungsprozess dafür oder dagegen zu entscheiden. Eine Patient\*in ist keine Kund\*in, sondern ein hilfesuchender Mensch und es geht nicht nur um eine Ware, die benötigt wird zur Behandlung. Es handelt sich nicht um einen einfachen Tausch von Geld gegen Ware, sondern notwendig auch um eine zwischenmenschliche Beziehung, die Vertrauen braucht. Die idealtypischen Vorstel-

lungen von Wettbewerb mit Kundensouveränität und freier Wahl durch die Kund\*innen existiert in der Medizin nicht. Diese idealtypischen Vorstellungen gelten aber auch in anderen Bereichen nur in Ausnahmefällen. Wettbewerb führt nicht zur Verbesserung der medizinischen Versorgung, denn im Wettbewerb geht es um Gewinne und nicht um die beste Versorgung.

Diese idealtypischen Vorstellungen des Neoliberalismus beschreiben die Problemlage und das reale wirtschaftliche Geschehen im Gesundheitswesen nicht. Deutlich wird dies am Privatisierungsprozess der Krankenhäuser. Es sind wenige große Konzerne, die sich den »Markt« der Krankenhausversorgung teilen. Es ist zu erwarten, dass sich der Konzentrationsprozess weiter fortsetzen wird und die großen Konzerne, wie z.B. Fresenius Helios, Asklepios und Sana um einiges wachsen und evtl. fusionieren werden. Das Gleiche gilt für andere Wirtschaftsbereiche. Der Markt ist nicht idealtypisch konstituiert, wie es bürgerliche Ökonomen in ihren Theorien gerne hätten. In einer Studie aus dem Jahr 2011 der Schweizer Eidgenössischen Technischen Hochschule wurden 43.000 multinationale Konzerne ermittelt. Nach tiefer gehender Analyse waren es davon jedoch nur 1.318 Unternehmen, die den Großteil der Wirtschaft kontrollieren. Innerhalb dieser wiederum konnten 147 Konzerne identifiziert werden, deren Vernetzung noch stärker ist und die etwa 40% der Weltwirtschaft beherrschen (nach H. Kühn 2012).

In diesem Zusammenhang kann davon gesprochen werden, dass die Kategorien von Problem und Lösung hier nicht passen. Ökonomisierung kann im erkenntnistheoretischen Sinne als Ökonomismus bezeichnet werden. Damit dieser Ökonomismus als quasi falsche Antwort gegeben werden konnte, wurde in dem neoliberalen Diskurs zuvor eine entsprechend zugeschnittene Problematisierung des Gesundheitswesens vorgenommen. Diese erzeugte mit sachlich unrichtigen Argumenten eine angstbesetzte Sorge, deren neoliberale Lösung als Fluchtpunkt diente.

Oder anders ausgedrückt: Von den präformierten Antworten her wird eine passende Problemlage des Gesundheitswesens konstruiert und entwickelt. Auf einer allgemeineren wirtschaftlichen Ebene ist die neoliberale Wirtschaftspolitik und ihre Ideologie der Versuch, anhaltend hohe Gewinne trotz zyklischer Wirtschaftsschwankungen und Stagnationen zu realisieren.

Wenn ideologiekritische, diskurstheoretische und erkenntnistheoretische Aspekte benannt werden, halte ich es für angemessener, nicht von Ökonomisierung zu sprechen, sondern von Ökonomismus. Mit Hilfe der neoliberalen Ideologie wird die für den Kapitalismus notwendige, expansive und zerstörerische Ausweitung begründet und neue Räume werden ausgelotet.

Der Begriff des Ökonomismus wird in der Geschichte des Marxismus-Leninismus als polemische Charakterisierung für eine aus der Sicht des Leninismus, »opportunistische« Strömung gebraucht, die den politischen Kampf auf bloß ökonomische Reformen und bürgerlich-demokratische Inhalte beschränken wolle und die Notwendigkeit einer revolutionären Partei der Arbeiterklasse leugne. Gramsci verstand darunter eher die deterministische Auslegung der ökonomischen Kritik und wollte die notwendige Kritik nicht alleine auf der ökonomischen Ebene verorten, sondern auch auf der Ebene der Kultur und dem, was er Zivilgesellschaft nannte (vgl. Wolfgang Fritz Haug, Was ist Ökonomismus).

»Krankheit ist Voraussetzung und Resultat der kapitalistischen Produktionsverhältnisse«.

*(Sozialistisches Patientenkollektiv SPK, 1970)*

## Ökonomisierung als prozesshaftes Geschehen

Unter Ökonomisierung des Gesundheitswesens verstehe ich einen Prozess, in dem das Gesundheitswesen von Marktförmigkeit durchdrungen wurde und wird. Das Prinzip der Kapitalverwertung, Werte zu verwerten, hielt in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Einzug. Es kann ins Gesundheitswesen investiert werden mit der legitimen Erwartung, hier Gewinne zu erwirtschaften. Dazu schreibt

»Ist die Konstruktion der Zukunft und das Fertigwerden für alle Zeiten nicht unsere Sache, so ist desto gewisser, was wir gegenwärtig zu vollbringen haben, ich meine die rücksichtslose Kritik alles Bestehenden, rücksichtslos sowohl in dem Sinne, daß die Kritik sich nicht vor ihren Resultaten fürchtet und ebensowenig vor dem Konflikte mit den vorhandenen Mächten.«

*(Brief von Karl Marx an Arnold Ruge vom September 1843, MEW 1, S. 344)*

Nadja Rakowitz: »Gewinne zu machen (in den Krankenhäusern, Anm. des Autors) war bis Mitte der 1980er Jahre schlichtweg gesetzlich verboten. Ein großer Teil der Gelder im Gesundheitswesen zirkulierte also zwischen öffentlichen, nicht profitorientierten Institutionen: zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die die Leistungen bezahlten, und den Krankenhäusern. Dieses Geld – immerhin geht es da seit Jahren um Milliarden Euro – wurde mit der einen Hand eingenommen und mit der anderen direkt für die Bezahlung von Leistungen wieder ausgegeben.... Inzwischen ist ein großer Teil davon Kapital geworden und dient der Profitgewinnung.« (Rakowitz 2017).

Ökonomisierung ist kein Prozess, der auf

dem ideologischen Übergewicht der neoliberalen Argumente, Texte, Diskurse und der öffentlichen Meinungsvorherrschaft gründet. Die Werte, sprich das angehäuften Kapital, müssen im Kapitalismus verwertet, also vermehrt werden. Andernfalls werden Investitionen abgezogen oder nicht mehr getätigt und es droht die Insolvenz des Unternehmens, denn die Konkurrenz setzt sich auf Grund höherer Gewinne langfristig durch. Das Gesundheitswesen wird so zum Geschäftsfeld, in dem Werte verwertet werden. Anders ausgedrückt kann die Ökonomisierung nicht als Resultat des Ökonomismus im Sinne einer falschen Ideologie, falscher Erkenntnisse oder Überbetonung ökonomischer Faktoren verstanden werden, sondern als zunehmende Anwendung kapitalistischer Methodik zur Erwirtschaftung von Gewinnen. Es ist die Dynamik von Kapital, Arbeit, Wert und Ware.

Das Kapitalverhältnis setzt sich in seiner abstrakten Wirkmächtigkeit durch. Die Ausweitung des Gesundheitswesens u.a. durch Entwicklung weiterer Behandlungsmethoden, neuer Anwendungsbereiche und Versorgung von immer mehr Menschen und tendenziell aller Menschen macht dieses Feld besonders attraktiv und wenig krisenhaft. Parallel zum Kern des Gesundheitswesens ist der pharmakologisch-industrielle Komplex gewachsen. Es handelt sich um Konzerne, die sehr hohe Umsätze erzielen und erhebliche Gewinne realisieren; Unternehmen die ihre Interessen taktisch klug durchsetzen und mehr und mehr zu bestimmenden Faktoren geworden sind, geschickt im Taktieren und mit wenigen Skrupeln, wenn es um Gewinne geht (vgl. Götzsche 2013). Der medizintechnisch-industrielle Komplex mit der Herstellung von technischen Untersuchungsmitteln und medizinischen Verbrauchsprodukten ist ein weiterer großer Wachstumsbereich wie der pharmakologisch-industrielle Komplex. Auf die Entwicklung jener Bereiche hier einzugehen, würde den Rahmen sprengen. Diese Industrien waren weit

vor dem Kern des Gesundheitswesens – der unmittelbaren Versorgung von Kranken – kapitalistisch durchorganisiert und vollumfänglicher Teil der Kapitalverwertung. Erwähnt werden soll hier zumindest, dass auch Bereiche wie Apotheken, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sanitätsgeschäfte, orthopädische Schuhversorgung, Zahntechnik, Vertrieb und Herstellung medizinischer Hilfsmittel etc. einen forcierten Ökonomisierungsprozess durchlaufen haben und weiter durchlaufen.

Der Prozess der letzten Jahrzehnte, in dem das Gesundheitswesen mehr und mehr Marktförmigkeit erlangt hat, ist nach Hagen Kühn analog zu den ursprünglichen Industrialisierungsprozessen zu verstehen:

- ▶ »Rückgang der kleinen, vorkapitalistischen Arten der Produktion (Einzelpraxis, einzelnes Krankenhaus etc.);
- ▶ fabrikmäßig zusammengefaßte, auf dem planmäßigen Einsatz von technischen und organisatorischen Mitteln beruhende Produktion (Krankenhausketten, Ambulatorien, Medical Groups, Integrated Networks etc.); ...
- ▶ Möglichkeiten der Kalkulier- und Standardisier-, Kontroll- und Steuerbarkeit der Arbeitsprozesse auf dieser technologischen Basis; damit nun auch die Möglichkeit, die unmittelbare medizinische Versorgung (über Zulieferer und Versicherer hinaus) zum unmittelbaren Anlagebereich für Kapital werden zu lassen;
- ▶ Marktkonkurrenz und Kapitalverwertung;
- ▶ die Trennung der Produzenten (Ärzte) von den Produktionsmitteln und die daraus resultierende Verwandlung von selbständigen Ärzten in erstens abhängig Beschäftigte oder scheinselbständige Kontraktnehmer und zweitens in Unternehmer und Manager.« (Hagen Kühn, 11/1998)

Laut Hagen Kühn prognostizierte Paul H. Ellwood, ein US amerikanischer Gesundheitsex-

perte, 1971, dass *HMOs (Health Maintenance Organization* – Organisationen in den USA, die Krankenversicherung und medizinische Versorgung aus einer Hand anbieten; Anm. des Autors) »Veränderungen im Gesundheitswesen stimulieren

»Es kommt zu einer Ökonomisierung, die den humanen, kulturellen und sozialen Charakter unseres Gemeinwesens zerstört.«

(Hans-Ulrich Deppe, 1998)

(könnten), die einige der klassischen Merkmale der industriellen Revolution aufweisen – Konversion zu größeren Produktionseinheiten, technologische Innovationen, Arbeitsteilung, Substitution von Arbeit durch Kapital, dynamische Konkurrenz und Rentabilität als eine unverzichtbare Bedingung des Überlebens« (Elwood et al 1971 zitiert bei Hagen Kühn, 11/1998).

Passend dazu bemängelt das *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2017*, in einem fortgeschrittenen Stadium der Ökonomisierung: »Medizin und Pflege werden radikal umgewälzt, wie in einer Fabrik: Patienten werden wie Werkstücke behandelt; technisierte, häufig ärztliche Einrichtungen, werden aufgewertet; Beziehungsarbeit wird abgewertet; die Zeit ist immer zu knapp; Patienten klagen über eine zunehmende Desorganisation ihrer Behandlung; Über- Unter- Fehlversorgung finden sich nebeneinander; die Gesundheitsberufe werden deprofessionalisiert«. (Foliensammlung Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen, Folie Nr 52; in: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/166>)

## Schlaglichter auf (Aus)Wirkungen oder der Wandel folgt der Ökonomie

Direkte Auswirkungen der Ökonomisierung sind im Krankenhaus die Reduktion der Zahl der Pflegekräfte, die Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich, die Ausweitung profitbringender Interventionen (z.B. Wirbelsäulenoperationen, Herzkatheter oder Kaiserschnittgeburten), die Risikoselektion (Versorgung relativ gesunder Kranker und Unterversorgung bei Schwerkranken) und die Schließungen von Krankenhäusern und der damit verbundene Bettenabbau.

Bestehende Ungleichheiten in der Inanspruchnahme und institutionelle Diskriminierungen wurden und werden verschärft. Einer Entsolidarisierung wird Vorschub geleistet, denn Solidarität führt nicht zu geschäftlichem Gewinn. Es gibt Auswirkungen, die nicht unmittelbar in der Versorgung von Mensch zu Mensch sichtbar sind. Es kommt zu Optimierungen und Selbstoptimierungen. So konkurrieren die Akteure untereinander darüber, wer am effektivsten tätig ist; sei es als Chefärztin oder als Pfleger. Nicht nur ganze Krankenhausketten wettern miteinander, sondern auch Abteilungen und Häuser einer Kette untereinander.

## Ökonomisierung der ambulanten Medizin

Die ambulante Medizin hat sich tendenziell zu einem Dienstleistungsmarkt hin entwickelt, in dem die Patient\*innen zu Kund\*innen sein sollen im Spannungsfeld von Kundenorientierung und Leistungsregulierung. Im niedergelassenen Bereich verlaufen die Prozesse etwas unbeobachteter, aber es entwickeln sich u.a. mit großen profitorientierten MVZ-Praxisketten (*MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum*), IGeL-Angeboten und diversen Zusatzverträgen zwischen Versicherten und den Ärzt\*innen zunehmend neue Formen der Versorgung. Die bestehenden Strukturen durchlaufen Ökonomisierungs-

prozesse. Der selbständige Gelderwerb mittels Freiberuflichkeit in der Medizin wird zunehmend in Lohnarbeit umgewandelt. Es entsteht ein neuer Markt, in dem die Lohnarbeit verwertet wird. »Im Konkurrenzkampf zwischen den Arztpraxen entstehen im Ringen um Ressourcen neue Fronten zwischen den Geschäftstüchtigen, an die neuen Rahmenbedingungen adaptierten Standesvertretern und den strikt patientenorientierten Traditionalisten.« (Beckermann et al 2014; Keller, Janker 2014, zitiert nach Schnabel und Manzei, JKM 51, 2016)

In der ambulanten Versorgung haben sich verschiedene Geschäftspraktiken etabliert, um für die eingesetzte Arbeit, deren Menge rein physisch und auf Grund von Regularien nicht steigerbar ist, mehr Gewinne zu erzielen. Ärzt\*innen arbeiten im ambulanten Bereich zunehmend in einem Lohnverhältnis in MVZ (aber im Jahr 2018 waren das immer noch nur ca. 20.000 von 157.000 ambulant tätigen Ärzt\*innen) und sind so nicht selbständige Unternehmer\*innen und an den erzielten Gewinnen beteiligt. Als Angestellte haben sie wenig Einfluss auf die generelle Ausrichtung der Arbeit und somit auf die Qualität der Versorgung. Profite werden abgeschöpft durch Investor\*innen. Die ambulante Medizin wird zunehmend, wie die Krankenhäuser, eine Anlagemöglichkeit für große Summen Kapitals.

So übernehmen Private-Equity-Gesellschaften zunehmend Praxen in lukrativen Versorgungsbereichen. Dabei geht es diesen Gesellschaften darum, Kapital gewinnbringend anzulegen, was in Zeiten niedriger Zinsen und einer unsicheren Lage auf den Aktien- und Finanzmärkten schwer zu realisieren ist. Das hiesige Gesundheitswesen bietet sich somit als Anlageobjekt an. Private-Equity-Gesellschaften bilden mit verschiedenen Kapitalien von sogenannten institutionellen Anlegern wie Banken, Versicherungen, Rentenfonds, Staatsfonds u.a. einen Kapitalfonds, um damit Unternehmen zu kaufen, die sie nach einer Umstrukturierung gewinnbringend wieder verkaufen. Weite Bereiche der nephrologischen, labormedizinischen und der radiologischen Versorgung sind im Besitz solcher Gesellschaften. In der Zahnheilkunde,

Reproduktionsmedizin, Dermatologie, Kardiologie, Onkologie und Augenheilkunde vollzieht sich der gleiche Prozess, ist aber noch nicht so weit fortgeschritten. (Vgl. Bobsin 2017)

MVZ in Trägerschaft von privaten Krankenhausketten können noch einer anderen Logik als der unmittelbaren Gewinnerwirtschaftung dienen. So können diese MVZ vordergründig sogar Verluste erzielen, wenn sie als Zuweiser für die Krankenhäuser dienen. In MVZ in Trägerschaft von Klinikketten, anderen Aktiengesellschaften oder im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften spielt institutionell soziale Verantwortung keine Rolle, sondern ausschließlich die Konzernstrategie der Gewinnoptimierung. Umso größer müssen die ethischen Widersprüche sein, in denen die darin Beschäftigten stecken.

Zugleich verkaufen die ärztlichen Praxen zunehmend Dienstleistungen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Geschönt als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bezeichnet werden in aller Regel überflüssige und teils schädigende Untersuchungen und Anwendungen feilgeboten – von verzichtbaren Laboruntersuchungen bis zu 3D-Bildern Ungeborener. Da der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im Großen und Ganzen alle wesentlichen und notwendigen Interventionen und Therapien enthält, werden als IGeL fast nur solche verkauft, denen eine wissenschaftliche Evidenz fehlt, wie Verkauf und Empfehlung von Nahrungsergänzungsmitteln oder gar intraartikulären Injektionen (Spritzen einer Flüssigkeit in eine Gelenkhöhle) mit nicht wirksamen Substanzen. Hier werden die Hilfesuchenden zu Kund\*innen und das Vertrauensverhältnis zur Ärztin wird missbraucht und zerstört. So ist es ein häufiger Beratungsanlass in der Allgemeinmedizin geworden, diese Angebote vertrauensvoll bewerten zu lassen. Es geht stets um die Kosten und den fast immer nicht vorhandenen Nutzen. Hier kann von einer Kommerzialisierung gesprochen werden – im Sinne einer zunehmenden Verwirtschaftlichung, also Kommerzialisierung einer vormals nicht oder nicht in diesem Umfang wirtschaftlich genutzten Beziehung.

Hier ein Beispiel aus einer orthopädischen Arztpraxis aus dem Jahr 2017. Die Quellen sind die Internetseite und ein Werbeflyer der anbietenden Praxis: »Injektionstherapie mit Glucosaminsulfat bei Arthrose nach XXXXXXXX (es handelt sich um den Namen des Praxisinhabers, Anm. des Autors; Arthrose ist die häufigste aller Gelenkkrankheiten.) In Deutschland leiden etwa fünf Millionen Frauen und Männer unter Beschwerden, zwei Millionen Menschen haben sogar täglich aufgrund ihrer Arthrose Schmerzen in ihren Gelenken. Am häufigsten betroffen sind Hände, Knie und Hüften, aber auch alle anderen Gelenke sowie der Rücken können befallen sein. Viele Betroffene haben Arthrose nicht nur an einem Gelenk, sondern an sechs und mehr Gelenken. Das Gelenk entzündet sich, schwillt an und schmerzt. Der betroffene Patient verliert dadurch die Fähigkeit, sich frei zu bewegen. Das Therapieverfahren: Zur Therapie der Arthrose bieten wir Ihnen eine besondere Injektionstherapie mit Glucosaminsulfat an. Die Therapie wird kurmäßig durchgeführt. Therapieeffekte zeigen sich meistens erst einige Wochen später und halten oft über Jahre an. Ihr Nutzen: Die Arthrose-Therapie nach XXXXXXXX ist eine wirksame Therapie bei Arthrose. Sie verbessert die Gelenkbeweglichkeit und reduziert die Schmerzen. Sprechen Sie uns gern gezielt an, wenn Sie sich für diese Therapieform interessieren!«

Ein ähnliches Präparat, welches hier angepriesen wird, ist in Deutschland vom Markt genommen worden wegen »erheblicher Störwirkungen«. Das Präparat Glucosaminsulfat kann nicht als Fertigarznei auf dem deutschen Markt erworben werden. Es ist davon auszugehen, dass eine derartige Behandlung nicht wirksamer ist als eine Placebo-Therapie. Es ist aber möglich, dass sich durch solch eine Injektion Gelenke infizieren und so gravierende Verletzungen entstehen. Durch eine vorher zu unterschreibende Aufklärung entzieht sich jedoch der oder die Behandelnde der juristischen Verantwortung und es handelt sich so definitionsgemäß um einen individuellen Heilungsversuch. Auf eine Beschwerde über dieses Geschäftsgebaren erklär-

te die zuständige Ärztekammer, dass sie darauf hingewirkt habe, »dass hier die medizinisch-qualitativen Anforderungen umgesetzt werden«. Ein Verbot solcher Praktiken, wie es z.B. der vda fordert, kann offensichtlich nur an anderer Stelle bewirkt werden. Innerhalb der Ärzteschaft gibt es keine ausreichenden Kräfte, die diese Methoden thematisieren und ablehnen.

Hier wird offensichtlich, dass die ärztliche ständische Selbstkontrolle nicht ausreichend funktioniert. Die gesetzlichen Krankenkassen

»Die Kritik der Religion endet mit der Lehre, daß der Mensch das höchste Wesen für den Menschen sei, also mit dem kategorischen Imperativ, alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist, Verhältnisse, die man nicht besser schildern kann als durch den Ausruf eines Franzosen bei einer projektierten Hundesteuer: Arme Hunde! Man will euch wie Menschen behandeln!«

*(Karl Marx: Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung, MEW 1, S. 385)*

haben hier eine Schutzfunktion, indem sie Therapien und Diagnostiken einer kritischen Prüfung unterziehen, bevor sie finanziert werden. Die Krankenkassen bieten inzwischen eine Orientierung bzgl. unwirksamer Therapien und nutzloser Diagnostik an, es ist leicht möglich, sich über sogenannte IGeL-Angebote bei ihnen zu informieren (siehe: <https://www.igel-monitor.de/>). Es fehlt aber weiterhin ein offensiverer Schutz der Patient\*innen an diesem Punkt.

Winfried Beck, Mit-Gründer und über Jahre Vorsitzender des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte und selbst Orthopäde schreibt dazu: »Zu Zeiten der Einzelleistungsvergütung waren deutsche Orthopäden Weltmeister im In-

jizieren von sogenannten knorpelschützenden Substanzen, insbesondere in die Kniegelenke ihrer auf Linderung hoffenden PatientInnen. Mit der Einführung der Ordinationsgebühr wurden die Injektionen in diese neue Pauschale einbezogen und es entfiel eine eigenständige Honorierung. Nun standen die Orthopäden plötzlich vor der Aufgabe, ihren an die Spritzen gewöhnten PatientInnen klarzumachen, dass diese Mittel eigentlich doch nicht wirksam seien oder, unzutreffend, von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr bezahlt würden. Da nun diese Substanzen, bei aller Fragwürdigkeit ihrer Wirkung, unverändert von der GKV erstattet werden (Anm. des Autors: Diese

Substanzen werden auf Grund fehlender Wirkung inzwischen nicht mehr von der GKV erstattet), die Injektion aber nicht gesondert honoriert werden darf, suchte man nach einem Ausweg. Aus dem verordnungsfähigen Arzneimittel Hyalart – einem Hahnenkammextrakt – wurde das Medizinprodukt Synvisc – ebenfalls aus Hahnenkämmen, nun aber zur Minimalunterscheidung in vernetzter Struktur.

Die Zulassung von Medizinprodukten erfolgt durch privatrechtliche Prüfstellen und nicht durch das Bundesinstitut für Arzneimittel. Nun war die Möglichkeit geschaffen, die Injektion eines nahezu identischen Medikamentes außerhalb der GKV-Honorierung im Rahmen des IGeL-Katalogs auf dem Wege der Privatliquidation vorzunehmen. Dass ein Medizinprodukt im Gegensatz zum Arzneimittel keinen oder nur unwesentlichen Qualitätskontrollen unterliegt und damit ein höheres Risiko für die PatientInnen darstellt, wird dabei bewusst in Kauf genommen.« (Beck, 2003, S. 28)

Ärzte haben schon seit langer Zeit mit der Wissenschaftlichkeit ihrer Praxis große Probleme, wie aus folgendem Zitat zu entnehmen ist – dies gilt insbesondere nicht erst seit der Kritik an der vermeintlichen »Schulmedizin« mittels

»alternativer Medizin«: »Aber eine Umfrage in den Bezirken Stuttgart und Koblenz ergab auch, daß nicht einmal 30 Prozent der dort niedergelassenen Ärzte sich durchweg an die Methoden der Schulmedizin halten (bei den praktischen Ärzten war es sogar nur jeder neunte); die meisten doktern mindestens nebenher, mit Homöopathie, Neuralpathie, Anthroposophie oder der sogenannten Erfahrungsheilkunde (Volksheilkunde).« (Spiegel 11/1972, Das Geschäft mit der Krankheit) Das ist ein Beleg dafür, dass die »sanfte Medizin« oder »alternative Medizin« oder dass auch das Konträre zur wissenschaftlichen Medizin schon lange da war – der Arzt als »Künstler«, »begnadeter genialer Zauberer«, »Seher« und »Heiler«.

Ein Aspekt, der häufig nicht beachtet wird, bei der Kritik der selbst zu zahlenden »Sonderleistungen« und IGe-Leistungen ist die damit verbundene implizite Leistungseinschränkung. Zum einen kann nicht jede\*r Patient\*in solche Leistungen bezahlen. Zum anderen können die medizinisch notwendigen Leistungen in der Zeit, in der diese unnötigen Leistungen erbracht werden, also in der Zeit, in der es vornehmlich um die Erhöhung der Gewinne geht, nicht durchgeführt werden. Oder kürzer: Wenn eine Orthopädin oder ein Orthopäde überflüssige Leistungen verkauft, kann er oder sie sich nicht um Kranke mit akuten Schmerzen kümmern oder wenn eine Hausärztin oder ein Hausarzt eine homöopathische Erstanamnese erhebt, ist diese Zeit der hausärztlichen Versorgung entzogen. Im Prinzip handelt es sich um eine implizite Leistungseinschränkung: Die Nutzung von unwissenschaftlichen, nicht evidenten Methoden bewirkt, dass nützliche und notwendige Anwendungen nicht durchgeführt werden. Darüber hinaus birgt es die Gefahr, dass Kranke nicht mit evidenten und zielführenden Methoden behandelt werden, sondern dass sich vielmehr unwirksame Leistungen in bare Münze verwandeln. Es ist in diesem Verkaufsklima denkbar, dass gar nicht über wirksame Behandlungs-

optionen informiert wird, denn im Gegenzug wird ja auch nicht über die Unwirksamkeit der verkauften Methoden aufgeklärt.

In einem Beitrag im *Jahrbuch für kritische Medizin* heißt es bei Schnabel und Manzei: »Die geschilderten Befunde (im ambulanten Bereich, Anm. vom Autor) können als Indikatoren für eine Transformation von fachlichen Herausforderungen zu betriebswirtschaftlichen Steuerungsproblemen bezeichnet werden.« Und etwas später heißt es: »Die Qualität der eigenen Leistungen wird nicht nach übergeordneten Kriterien bemessen, sondern mit Blick auf den unmittelbaren Konkurrenten eingeschätzt. Hier deutet sich eine Transformation von einer Patientenorientierung zur Wettbewerbsorientierung an.« (Manzei u Schnabel 2016)

## ... und die Moral bei der Geschichte?

Im ökonomischen Transformationsprozess boomte der Ethikbereich in den Wissenschaftsbereichen und im stationären Bereich der Medizin. Die Medizinethik wurde ausgebaut und entsprach damit dem Bedürfnis nach Entlastung und Verantwortungsabgabe der Akteur\*innen. Schlimm genug, so zu arbeiten und solche Dinge zu verrichten, aber das auch noch verantworten zu müssen, ist nicht erträglich, könnte etwa der unbewusste Tenor einer solchen Stimmung sein. Diese Art des voluntaristischen Moralismus ist eine verbreitete und konsequenzlose Art der Entlastung.

»Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.«

(Immanuel Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 1785, BA 67)

Hagen Kühn schreibt hierzu 2007: »Bereits die Unterstellung einer moralischen Sicherheit in der enorm widersprüchlichen Realität des ökonomisierten Gesundheitswesens ist hier unmoralisch, denn sie führt zur falschen Entlastung der unter Anpassungszwängen stehenden individuellen Ärzte von der Verantwortung.« Die Medizinethik folgt dem ökonomischen Transformationsprozess. So sind die Veröffentlichungen und Inhalte der Arbeitsgruppe Ökonomisierung in der *Akademie für Ethik in*

»Alles Ständische und Stehende verdampft, alles Heilige wird entweiht, und die Menschen sind endlich gezwungen, ihre Lebensstellung, ihre gegenseitigen Beziehungen mit nüchternen Augen anzusehen.«

(Karl Marx / Friedrich Engels: *Manifest der Kommunistischen Partei*, 1848, MEW 4, S. 465)

der *Medizin (AEM)* als ein Bemühen zu verstehen, diesen Prozess sanfter zu gestalten. Es wird eine Optimierungsdebatte geführt und nicht die einer Vergesellschaftung des Gesundheitswesens oder zumindest einer Ausweitung der gesellschaftlichen Kontrolle und Partizipation. So gibt es laut dieser Akademie beispielsweise genug Personal, aber das sei auf zu viele Krankenhäuser verteilt. Ein gewisser Zynismus derjenigen, die es besser wissen, ist hier deutlich zu spüren. Bezüglich der durch die Ökonomisierung entstandenen, moralisch nicht vertretbaren Verhältnisse werden moralische Bekundungen angeführt, die an den Hippokratischen Eid anknüpfen. Der Klinik Codex der *Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)* wird hier lobend auf der Internetseite dieser Arbeitsgruppe vorgestellt. Die DGIM habe damit das Tor zu einer aufgeklärten Professionalität aufgestoßen. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer

Hamburg hat sich besagtem Codex einstimmig angeschlossen. Eine Konsequenz war damit aber nicht verbunden. Der Begriff der Ökonomisierung, wie er von dem Kreis dieser Moralisten benutzt wird, bewegt sich auf der Ebene eines Kompromisses von wirtschaftlichen Interessen und moralischen Bedürfnissen, einer moralisch vertretbaren Optimierung der gegebenen Verhältnisse.

Im Jahre 1998 warnte Hans-Ulrich Deppe: »Es kommt zu einer Ökonomisierung, die den humanen, kulturellen und sozialen Charakter unseres Gemeinwesens zerstört. Menschenrechte – und das ›Recht auf Gesundheit‹

zählt dazu – lassen sich nämlich nicht kommerzialisieren, sie lassen sich auch nicht vermarkten, ohne dass sie daran zerbrechen.« Dass diese Warnung so wenig wirkmächtig blieb, zeigt, dass die Ökonomisierung als ein dynamischer Prozess verstanden werden muss. Es ist die Implementierung wirtschaftlicher Maßnahmen, die sich in der Industrie bewährten. Es werden gesellschaftlich anerkannte und erprobte Methoden der Gewinnerzielung angewandt. Dieser Prozess folgt der Prämisse, Werte zu vermehren – zu verwerten.

Die aktuelle Entwicklung der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung kann mit Begriffen verstanden werden, die die Industrialisierung beschreiben.

Die aktuelle Entwicklung der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung kann mit Begriffen verstanden werden, die die Industrialisierung beschreiben.

Ähnliche ökonomisierende Prozesse sind festzustellen in Bereichen, die vormals als eine öffentlich zu organisierende Aufgabe angesehen wurden oder dem Feld der Reproduktion angehören. So heißen in Hamburg beispielsweise die ehemaligen Meldeämter nunmehr Kundencenter. Es wird dort im Schichtdienst gearbeitet und dieser Logik folgend auch samstags. So kann der Prozess der Ökonomisierung als die eigentliche Dynamik verstanden werden, die sich, seit Anbeginn des Kapitalismus entfaltet und wirkt. Diese Dynamik erreicht stets mehr Gesellschaftsbereiche und schafft immer wieder neue

gesellschaftliche Realitäten: »alles... Stehende verdampft, alles Heilige wird entweiht...«

»Die Ökonomisierungsprozesse lösen ihren ständischen Charakter auf. Die Ärzteschaft wird tendenziell polarisiert in eine Minderheit von Unternehmern und Managern, eine Mehrheit lohnabhängiger Dienstleister und eine schrumpfende freischaffende Mittelschicht.« (Hagen Kühn 2013, JKM 49) Alles verändert sich nach ökonomischen Gesetzmäßigkeiten, wenn auch nicht ausschließlich.

## Krankheit und Gesellschaft: Armut verursacht Krankheit und Leid – Krankheit und Leid verursachen Armut

Liegt der Focus auf Krankheit und Gesellschaft, so ist die Medizin nicht allein aus Sicht der Kritik der ökonomischen Prozesse und Kritik der politischen Ökonomie zu hinterfragen. In vielen Regionen der Welt gelten Ärzt\*innen als gewissenlose Geldabpresser. Eine humane Medizin ist ein Zukunftsprojekt; es hat sie bisher nicht gegeben. Viele Ärzt\*innen haben sich in der deutschen Vergangenheit an grausamen Verbrechen beteiligt. Die Aufarbeitung kam erst spät in Gang, ist zäh, und ist bis heute unvollständig. Die deutschen Ärzte waren in einem sehr hohen Maß in nationalsozialistischen Vereinen, Strukturen und der Partei organisiert.

Doch auch jenseits solcher monströser Verbrechen ist die Medizin eingebettet in gesellschaftlich-staatliche Zusammenhänge. Nicht selten dient sie in der bürgerlichen Gesellschaft auch als Disziplinierungsinstrument staatlicher Instanzen – beispielsweise bei Entscheidungen über Rente und Arbeitsfähigkeit. So wird kein Krankengeld gezahlt, wenn die Meldung darüber nicht innerhalb einer Woche an die Krankenkasse gesandt wird (Sozialgesetzbuch 5, §49

Absatz 5). Da Kranke krank sind, passiert es immer wieder, dass diese Formalität nicht eingehalten wird und dass deshalb die Krankenkassen kein Geld zahlen. Der Umstand der Erkrankung zählt nicht. Wie anders ist dies zu verstehen, denn als Disziplinierungsmaßnahme, vollstreckt an Kranken?

Auch ist die Medizin maßgeblich in Normierungsprozesse und Normalisierungen involviert. Was ist normales Verhalten und was muss behandelt werden? So wurde lange Transsexualität als krankhaft angesehen und medizinisch und operativ behandelt. Es wurde in der Regel schon bei kleinen Kindern versucht, das Geschlecht medikamentös und operativ herzustellen oder in die eine oder andere Richtung zu vereindeutigen. Medizin beteiligt sich von der Geburt bis zum Tod an der Normierung. Ist es beispielsweise eine Krankheit, sich in der Schule nicht konzentrieren zu können und motorisch unruhig zu sein, oder sind die Schule oder andere Umstände dafür verantwortlich? Die Standardantwort der heutigen Medizin ist be-

»Der menschliche Leib ist von Natur sterblich. Krankheiten können daher nicht ausbleiben. Warum wird der Mensch erst dem Arzte unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist? Weil nicht nur die Krankheit, weil schon der Arzt ein Übel ist.«

*(Karl Marx: Die Verhandlungen des 6. rheinischen Landtags, MEW 1, S. 59)*

kannt: Das Kind hat eine Störung, z.B. das hyperkinetische Syndrom, und Welch Wunder, es gibt eine pharmakologische Behandlung. Es gibt nicht das primäre Ziel, das Wohlergehen von Kindern zu fördern und ihnen zu ermöglichen, eine weitestgehend freie Entwicklung durchlaufen zu können. So könnten Kinder zu widerbors-

tigen Freigeistern werden. Die Medizin verfolgt dagegen – oft zusammen mit den Eltern – das Ziel der reibungslosen sozialen Funktionalität. Allein vor diesen, nur kurz skizzierten Hintergründen, die bei weitem keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, verbietet sich eine naive Sicht auf die Medizin als einer »guten Sache«, als einer moralisch hoch zu bewertenden Arbeit.

Auch liegt es nicht an der Weiterentwicklung der Medizin, dass die Lebenserwartung in vielen Ländern gestiegen ist. Es sind soziale Veränderungen, die in der Regel zu einem längeren und besseren Leben führen. Wird das verschwiegen, geschieht es, um die Medizin zu überhöhen und andererseits nicht die Mühen auf sich zu nehmen, die sozialen Verhältnisse zu ändern. Soziale Ursachen nicht ausdrücklicher zu benennen und auf Abänderung hinzuwirken, das wird zu Recht an der ärztlichen Wissenschaft kritisiert.

So kommt Friedrich Engels 1843 in seiner Dokumentation der elenden Situation der englischen Arbeiterinnen und Arbeiter zu folgendem Schluss: »Wenn ein einzelner einem andern körperlichen Schaden tut, und zwar solchen Schaden, der dem Beschädigten den Tod zuzieht, so nennen wir das Totschlag; wenn der Täter im voraus wußte, daß der Schaden tödlich sein würde, so nennen wir seine Tat einen Mord. Wenn aber die Gesellschaft Hunderte von Proletariern in eine solche Lage versetzt, daß sie notwendig einem vorzeitigen, unnatürlichen Tode verfallen, einem Tode, der ebenso gewaltsam ist wie der Tod durchs Schwert oder die Kugel; wenn sie Tausenden die nötigen Lebensbedingungen entzieht, sie in Verhältnisse stellt, in welchen sie nicht leben können; wenn sie sie durch den starken Arm des Gesetzes zwingt, in diesen Verhältnissen zu bleiben, bis der Tod eintritt, der die Folge dieser Verhältnisse sein muß; wenn sie weiß, nur zu gut weiß, daß diese Tausende solchen Bedingungen zum Opfer fallen müssen, und doch diese Bedingungen bestehen läßt – so ist das ebensogut Mord wie die Tat des einzelnen, nur versteckter, heimtückischer Mord, ein Mord, gegen den sich niemand wehren kann, der kein Mord zu sein scheint, weil man den Mörder

nicht sieht, weil alle und doch wieder niemand dieser Mörder ist, weil der Tod des Schlachtopfers wie ein natürlicher aussieht und weil er weniger eine Begehungssünde als eine Unterlassungssünde ist. Aber er bleibt Mord.« (Friedrich Engels: Die Lage der arbeitenden Klasse in England, MEW 2, S. 324f.)

Werden soziale Ursachen als medizinische Probleme dargestellt, die medizinisch zu lösen seien, so handelt es sich um mehr oder weniger bewusste Verschleierung. So kann hier von Medikalisation gesprochen werden, da medizinische Herangehensweisen zur Lösung gesellschaftlicher Missstände herangezogen werden. Hagen Kühn schreibt 2016 dazu: »Der Begriff der ›Medikalisation‹ meint die Tendenz, immer mehr soziale Lebensprobleme der theoretischen, praktischen und ideologischen ›Zuständigkeit‹ der technisch-pharmakologischen Biomedizin zu überantworten – und damit die ›transformation of human conditions into treatable disorders‹ (Conrad 2007)«. Weiter heißt es bei Kühn: »Potentielle politische Konflikte und Gestaltungsprobleme werden zu leicht lösbaren und profitablen warenwirtschaftlichen Versorgungsproblemen«.

In Analogie zum Begriff des Ökonomismus als einen, der ein Problemfeld bzw. eine Fragestellung entwickelt für eine vorgegebene Antwort, könnte hier von einem *Medizinismus* gesprochen werden. Medizinismus als Wegbereiter einer Medikalisation oder Medizinalisation in Analogie zur Analyse des Ökonomismus und der Ökonomisierung. Eine Medizinalisation wäre dann dort zu verorten, wo medizinische Praktiken zur Lösung eingesetzt werden, z.B. Ritalin für Kinder anstelle einer Strukturveränderung des Schulwesens. Es werden Medikamente gegen Herz-Kreislaufkrankungen entwickelt und gewinnbringend verkauft, anstatt die sicher nachgewiesene Verursachung durch Lärmbelästigung anzugehen. Es werden aufwändige Therapien entwickelt und verkauft gegen Lungenerkrankungen, anstatt die verursachende Luftverschmutzung konsequent anzugehen.

Der Diskurs über die Krankheitsursachen, der wissenschaftliche Prozess zur Beschreibung von Krankheiten und deren Verursachung ist ökonomischen Modulationen unterworfen. Zunächst wird zumeist das Bestehende affirmiert und so werden die Bedingungen als unabänderbar gegeben angenommen. »Krisen, Krankheit und Fehlentwicklungen werden als menschliche Fehlanpassung an die sozioökonomischen Verhältnisse verstanden und niemals als deren Ausdruck« (Kühn 2001) oder anders: »Die Subjektivierung als Verlegung der Ursachen von Krisen und Krankheit in die Individuen zwecks Entlastung der Verhältnisse« (Kühn 2007 JKM 44). Eine Kritik an den tatsächlichen Ursachen ist erschwert, wenn diese so verschleiert werden. So wird verständlicher, warum aus den eindeutig belegten kausalen Zusammenhängen von Feinstaub- und Lärmbelastungen mit den häufigen und gravierenden Herz-Kreislaufkrankungen kaum Schlüsse gezogen werden. Mit Ursachenbeseitigung lässt sich kein Profit erzielen.

Die Auswirkungen des sogenannten sozioökonomischen Status auf das Leben sind eindeutig belegt, werden aber von der Medizin regelhaft ignoriert. Es bleibt gewöhnlich bei Beschreibungen. So betrug die Differenz an Lebensjahren zwischen Menschen, die zur niedrigsten und zur höchsten von fünf Einkommensgruppen gehören, laut einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts von 2015 in Deutschland bei Frauen 8,4 Lebensjahre und bei Männern 10,8 Jahre. Deutlicher wird der Unterschied, wenn nur die Lebensjahre betrachtet werden, die in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden. Dann beträgt der Unterschied zwischen Menschen aus diesen beiden Gruppen bei Frauen 13,3 und bei Männern 14,3 Jahre.

Die ungleiche Gesundheit hängt nicht allein von der absoluten Einkommenshöhe ab, sondern auch von der relativen Einkommensposition und dem Grad der gesellschaftlichen Ungleichverteilung. Wird die Bevölkerung in Zehntel nach Einkommensgruppen aufgeteilt, so steigt die Lebenserwartung nicht nur im Vergleich vom untersten zum obersten, sondern in jedem Zehn-



*Theodor Hosemann: Die Wohnsituation von Arbeiterfamilien um 1840 – © Gemeinfrei*

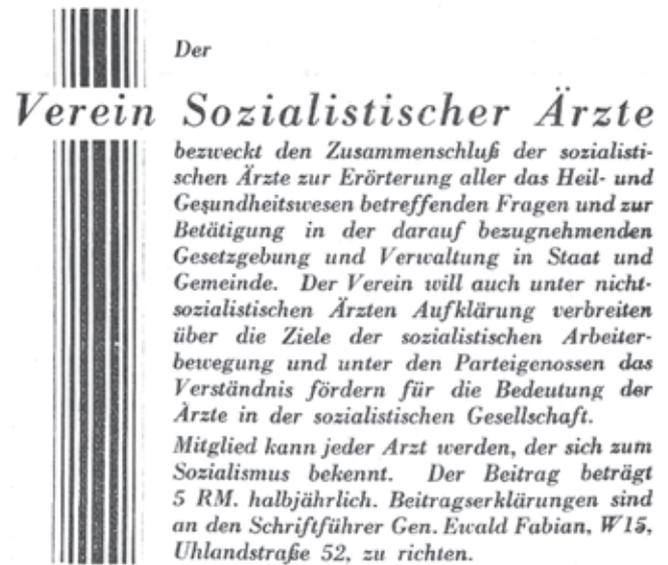
tel. Es geraten bei der Frage nach den Ursachen für diese Ungleichheit bei bereits graduellen Einkommensunterschieden andere Indikatoren als die individuellen Ressourcen in den Blick: die gesellschaftlichen Beziehungen insbesondere in Hinblick auf Macht und Autonomie. Der sozioökonomische Status, von dem in der Soziologie gesprochen wird, wenn gesellschaftliche Unterschiede benannt werden, ist keine rein ökonomische Differenz, sondern eine soziale Ungleichheit, die unter »die Haut« geht – im Sinne eines psychosozialen Umschlags in die Deformation des Leiblichen. Aus den individuellen Arbeits- und Lebensbedingung resultieren Machtbeziehungen, in denen restriktive Handlungsbedingungen, Zeitdruck, Stress, Angst und Demütigung graduell zu nehmen, je niedriger der sozialökonomische Status ist. (Vgl. Kühn 2018)

Für die soziale Verteilung der Gesundheitschancen und der Lebensdauer scheint gesellschaftlich kein ausreichendes Interesse zu bestehen. Der britische Medizinsoziologe Wilkinson versucht, die moralische Dimension der institutionalisierten Gleichgültigkeit drastisch zu verdeutlichen, wenn er die Ungleichheit der Lebenschancen »mit einem Regime vergleicht, das einen signifikanten Teil der Bevölkerung jedes Jahr ohne Grund hinrichten lässt«, und weiter schreibt Wilkinson: Die »soziale Ungleichheit der Lebenserwartung fordert noch weitaus mehr Opfer. Was würde man etwa zu einem Regime sagen, das willkürlich Bürgerinnen und Bürger

für die Anzahl von Jahren ins Gefängnis würfe, die dem Verlust an Lebensjahren entsprechen, der von den Menschen mit geringem sozioökonomischen Status erlitten wird?» (zitiert nach Kühn 2018, Wilkinson 2005, S. 18, Übersetzung Kühn).

Ein anderer ökonomischer Modus wirkt direkter als der medizinisierende Diskurs über Krankheitsursachen. Wenn Krankheiten benannt und zum Gegenstand großer Forschungsbemühungen werden, dann, um damit Profite durch eine verkaufbare Therapie oder Diagnostik zu erzielen. Anders ausgedrückt: Die kapitalistische Motivation ist es, Gewinne zu erwirtschaften – Werte zu verwerten. Die Forschung wird reduziert auf z.B. das enge Feld der pharmakologischen Therapien oder auf andere Gewinn-versprechende Interventionen. Unschwer erkennbar sind hier die Interessen der Pharmaindustrie und der medizintechnischen Industrie am Wirken. Es wird eine unmittelbare biologische, körperliche Wirkung angestrebt, entwickelt und umgesetzt auf der Grundlage der einfachen Anwendung von naturwissenschaftlicher Methodik. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der Biomedizin zu verstehen und zugleich zu kritisieren als biomedizinisches Paradigma. Die Folge dieser Orientierung ist eine Reduktion der Erkenntnisfähigkeit und eine Ausrichtung auf wirtschaftlich verwertbare Erkenntnisse. Ausdruck davon sind die strategischen Überlegungen der Pharmakonzerne, sich auf die Behandlung chronischer Erkrankungen zu konzentrieren. Infektionserkrankungen bedürfen häufig nur einer begrenzten Behandlungsdauer. So liegt es nicht im wirtschaftlichen Interesse der Industrie, HIV-Infektionen effektiv zu heilen, wohl aber diese lebenslang mit Medikamenten zu behandeln.

»Auch das enorme Maß der Exklusivität, in dem die Biomedizin für die Bearbeitung der Fragen von Krankheit und Gesundheit als »zuständig« angesehen wird, und die Selbstverständlichkeit, mit der dies der Fall ist, entspricht dem industriegesellschaftlich halbierten Rationalismus, der die Rückwirkung seiner Beziehung zu den räumlich-zeitlichen, sozialen und



Hier abtrennen und an die obenstehende Adresse zu senden!

Ausschnitt aus der Zeitschrift des Vereins  
 Sozialistischer Ärzte

ökologischen Grundlagen der Menschheitsentwicklung ignoriert« (Kühn 2013 JKM 49).

Komplexe Krankheitsmodelle mit Einwirkungsmöglichkeiten auf der psychosozialen Ebene werden marginalisiert. So bekäme keine sozialpsychiatrische Studie zu Möglichkeiten der besseren Krankheitsbewältigung im häuslichen Umfeld mehrere Milliarden Euro an Forschungsgeldern. In diesem Sinne ist es auch kritisch zu betrachten, wenn *Evidenz basierte Medizin* (EbM) missverstanden wird als Medizin mit einer bloß naturwissenschaftlichen Orientierung. Es wäre eine notwendige Aufgabe, eine wissenschaftliche Medizin zu entwickeln, zu der die Sozial- und Geisteswissenschaften ebenso gehören wie die Reflexion des eigenen Tuns – und andere Wissenschaften nicht als bloßes Anhängsel zu degradieren, wie es beispielsweise der Medizinsoziologie im Wesentlichen ergeht. Eine solche, in einem umfassenderen Sinn wissenschaftliche Medizin führte zu neuen wichtigen Erkenntnissen und diese gälte es dann, wirksam umzusetzen. Beispielsweise müsste in allen Ländern, in denen Kinder an den Folgen von Armut sterben, die Ursachen der Armut angegangen werden. Stattdessen werden teilweise großangelegte Impfkampagnen durchgeführt, was nicht per se falsch ist, aber als ausschließliches Handeln für sich eben doch, weil es keine

ursächliche Lösung darstellt. Die Lebenserwartung in Deutschland ist umso kürzer, je ärmer die Menschen sind. Allein die medizinische Versorgung der Ärmere zu verbessern, ist zu kurz gesprungen. Mehr Versorgung ist an sich sinnvoll, aber für sich genommen keine ursächliche Herangehensweise. Vielmehr kann solch eine Handlungsweise, bleibt sie im An-sich, als Medizinalisierung kritisiert werden.

Eine mögliche Gegenkonzeption ist eine biopsychosoziale Wissenschaft der Medizin. Es sollen mit diesem Begriff die wesentlichen Ebenen benannt und in ihrer Bedeutung prinzipiell gleichgestellt, wenn auch nicht gleichgesetzt werden. In diesem Sinne sollte die Medizin eine Wissenschaft sein, von der nicht vorher klar ist, welche Erkenntnisse sie erzielt bzw. welche Erkenntnisebene sie bedient, sondern sie sollte ergebnisoffen sein ohne Angst vor den Konsequenzen und Implikationen. In der Gegenwart ist dieser Ansatz, wenn überhaupt, mehr Anspruch als Realität. Im Wissenschaftsbetrieb dominiert nur ein analytisches Nebeneinander mit gegenseitigem Verweisen aufeinander.

## Bruchlinien innerhalb der aktuellen Medizin

Innerhalb des aktuellen medizinischen Wirkens bestehen heftige Dispute bezüglich der Ausrichtung der Wissenschaftlichkeit. Häufig wird festgestellt, dass wirtschaftliche Interessen sich verdeckt durchzusetzen versuchen. So ist in der pharmazeutischen Industrie zu beobachten, dass Studien, die negativ für den Verkauf oder die Zulassung sind, nicht veröffentlicht und andere Studien manipuliert und überinterpretiert werden. Es kommt zu direkter und versteckter Korruption.

Es gibt einen Disput über die Notwendigkeit vieler Operationen und anderer Interventionen am Körper. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sagte in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau am 17.03.2018 auf die Frage: »Internationale Vergleiche zeigen, dass in deutschen Kliniken

vergleichsweise viel operiert wird, die Kassen meinen, zu viel – und das aus Profitgründen. Was sagen Sie dazu?«, folgendes: »Die Kliniken werden intensiv vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Dabei stellt sich regelmäßig heraus, dass die Behandlungen fachgerecht durchgeführt wurden und auch medizinisch notwendig waren. Die Kassen können ihren Vorwurf also selbst durch die eigenen Prüfeinrichtungen nicht belegen.« Und weiter auf den Einwand der FR: »Befreundete Klinikärzte berichten allerdings auch, dass es Druck gibt, im Zweifel eher zu operieren«. Dazu Gaß: »Es gibt immer Grenzfälle bei der Frage, wie behandelt werden soll: konservativ, operativ, ambulant oder stationär. Wer einem Arzt vorwirft, ohne entsprechende Indikation operiert zu haben, muss dies auch belegen. Es wäre immerhin Körperverletzung, wenn ein Patient operiert wird, ohne dass es einen objektiven Behandlungsbedarf gibt. So etwas müssen wir uns nicht pauschal vorwerfen lassen.«

Hier werden, nahezu naiv, das ökonomische Interesse, die narzisstische Befriedigung und die unbewusste Motivation des Operators, des Interventionisten oder des Behandlers als inexistent erklärt. Realität jedoch ist: je mehr Chirurgen, umso mehr Operationen. So wird häufig der Bock zum Gärtner gemacht und die ökonomische wie die immanente (Fehl)-Motivation gezeugnet. Es gibt zahlreiche Beobachtungen und Studien, die das belegen.

## Kritik der Kritik

Den eigenen Standpunkt, die eigene Handlung zu kritisieren, ist Voraussetzung aller Kritik. Wie sich eine Ärzt\*in einer Patient\*in gegenüber verhält, zeigt, wie sie ihr Verhältnis zu sich und zur Patient\*in denkt: Ist der oder die Andere ebenfalls Subjekt und als solches zu behandeln oder ist der oder die Andere bloß Objekt der Behandlung? Wenn z.B. die Patient\*in zum Mittel des Gelderwerbs degradiert wird und somit als bloßes Objekt fungiert und nicht Zweck der Arbeit ist, wird sie auch nicht als Subjekt behandelt.

Zum anderen wird die eigene Eingebundenheit der Ärzt\*in in den gesellschaftlichen Zusammenhang, das eigene Leiden und das selber zum Objekt Werden verschleiert. So kann die Patient\*in ihr Gegenüber gleichfalls als bloßes Objekt behandeln. Die Funktion ist das Wesentliche dieser Beziehung und nicht die Begegnung. So entfaltet sich auf beiden Seiten eine Dynamik, die zu stereotypen Abgrenzungen führt. Die distanzierende und doppelte Objektivierung dieses Verhältnisses verhilft darüber hinaus zu einem instrumentellen Gebrauch der Medizin. Dies macht den hilfeschenden Menschen leichter zu einem Mittel der Verwertung, der Forschung, der Befriedigung des Narzissmus – und die Ärzt\*in zu einer subjektlosen Objektivierenden.

»Verantwortungsethisches Handeln, dem es nicht im Sinne eines moralischen Narzissmus nur um das schöne Gefühl des beim Handeln Mangelstsein geht, sondern um die Wirkung des Tuns auf das Objekt (hier den Patienten), muss das Selbst und das Handeln innerhalb dieser Situation reflektieren« und weiter heißt es bei Hagen Kühn: Ist »das Misstrauen aus der Perspektive der Versicherten auch darum verständlich, weil weiterhin die organisierte Ärzteschaft nicht die Ökonomisierung und ihre inhumanen Konsequenzen bekämpft, sondern die damit verbundenen Risiken und Nachteile in Gestalt drohender Statusverluste (durch Strukturveränderungen), Einkommensminderungen und ökonomischen Unsicherheiten« für sie selber. (Kühn 2004).

Die Vorstellung, dass die medizinische Versorgung allein als eine ordnungspolitische Aufgabe zu beschreiben sei, die den ökonomischen Prozessen gegenüber verschlossen bleiben sollte und nur staatlich geregelt werden dürfe, läuft Gefahr, eine rein voluntaristische Sichtweise zu reproduzieren und obendrein außer Acht zu lassen, dass auch der Staat selbst nicht ökonomisch neutral ist. Diese Kritik verkennt, dass die Medizin ein Teil der konkreten wirtschaftlich kapitalistisch organisierten Gesellschaft ist. So wird im Gesundheitswesen ein bedeutender Anteil des Bruttoinlandsprodukts erzeugt und

verbraucht: Die Gesundheitsausgaben betragen über 10% des Bruttoinlandsprodukts und die Zahl der Beschäftigten in diesem Bereich liegt bei über 5 Millionen! (Vgl. Knieps/Reiners 2015) Die Ausweitung der medizinischen Versorgung auf tendenziell die ganze Bevölkerung gehörte zum strategischen Klassenkompromiss, der im 19. Jahrhundert geschlossen wurde. Die Risiken der Einzelnen sollten verringert werden und im Gegenzug sollten sich diese möglichst widerstandslos der Produktion oder der Verwertung hingeben. Die Medizin ist zudem nicht vergleichbar mit ordnungspolitischen oder genauer staatspolitischen Aufgaben, wie die der Legislative, der Exekutive und Judikative. Deren Entwicklung ist maßgeblich durch die bürgerlichen Revolutionen und das Bemühen, andere als bürgerliche zu verhindern, zu verstehen und somit in anderen gesellschaftlichen und historischen Rahmen eingebettet.

Die 4. These vom *Sozialistischen Patientenkollektiv* (SPK) »Krankheit ist die Form, unter der ›Leben‹ im Kapitalismus allein möglich ist« (SPK, 1985), kann verstanden werden als Kritik an Entfremdung. Diese kann so weit gehen, dass es zu einem Umschlag in physische und psychische Erkrankungen kommt. In extremer Form als Verlust der persönlichen Integrität, Verelendung und Tod. Das SPK verstand Kranke als potentiell revolutionäres Subjekt, denn für sie ist die gesellschaftliche Veränderung eine Notwendigkeit. Das führt jedoch zum einen in die Irre, denn Kranke wollen, so weit möglich, ihr Leid mildern und genesen. Zum anderen wollen sie nicht als Kranke leben und nicht unter Krankheit leiden, sondern allenfalls als Menschen mit Leiden – so gut es geht – leben. Sich gesellschaftlich zu organisieren und Veränderungen herbeizuführen, setzt ein gewisses Wohlergehen voraus. Wir alle sind beschädigt in unserer menschlichen Entwicklung und unserer Existenz, körperlich wie psychisch, nur im Ausmaß unterscheiden wir uns darin. So gesehen heißt Gesundung oder Genesung, sich klar zu werden über die Ursachen, sich selber zu verstehen und die möglichen Veränderungen kollektiv herbeizuführen. Entfremdung ist ein all-

tägliches Phänomen. Heute wird Entfremdung als stummer Zwang der Verhältnisse empfunden, aber selten so benannt oder erkannt. Eher wird von Burn out, Angststörung, Depression oder psychosomatischen Krankheitsbildern gesprochen. Die darunter Leidenden erleben »ihre« Krankheit als schicksalhaft und nicht als gesellschaftlich bedingt. Aus der ehemaligen theoretischen Überhöhung der Entfremdung als quasi Kernmotivation für Emanzipation ist heute eine Begriffs- und Sprachlosigkeit geworden. Es gilt jedoch noch immer: Die Emanzipation als Aufhebung krank machender gesellschaftlicher Bedingungen führt zum Schwinden von Entfremdung.

Ein viel gehörter politischer Slogan ist, dass Gesundheit nicht zur Ware werden dürfe. Der Slogan von der Gesundheit als Ware führt aber zur doppelten Illusion der Gesundheit als Fetisch. Folgen wir der Definition: »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946), so wird die erste Schwierigkeit sichtbar. Eine so verstandene Gesundheit kann nicht zu einer Ware werden. Somit nährt der Slogan von der Gesundheit als Ware die Illusion, Gesundheit sei eine Ware und somit auch zu erwerben. Wer auch immer genug Geld habe, könne sich Gesundheit kaufen. Die moralische Position, dass arme Menschen sich Gesundheit nur nicht leisten könnten und dieses ungerecht sei, vergräbt die sozialen Ursachen und Bedingungen, die Krankheit erzeugen oder auch Krankheit zum Leid machen. Der Slogan entspricht und spiegelt zugleich den Wunsch nach einer verdinglichten Gesundheit, die käuflich zu erwerben ist – sei es bei Ärzt\*innen, im Fitnessstudio, bei Heilpraktiker\*innen oder im Supermarkt in Form von Gesundheit versprechenden Essens. Gesundheit ist kein Fetisch, wird aber tendenziell dazu gemacht – auch mit dieser unscharfen Kritik. Gesundheit ist keine Ware und kann so auch nicht getauscht oder eben erworben werden und sie ist kein Ding, sondern vielmehr ein umfassend bedingter Zustand.

Die Beschreibung, was Gesundheit sei, durch die WHO 1948 ist aber wiederum so weitgehend, dass diese auch als Ausgangsbasis für eine Medizinalisierung sozialer Probleme dienen kann. So ist es dann nicht die soziale Ungleichheit, die im Vordergrund steht, sondern die medizinische Behandlung der Folgen von Ungleichheit: »Bei Fehlen vollständigen Wohlergehens suchen Sie bitte Ihre Ärzt\*in auf.«

Emanzipationsbewegungen haben Gesundheit mit der humanistischen Perspektive individueller Entwicklungsfreiheit verknüpft oder dieser – darüberhinausgehend – noch eine gesellschaftliche Dimension gegeben in dem Sinne, dass »die freie Entfaltung eines jeden die Bedingung für die freie Entfaltung aller ist« (Marx/Engels: Manifest der Kommunistischen Partei, S. 482). Gesundheit ist dabei die Grundlage von freier Entfaltung. Gesundheit ist keine individuelle Verhaltenspflicht wie Krankheit keine Schuld ist. Sie ermöglicht ungehemmtes Leben und befähigt den Menschen, sich frei zu entwickeln. Soll Gesundheit realisiert werden, muss jedoch ihre Voraussetzung und ihre Einbettung in die gesellschaftliche Dynamik verstanden werden.

## Die kritische Kost

»So viel ist gewiß: wer einmal Kritik gekostet hat, den eckelt auf immer alles dogmatische Gewäsche, womit er vorher aus Noth vorlieb nahm, weil seine Vernunft etwas bedurfte und nichts Besseres zu ihrer Unterhaltung finden konnte. Die Kritik verhält sich zur gewöhnlichen Schulmetaphysik gerade wie Chemie zur Alchymie, oder wie Astronomie zur wahrsagenden Astrologie.« (Immanuel Kant: Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik die als Wissenschaft wird auftreten können, 1783, S. 366)

Mit Beginn der 68er Revolte ist die neue Kritik an der Medizin nach ersten Widerständen mit dem, was als repressive Toleranz bezeichnet wird, beantwortet worden. Kritik wurde größtenteils integriert und entschärft und führte zu

# DER SOZIALISTISCHE ARZT

**Monatsschrift des Vereins Sozialistischer Ärzte**  
 Publikationsorgan der I. V. S. A.  
 Geleitet von E. Simmel und Ewald Fabian

---

VII. Jahrgang Berlin, Juli 1931 Nummer 7

---

**Inhalt:**  
 Die Notverordnung / Resolution der Internationalen Konferenz zur Weltwirtschaftskrise / Die deutschen Gynäkologen und die Geburtenregelung, Julian Marcuse / Leitsätze zur Sozialisierung des Heilwesens, Arnold Holitscher / Arzt und Sozialversicherung, Gustav Hoch / Die Internationale Vereinigung Sozialistischer Aerzte (Vorläufige Richtlinien) / Die Karlsbader Tagungen / Begrüßung des Kongresses / Liste der Delegierten / Um den § 218. Rundschau: Scheuen / Sparsamkeit bei den Krankenkassen? / Kassenärztliche Honorare / „Anwälte der Armen“! / Eine Kulturfrage. Aus der sozialistischen Aerztebewegung / Bücher und Zeitschriften.

---

## Fanaletten

Schmerzstillendes Beruhigungs- und Schlafmittel / Ohne Nebenwirkungen.  
 Codein, phosph., Lactyl-p.-phenetidin, Dimethylaminophenazon, Bromisovalerianylharnstoff

O.-P., 6 Tabletten zu 0,5 p  
**RM 0.85**

---

## Rheuma-Sensit

**D. R. P.**  
 Antirheumaticum — Antineuralgicum.  
 Gleitmittel bei der Heil- u. Sportmassage.  
 Sparsame, saubere Anwendung.  
 Keine Hautschäden.

K.-P., Tube ca. 25 g RM  
 D.K.-P. Tube ca. 45 g RM  
**0.65 1.25**

**Sensit-G.m.b.H. Berlin SW48**  
 Proben und Literatur auf Wunsch



XIII. 249  
 -7. JUL. 1931

Ausschnitt aus der Zeitschrift des Vereins Sozialistischer Ärzte

einer Reformierung nicht nur in der Medizin, allerdings zum Preis des Ja-Sagens zu den Verhältnissen und zur Aufgabe der grundlegenden Kritik. Die Kritik wurde verwissenschaftlicht z.B. in der Medizinsoziologie. Der repressive Charakter der Toleranz wurde mit dem Scheitern der Revolte zunehmend überflüssig. Prinzipiellere Kritik wird als eine Art Metakritik toleriert, die eine Einrahmung herstellt. Die Affirmation des Bestehenden ist darin schon vorausgesetzt. So ist sie zugleich stabilisierend geworden. Teils dient sie einer Art Beschönigung, teils einer beschreibenden Operationalisierung zwecks besserer Planung in einem bevölkerungspolitischen

bzw. biopolitischen Sinne. Medizinsoziologie kann z.B. als Mittel instrumenteller Vernunft benutzt werden, um die medizinische Versorgung zu steuern und zu kontrollieren: Die Forschung über eine bestehende Fehlversorgung zöge die Qualitätssicherung medizinischer Maßnahmen nach sich. Die Ursachen der Fehlversorgung werden jedoch nicht ursächlich hinterfragt. So entstehen zur Steuerung betrieblicher Abläufe in einem gewinnorientiertem Krankenhaus Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Gewinne versprechen und nur ein Minimum an Einsatz erfordern. Es wird ein Mindestmaß an Qualität für alle Marktteilnehmer etabliert – eine Standardisierung, die typischerweise aus industriellen Bereichen bekannt ist.

Die eigene Verortung im Etabliertsein wird von den meisten nicht hinterfragt, während andere Akteure umso schärfer gezeichnet werden. Wenn der Ökonomisierungsprozess allein als Resultat eines Ökonomismus kritisiert wird, was in

den Begründungszusammenhängen der Hauptsache nach Ideologiekritik und erkenntnistheoretische Kritik bedeutet, werden die materiellen Zusammenhänge verkannt. Die notwendige Kritik am Kapitalismus und seinen Entwicklungen findet nur verkürzt statt. Sehr wohl ist es aber wichtig, sich im Klaren über die Dinge zu werden und die Konflikte und den Kampf um die Köpfe analytisch genau und wortgewandt zu führen, auch unter Zuhilfenahme der Ideologiekritik, der Diskurstheorie und der Erkenntniskritik.

## Perspektiven und Horizonte

Michael Marmot, international renommierter Sozialepidemiologe, schreibt 2004: »Autonomie, d.h. wie du über dein Leben selbst bestimmen kannst, sowie die Möglichkeiten zu gesellschaftlichem Engagement und zur Teilhabe sind entscheidend für Gesundheit, Wohlbefinden und Langlebigkeit«. (Zitiert nach Hagen Kühn 2018)

Dort, wo Menschen kapitalistisch handeln, dort wo kapitalistisch gedacht wird oder (mit Bourdieu gesprochen) Kapitalismus zum Habitus geworden ist, muss das benannt werden. Nur so kann sich eine Perspektive für einen Wechsel ins Emanzipative entwickeln. Die Bündnisse für mehr Personal in den Krankenhäusern sind Beispiele für emanzipative Kämpfe. Hier wird nicht für höhere Löhne agiert, nicht für ein größeres Stück Torte, sondern für menschlichere Arbeitsbedingungen und damit für eine bessere Versorgung der Patient\*innen. Gleichzeitig wird der abstrakte Wachstumszwang, dem Krankenhäuser seit ihrer kapitalistischen Ökonomisierung ebenfalls unterliegen, in Frage gestellt. Initiativen für eine Rekommunalisierung privatisierter Krankenhäuser laufen in eine ähnliche Richtung. So wie die Akteure im Gesundheitswesen mit der Ökonomisierung einen Transformationsprozess durchliefen und durchlaufen, so können sie auch einen Emanzipationsprozess durchlaufen. Evtl. beschleunigt ersterer diesen sogar. Die gesellschaftlichen Lösungen sind in ihren Ansätzen schon praktisch geworden und müssen nicht erfunden, sondern ausgebaut und weiterentwickelt werden. Die Fürsorge und die Vorsorge gelten dem Gegenüber und das nur in einem gemeinsamen Schaffen vieler. Krankheit

und Elend lassen sich am effektivsten auf gesellschaftlicher Ebene verhindern und beeinflussen. Ereilt uns Menschen doch Leid und Krankheit, was Ausdruck unserer Naturwüchsigkeit ist, so gibt es viele Möglichkeiten der Hilfe.

Die Instrumente der wissenschaftlichen Medizin sind vielfältig und in prinzipieller Art kritisch geprüft. Verfahren der Kritik sind entwickelt gegen den Widerstand der auf den Status quo beharrenden Interessengruppen. Eine mögliche emanzipative Ausstrahlung der Medizin liegt in der Erkennung und Benennung von Krankheitsursachen.

Eine selbstreflexive Entwicklung in der Medizin hat sich verstärkt. Neben dem Wirken auf gesellschaftliche Veränderungen hin, welches konsequent gedachte Medizin erfordert und meiner Überzeugung nach jede konsequente Wissenschaft, kann jede Akteur\*in heute anfangen oder auch weitermachen, an einer emanzipativen Medizin zu arbeiten und emanzipativ Medizin zu betreiben.

Anfänglich hatte sich in den Jahrbüchern für kritische Medizin, die seit Beginn der 1970er Jahre regelmäßig erscheinen, immer wieder eine emanzipative Sichtweise artikuliert und es wurden wichtige analytische Arbeiten geleistet bzw. veröffentlicht. Dazu Hagen Kühn 2013 im Jahrbuch für Kritische Medizin 49: »Implizit versteht kritische Medizin (KM) Kritik von Beginn an nicht im Sinne des (negativen) Urteilens, sondern als Teil gesellschaftsverändernder Praxis« und weiter: »Kritische Medizin ist einem emanzipatorischen Verständnis von Gesundheit verpflichtet und steht damit gegen den herr-

»Ein perpetuierlicher Arzt wäre eine Krankheit, an der man nicht einmal die Aussicht hätte, zu sterben, sondern zu leben. Mag das Leben sterben; der Tod darf nicht leben.«

*(Karl Marx: Die Verhandlungen des 6. rheinischen Landtags MEW 1, S. 59)*

schenden und praktizierten Gesundheitsbegriff ... Im Einklang mit dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand sieht KM die entscheidenden Voraussetzungen für gesundheitlichen Fortschritt, in der Stärkung sozialer Oppositionsbewegungen zur Humanisierung der Arbeits- und Lebensbedingungen, für Solidarität und erlebbare Demokratie.«

Es gibt einen transhistorischen Kern der Medizin, denn wir Menschen drohen stets zu erkranken und zu Leidenden zu werden. Daher ist die Medizin eine notwendige und somit sinnvolle Wissenschaft, die von mehr Menschen studiert und praktiziert werden sollte. Der Zugang sollte Jede\*r ermöglicht werden. Bei entsprechenden strukturellen Veränderungen wäre denkbar, dass wir schließlich immer weniger Ärzt\*innen benötigen.

Die Aufgabe besteht in der Gestaltung einer solidarischen und kooperativen egalitären medizinisch pflegerischen Versorgung. Das Solidaritätsprinzip muss ausgeweitet werden. Teamarbeit von Berufsgruppen und Fachrichtungen übergreifende Arbeit ist von Nöten. Entscheidungen sollten dort stattfinden und dort verantwortet werden, wo sie hingehören – in die unmittelbare Beziehung zum Patienten. Es sollte niemand zum Helden werden müssen, um den eigenen moralischen Ansprüchen gerecht zu werden.

Dieser Text ist ein kleiner Beitrag zur Widerständigkeit, zur praktischen Milderung und zur Überwindung der Ökonomisierungsprozesse. Ich habe kein übertriebenes Vertrauen in die Macht des Wortes und nicht den Glauben, dass Worte alleine Veränderungen erreichen. Diese

Haltung unterstellt Bourdieu zu Recht Teilen des akademischen Betriebes, aber nicht nur der akademische Betrieb ist für eine solche Haltung anfällig. Die vielen Quellen und die vielen Analysen zeigen, dass Worte allein nicht reichen.

Das Thema Emanzipation und Medizin füllt ganze Bibliotheken. Politische Aktivität in der Medizin ist vielschichtig. Sowohl die praktische Arbeit mit Menschen, die Hilfe oder Rat brauchen, als auch die theoretische Arbeit sind politisch. Es kann explizites oder implizites politisches Handeln sein. Kritik muss praktisch werden, da sie eine Antwort auf praktische Dinge darstellt oder in Marx' Worten in der 8. These zu Feuerbach »Alles gesellschaftliche Leben ist wesentlich praktisch. Alle Mysterien, welche die Theorie zum Mystizismus[us] veranlassen, finden ihre rationelle Lösung in der menschlichen Praxis und in dem Begreifen dieser Praxis«. (MEW 3, S. 7).

Das Gesundheitswesen unterliegt einer dynamischen Entwicklung. Es wurde und wird von denen, die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen, und von denen, die in ihm tätig sind, fortgesetzt die Erfahrung gemacht, dass die Versorgung nicht ihren Zweck erfüllt. Das Gesundheitswesen wird als bloßes Mittel genutzt – zu verschiedenen Zwecken. Es gehen im Moment zumindest in Deutschland keine positiven oder emanzipatorischen Impulse davon aus, wie es zu erwarten wäre, wenn soziale Bedingungen als Ursachen von Krankheit erkannt werden, wie es zu erwarten wäre, wenn es um das Wohl der Menschen geht, und wie es von einem Geschehen zu erwarten wäre, in dem tagtäglich so viel Solidarität praktiziert wird.

In diesen Zeiten ist es nur zu deutlich, dass die bisherigen Errungenschaften verteidigt werden müssen. Es haben sich neoautoritäre, reaktionäre, in Teilen völkische und religiös-identitätsstiftende Fraktionen formiert, die mit einem neuen völkischen bzw. religiösen Faschismus drohen. So ist der Kampf gegen diese Drohung

eine Selbstverständlichkeit, ohne die kein emanzipatorisches politisches Handeln auskommt. Die Verhältnisse scheinen sich zuzuspitzen und bedürfen einer Lösung. Mag es, insbesondere im Zuge der Aufarbeitung des Faschismus in Deutschland, den Eindruck einer historischen Bewältigung gegeben haben, so hat sich dieser Eindruck aktuell verflüchtigt. Eine internationale Dystopie erscheint realer als sozial fortschrittliche Entwicklungen.

Im Gesundheitswesen sind progressive Fortentwicklungen deutlich vor Augen und müssen erstritten werden. Sie müssen erstritten werden gegen die gedankenlose Affirmation des Bestehenden und gegen die Kumpanei mit dem Unrecht. Mehr Menschen müssen die Arbeit schultern. Der Mensch muss (wieder) zum Zweck werden und darf nicht Mittel der Wertsteigerung bleiben. Die Arbeit muss sich nach den Menschen ausrichten und nicht nach der abstrakten und konkreten Verwertbarkeit.

Ein Konzept aus den 1970er Jahren, in denen Veränderungen greifbar nah schienen, ist das des klassenlosen Krankenhauses. Es fordert »eine gleichberechtigte Kooperation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus, die Abschaffung der Ungleichbehandlung von Patient\*innen je nach Art ihrer Versicherung und die Einführung einer demokratischen, kollektiven Klinikleitung aus Ärzt\*innen, Schwestern oder Pflegern, Verwaltungsangestellten und Vertreter\*innen des Kreistags sowie Patientenvertretungen.«  
(Nadja Rakowitz 2017)

Die ambulante Versorgung wurde von Beginn an durch Gewinnbestrebungen geprägt. Heute zeichnet sich das Konzept einer interdisziplinär ausgerichteten Primär-Versorgung ab. Das bedeutet: Eine hausärztliche Versorgung gleichberechtigt mit Pflegenden, Physiotherapeuten, Sozialberatungen, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie Ernährungsberatungen und Pharmakologie u.a. leistet die primäre Versorgung. Die Ausbildung in allen notwendigen Berufen sollte nicht privat finanziert werden

müssen, wie es zurzeit der Fall ist. Eine speziellere Versorgungsebene kann in Zentren organisiert werden. In dieser Primärversorgung spielen Ärzt\*innen nicht die entscheidende Rolle, sondern die gemeinsame Versorgung steht im Vordergrund. Tätigkeiten sollten nur berufsgebunden bleiben, soweit es dafür evidente Gründe gibt. Die Haltung in der Primärversorgung sollte egalitär und fraternisierend sein. Es geht um einen umfassenden biopsychosozialen Ansatz, der die Menschen in ihrem Horizont versteht. So könnte die Primärversorgung beispielgebend wirken. Der Ungleichheit, die wie beschrieben auch Ursache für Krankheit ist, könnte so praktisch entgegengewirkt werden, anstatt – wie gegenwärtig – sie zu perpetuieren. Alle Menschen sollen nach den individuellen Erfordernissen behandelt werden und nicht nach ihrem Versicherungsstatus oder anderen ihnen zugeschriebenen oder tatsächlichen Merkmalen.

Die Entscheidungen, welche Inhalte die Arbeit erfüllen sollte, muss gesellschaftlich getroffen werden. Die Praxen, die Krankenhäuser und Universitätskliniken sollten denen gehören, die sie benötigen und die in

»Der Stein, den jemand in die Kommandozentrale des Kapitals wirft und der Nierenstein, an dem ein anderer leidet, sind austauschbar. Schützen wir uns vor Nierensteinen!«

*(Sozialistisches Patientenkollektiv SPK 1970)*

ihnen arbeiten, lernen und studieren. Von diesen sollten sie selbst verwaltet werden. So könnten dort die Entscheidungen fallen, wo sie anfallen – die Probleme dort angegangen werden, wo sie sich zeigen und es entstände die Möglichkeit, wenn nötig, auf die gesellschaftliche Ursachen zu verweisen.

Kai Uwe Helmers (16.12.2018)



*Robert Koehler: The Strike in the region of Charleroi, 1886 – © Gemeinfrei*

# Quellen

- Ullrich Bauer: Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld, in Jahrbuch Kritische Medizin (JKM) 44 – Geld im Gesundheitswesen, 2007, in: <http://www.jkmg.de>
- Winfried Beck, Nicht standesgemäß. Beiträge zur demokratischen Medizin, Frankfurt/M 2003
- Rainer Bobsin, Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 2017
- Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt/M 1987
- Hans-Ulrich Deppe, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, in: Strategien der Gesundheitsökonomie Hrsg. Heidrun Kaupen-Haas, Christiane Rothmaler, Frankfurt am Main 2000
- Hans-Ulrich Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. Auflage, Frankfurt/Main 2005
- Hans-Ulrich Deppe, Demokratische Medizin als soziale Bewegung. Thesen zur Entstehung und Ideengeschichte des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, hg. von vdää, Nr. 4/2016
- Wulf Dietrich, Der Deutsche Ärztetag – Liebe in den Zeiten der Cholera, vdää-Rundbrief, Nr. 2/2009
- Klaus Dörre, Landnahme, in: Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus, [http://www.inkrit.de/e\\_inkritpedia/e\\_maincode/doku.php?id=l:landnahme](http://www.inkrit.de/e_inkritpedia/e_maincode/doku.php?id=l:landnahme) Argument Verlag Band 8/1 2012
- Ursula Ebell: »Freudigst begrüßt... Entrechtung, Ausschaltung und Vertreibung der jüdischen und staatsfeindlichen Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus«, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, hg. von vdää, Nr. 4/2015
- Thomas Gerst: »50 Jahre Kassenarztrecht: ›... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen««, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 1. Juli 2005
- Wolfgang Fritz Haug: Was ist Ökonomismus, in: [http://www.wolfgangfritzhaug.inkrit.de/documents/Was\\_ist\\_Oekonomismus.pdf](http://www.wolfgangfritzhaug.inkrit.de/documents/Was_ist_Oekonomismus.pdf)
- Peter C. Götzsche, Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität, München 2013
- Robert Jütte / Wolfgang U. Eckart / Hans-Walter Schmuhl / Winfried Süß: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011
- Immanuel Kant: Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik die als Wissenschaft wird auftreten können, 1783
- Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785), Werke Bd. VII, Frankfurt/M 1956
- Franz Knieps / Hartmut Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland, Bern 2015
- Hagen Kühn, Aufsätze im Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (JKM) Nr. 27, 29, 34, 42, 44, 49 (Alle Beiträge bis auf den aus JKM 49 sind offen zugänglich im Archiv des JKM unter <http://www.jkmg.de>)
- Hagen Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Markt versus Solidarität, Hrsg. von Gine Elsner / Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller, Hamburg 2004
- Hagen Kühn, Auf dem Weg in die Postdemokratie, 2012, Arbeitsgruppe alternative Wirtschaftspolitik, unter <http://www.alternative-wirtschaftspolitik.de>
- Hagen Kühn, Überlegungen zu einer Politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik, 2018
- Hagen Kühn, Kritische Medizin, in: Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus, HKWM 8/I, Berlin 2012
- Karl Marx/Friedrich Engels Werke, <https://marx-wirklichstudieren.net>
- Angela Misslbeck, Ärzte unterm Hakenkreuz, Ärzte Zeitung 30.03.2011
- Nadja Rakowitz, Gesundheit ist eine Ware, Mythen und Probleme des kommerzialisierten Gesundheitswesens, 3. Auflage, hg. von Rosa Luxemburg Stiftung, 2017, unter: <https://www.rosalux.de/publikation/id/6940/gesundheit-ist-eine-ware/>
- Nadja Rakowitz, Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens, unveröffentlichter Text 2006
- Nadja Rakowitz, Zur Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital, 2010
- Volker Roelke 2017 Vom Menschen in der Medizin
- Manfred Schnabel / Alexandra Manzei, Bilanzieren, kalkulieren, konkurrieren. Konsequenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, in Jahrbuch Kritische Medizin (JKM) 51 – Kritik, 2017, in: <http://www.jkmg.de>
- Das Geschäft mit der Krankheit, Artikel Serie, Der Spiegel 1972
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und eine Sammlung von Argumenten u.v.m.: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de>
- Sozialistisches PatientenKollektiv \_ SPK, aus der Krankheit eine Waffe machen, Vorwort J.P. Sartre, 5. Auflage Heidelberg 1985
- Erich Wulff: Der Arzt und das Geld, in: Das Argument 69, 13. Jahrgang, Berlin 1971

# Gute Medizin braucht Politik

## Wider die Kommerzialisierung der Medizin

### Junge Ärzt\*innen im vdää

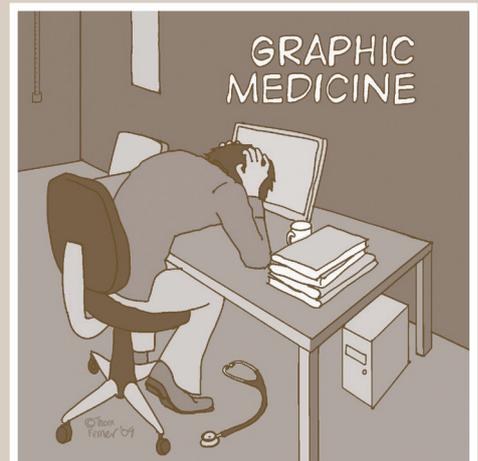
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige/r« Ärzt\*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

### Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient\*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt\*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Standesvertreter\*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

[www.vdaae.de](http://www.vdaae.de) | [www.facebook.com/vdaae](https://www.facebook.com/vdaae)