

## Patientin im neoliberalen Krankenhaus

Die Krise im Gesundheitsbereich kündigt sich zuallererst als eine Art Erdbeben in der gewohnten Versorgung an. Zwar lagen deren Mängel lange schon auf der Hand, wie ebenso lange schon Kritik geübt und auf Veränderung gedrungen wurde. Aber dies kommt unter der Lawine jetzt eben nicht zum Zuge, sondern droht so gänzlich erstickt zu werden, dass schon das Denken bisherigen Reformverlangens als Wahn schnellstens beiseitegeschoben werden muss. Hoffnungen auf bessere Versorgung der Patienten, weniger Überstunden von Ärzten und Pflegenden, eine bessere Ausstattung der Krankenhäuser, eine Reduzierung der Krankenkassenbeiträge und schließlich die Konzentration auf eine allgemeine Basisversorgung aller, die vor allem präventiv vorgeht, verschieben sich unter den allgegenwärtigen Kürzungen, Einsparungen, Verknappungen, Privatisierungen, Schließungen ganzer Versorgungskomplexe zu einer großen Fluchtbewegung mit dem Stoßgebet: »Heiliger St. Florian, verschon dies Haus, zünd andere an.«<sup>31</sup> Unter den Trümmern des Abbaus im Gesundheitswesen vermodern die Hoffnungen ganzer Generationen von Arbeitenden im Gesundheitsbereich. Die neoliberale Wende, die Orientierung am Markt, hat zuletzt auch die therapeutischen und Pflegebereiche erfasst, die zuvor vom eigenen Anspruch her nicht oder wenigstens kaum als Warenbeziehungen verstanden wurden.<sup>32</sup> Eine besondere Schärfe kommt in die Arzt-Patient-Beziehung durch die Einführung der vom Patienten zu zahlenden Gebühr pro Besuch. Damit die Einzelnen den Arzt nicht etwa als barmherzigen Heiler oder gar Seelsorger missverstehen, wird man direkt zur Kasse gebeten wie bei einem Einkauf im Warenhaus. Voller Triumph wird berichtet, dass die Häufigkeit der Arztbesuche schon in den ersten vier Monaten nach Einführung der Gebühr um ca. 10 Prozent zurückgegangen ist. Ungefragt bleibt, ob die Menschen gesünder wurden, ob nur »unnötige« Besuche wegen der Kosten unterblieben oder ob die Einzelnen jetzt erst später den Arzt aufsuchen werden, wenn die Folgen unter Umständen schlimmer und teurer sind.

31 Eine exemplarische Einsicht ermöglicht das Studium des Kampfes um das Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin-Steglitz und schließlich der Restrukturierungsplan für die Berliner Universitätskliniken von 2002.

32 Es sei an dieser Stelle nicht diskutiert, dass die Aussetzung von Tauschbeziehungen durchaus nicht alle Gesundheitsarbeiter in gleicher Weise betraf – so selbstverständlich nicht die Arzneimittelhersteller, aber auch die Ärzte in sehr viel geringerem Maße als das Pflegepersonal (vgl. Wulff 1971).

### *Außensicht – Der Patient als Kunde*

Im Ab- und Aufschwung des Gesundheitswesens tritt allerdings einer der Akteure seltsam gestärkt hervor: der Patient im Krankenhaus<sup>33</sup>. Aufgestiegen vom Objekt und Opfer in den Subjektstatus von Selbstverantwortung, atmet der neue Patient die freie Luft der selbstbestimmten Aktivität. Krankenhaus, das bedeutet nicht länger Beaufsichtigung, Kontrolle, Verwahrung, Paternalismus. Der neue Patient wird Gast in einer Art Hotel, in dem ihm die vorherigen Überwacher ebenso zu Diensten sind, wie die allmächtigen Ärzte demütig auf seine Nachfrage nach ihnen zu hoffen scheinen. So wenigstens liest sich das Inserat, das den Patienten in das neue Arrangement verführt. Dass er krank ist, spielt daneben keine so große Rolle, denn er kann ja lernen, seine Krankheit als ein Begehren aufzufassen, das er durch Wahrnehmung der angebotenen Dienste befriedigt. Folgen wir dem Kunden und König in die inzwischen marktangemessen gestalteten Flure bis in sein Zimmer und an sein Bett.

### *Innensicht<sup>34</sup>*

Szene 1: »Diese Tablette wirkt sofort!«, erklärt die Schwester im Ton zwischen Drohung und Trost. »Nein«, entgegne ich und versuche, die Enttäuschung in meine Stimme zu bringen, die ich empfinde, »ich bekam sie ja schon gestern Abend, und sie hat nichts gebracht.« – »Sie haben sie nicht schon gestern Abend bekommen«, herrscht mich die Schwester jetzt schon ungeduldig an. »Doch«, wehre ich mich, »dies ist meine zweite.« Die Schwester wird jetzt zornig, ist aber großzügig genug, noch einmal auf ihr Patientenblatt zu sehen. »Hier steht es doch! Die Tablette wurde erst heute Morgen angesetzt!« – »Aber ich schwöre, ich habe sie gestern Abend von der diensthabenden Stationsärztin bekommen.« Defensiv schlage ich einen Rechtfertigungston an, der sich selbst für mich schulmädchenhaft und also unangemessen anhört. Ich signalisiere zudem Bedeutung durch locker eingestreute Namen und Titel und merke es. Meine Worte klingen dennoch kleinlaut. Die Schwester dreht sich energisch um und verlässt schnell das Zimmer. Die Schritte verlieren sich, und die zufallende Tür erstickt meine gestammelten hilflosen Erklärungen, dass und wie ich doch am Abend vorher an die Tablette gekommen war, die nicht half. Ich habe mich geküm-

33 Es lohnt sich, darüber nachzudenken, dass die vereinheitlichende politisch korrekte Benutzung der Wörter, die mich hier zwingen von Patient und Patientin zu reden, die gemeinte Aussage, das Pathos der Neuordnung einer ganzen Akteursgruppe, weitgehend lächerlich machen und also zerstören würde.

34 Die folgende Darstellung folgt eigener Erfahrung im von oben revolutionierten Universitätsklinikum Benjamin Franklin.

mert, und es ist mir nicht zum Nutzen geraten. Die Einmischung gegen die bekannte Tablette bescherte mir noch mehr Verlassenheit, als ich sie ohnehin in dieser Krankenhausausgeliefertheit empfinde.

Fast unbemerkt haben sich in diese Szene schon Dimensionen des Neuen eingeschlichen: eine beinahe heimliche Verschwörung zwischen der Patientin und der Ärztin am Abend, welche, die Schwestern übergehend, etwas tut, das sie für nützlich hält, dies ohne Nachweis und Bericht, das heißt ohne einen bestimmten Instanzenweg einzuhalten. Aber auch die Schwester befindet sich schon auf dem Weg ins Neuland, denn sie kommt nach diesen Äußerungen von Unmut und Unglauben einfach nicht wieder – soll doch die Patientin selber sehen, wie sie jetzt zurechtkommt. Die Chance, die Tablette zu erhalten, ist vertan.

Szene 2: Jetzt sind es schon zwei Tage, seit man den Operationskatheter aus mir, aus meiner Blase entfernte, und immer noch will es mir nicht gelingen, mehr als einige wenige Tropfen aus mir herauszupressen. Langsam steigt Panik in mir hoch. Ich suche in meinem Gedächtnis nach Fallgeschichten, in denen schon einmal jemand an übervoller zugenähter Blase geplatzt ist. Es wollen sich keine einstellen. Als zwei Ärzte eintreten, bin ich inzwischen so mürbe, dass ich nicht wie sonst die Visite mit launigen Sprüchen zu unterhalten suche, sondern das Gespräch tatsächlich auf meinen Körper lenke. Obwohl mich niemand danach gefragt hat, höre ich mich verlegen den Satz sprechen: »Ich kann kein Wasser lassen – vielmehr nur wenig, nur ein Rinnsal«, stottere ich hinterher und versuche, die Frage unauffällig zu machen.

Der Oberarzt legt mir begütigend eine Hand auf den Arm, dann auf die Schulter. Diese Geste, die ich in meinem gewöhnlichen Leben als zudringlich zurückweisen würde, hat in diesem Zusammenhang den merkwürdigen Effekt, mich zu trösten. Wenigstens in dem Teil meiner Person, der sich von meiner Alltagsperson abzuspalten beginnt und kindlich nach Schutz und Hilfe sucht. Dankbar und erleichtert höre ich seine Worte, dass ich nämlich Geduld haben müsse, dass nach einer solchen Operation eben alles in Unordnung sei und später einfach wieder in Ordnung komme.

Beschämt, dass ich wegen nichts ein Aufheben gemacht habe, aber auch unsäglich erleichtert sinke ich zurück ins Bett – alles wird mit der Zeit.

Bis zum Mittag habe ich mich in einen Zustand mittlerer Hysterie hineingesteigert. Ich beobachte, dass ich es tue, und kann nichts dagegen unternehmen. Ich humpele unaufhörlich ins Bad und versuche, etwas Wasser aus mir herauszupressen. Wie eine leckte Dachrinne betätigt sich mein Körper; kleinlich spart er auf, was ich großzügig oben in ihn hineinschütete. Es kommt mir vor, es wäre besser, ihm nichts mehr zu trinken zu geben. Endlich ist Nachmittag.

Erst als die Tür für die zweite Visite aufgeht, merke ich, dass ich genug

Mut gesammelt habe, um einen neuerlichen Vorstoß zu wagen. Diesmal versuche ich es mit Autorität und wechsele daher das Pronomen. »Wir müssen etwas tun. Ich trinke mindestens viermal so viel, als wieder herauskommt, vielleicht mehr.« In diesem demokratischen Konsilargespräch, in dem ich an der Seite des Doktors Maßnahmen zu ergreifen vorschlage, kann er nicht mehr auf die väterliche Beruhigungsgeste zurückgreifen. Er versucht es zu meinem Erstaunen auch gar nicht, sondern wendet sich sofort zur einzigen Schwester, die stumm und unauffällig hinter ihm steht: »Wir müssen eine Restharnbestimmung machen – mit Ultraschall.« Ich schrecke ein wenig zurück vor dem Erfolg meiner angemäßen und doch ganz inkompetenten Autorität. Sollte es jetzt doch etwas Ernsteres sein und nicht abzuwarten mit Geduld? Oder habe ich etwas herbeigerufen, das ich besser vermieden hätte? Immerhin, Ultraschall ist weder ein Katheter noch Röntgen und, soviel ich weiß, harmlos und schmerzlos. Aber wieso Restharn, wo die Hauptsache noch gar nicht da war? Ich atme zögernd aus; unsicher-zufrieden, ob ich meinen Körper und damit mein Schicksal in richtiger Weise in die Hand genommen habe, lege mich zurück und warte.

Nach etwa vier Stunden, durchbrochen von schweißüberströmten Versuchen meinerseits, durch irgendwelche Verrenkungen dem Leib etwas Flüssigkeit abzurufen, kommt eine mir ganz unbekannte Schwester – aber das will nicht viel sagen, schließlich arbeitet man hier im Dreischichtbetrieb und dann jeweils zu dritt, und ich bin erst einige Tage hier. Sie blickt mich kurz an, nickt und sagt: »Ich komme Sie jetzt katheterisieren.« – »Nein!«, rufe ich entsetzt, denn ich bin jetzt fest davon überzeugt, dass ein solcher Rückfall in die Zeit direkt nach der Operation vermutlich den mühsamen Aufbauprozess zunichtemachen, das kleine Rinnsal gänzlich zum Versiegen bringen muss. Die Schwester sieht mich an, zuckt die Achseln und wendet sich zur Tür. Verschwindet. Ich warte. Die Tür geht wieder auf – Betten machen, Fieber messen, Blutdruck, Puls, Essen – es ist ein ständiges Kommen und Gehen. Ich beginne, daran zu zweifeln, ob der Professor wirklich Ultraschall gesagt hat. Fast habe ich den Klang noch im Ohr, aber vielleicht ist es Wunschdenken. Ich traue mich nicht, noch einmal nachzufragen, möchte nicht aufdringlich sein, nicht zu viel Aufheben machen, und vielleicht ist es ja auch nicht so wichtig. Ja, es muss eigentlich unwichtig sein, da ja niemand mehr kommt.

Und obwohl es mir inzwischen nicht mehr so schwerfällt, selbstverständlich über Harnabgang, Stuhlgang, Scheidennähte und was immer auftritt zu sprechen, ja obwohl es mir inzwischen sogar gelingt, ohne äußerste Anspannung mich nackt und mit gespreizten Beinen den Schwestern und Ärzten zu präsentieren, bleibt da die ständige Hoffnung, es müsse die Aufmerksamkeit nicht dorthin gelenkt werden, sondern ich könnte etwa, wenn schon über meinen Körper, dann über etwas weniger Peinliches sprechen,

über Krebs zum Beispiel, der wenigstens weiter oben war. Ich rufe mir die Stimme der Beruhigung zurück, dass Geduld ausreiche. Außerdem weiß ich ja nicht wirklich, ob es nötig, gut oder übertrieben ist, mich überhaupt um das Wasserlassen zu kümmern, schließlich hatte mich ja tatsächlich niemand danach gefragt, was musste ich mich also einmischen?

Die Beschwichtigung will keine Dauerwirkung haben. Darunter meldet sich in immer kürzeren Abständen rastlos die Frage nach der Blase und ihrer unablässigen Füllung ohne nennenswerten Abfluss. Hat man nicht doch schon einmal gehört, dass Blasen platzen? Müsste ich aber dafür nicht eigentlich einen stets stärkeren Druck spüren, bevor so etwas geschieht? Gibt es einen Zeitpunkt, an dem es zu spät ist? Vergeblich suche ich in meiner Erinnerung nach alternativen Blasengeschichten, die mir erzählt wurden, aus denen ich Beruhigung ziehen könnte, und finde keine. Es wird Abend und ich kann mich nicht mehr auf mein Buch konzentrieren. Sollte, müsste ich etwas tun? Und falls ja, was?

Da geht die Tür auf und zu Besuch kommt die Ärztin, die vor nunmehr sieben Monaten auf dieser gleichen Station bei der Krebsoperation für mich zuständig war. Wir begrüßen uns freudig, und es ist klar, dass alles – Politik, das Wetter, die Weiterbildung, die Krankenhausreform – Gesprächsgegenstand sein könnte, nicht aber mein Körper oder mein derzeitiger Zustand, denn schließlich gehört sie nicht zur Station, hat also auch ein Recht, nicht stets im Dienst zu sein und überhaupt. Vor meinem geistigen Auge ziehen ganz kurz diese mir überaus peinlichen Szenen vorbei, in denen irgendjemand, zumeist eine Frau, kaum dass offenbar wird, der Gesprächspartner habe etwas mit Medizin zu tun, mit lauter Stimme sämtliche Krankheiten, Operationen, Befindlichkeiten bekannt gibt und so die gesamte Szene aus einem möglichen menschlichen Gespräch, ja vielleicht sogar aus einer sinnlichen Nähe, in eine Anatomielehrstunde verwandelt, in der man sich Körperöffnungen und nicht funktionierende Teile vorstellen muss statt Personen, mit denen man gemeinsam ein Projekt haben könnte. Gerade weil mir der Impuls, jeden Wissenden um Rat zu fragen, wo ich unwissend bin, auch nicht fremd ist, versuche ich mich positiv zu unterscheiden. Ich werde das nicht tun, ich möchte zu dieser Ärztin, mit der mich fast so etwas wie eine leichte Freundschaft verbindet, nicht ein banales Arzt-Patient-Verhältnis haben, was in diesem Fall zudem eine Verständigung über Ausscheidungen und deren Unmöglichkeit wäre. Nach dieser überlegenen Entscheidung, die die Situation klärt, ergreife ich das Wort und höre mich zu meinem Entsetzen klar, wenn auch betont mit etwas knappen und nüchternen Worten eine Klage über die Behinderung beim Wasserlassen und den nicht erfolgten Ultraschall sprechen. Ich bin so erschrocken über mich, dass ich nicht erkennen kann, ob sie befremdet ist oder ablehnend oder zugewandt. Aber sie sagt ohne Zögern: »Das können wir doch schnell

jetzt machen«, erhebt sich und wir wandern auf die entsprechende Station, schreiten lustig aus wie verschworene Backfische, wobei sogar mein Humpeln gewollter Teil eines Spiels zu sein scheint. Auf der Ultraschallstation ist schon alles verlassen, die Türen zu, da hätte ich lange warten können. Aber sie hat einen Schlüssel, schaltet das Gerät an, streicht eine Art Gelee auf meinen Bauch und fährt mit dem Ball hin und her, bis das beste Bild auf dem Bildschirm erscheint. Natürlich mehr als drei viertel voll, zeigt sich die Blase deutlich und dunkel vorhanden. Ich fühle eine Art Triumph, weil damit klar ist, dass ich mich zu Recht gesorgt habe und weder eine Querulantin noch eingebildet krank bin. Wir wandern zurück und sie bespricht mit mir ein Medikament und die Notwendigkeit sicherzustellen, dass bei so viel Restharn keine Infektion aufgetreten ist. Letzteres dauert ein wenig, und mir vergeht der Triumph, als diese Frage mit Ja beantwortet werden muss – »ein dicker Befund« – und wieder einmal Antibiotika angesetzt werden.

Unter allen Problemen schält sich aber nun das Wichtigste heraus: Wie erklären wir dem Oberarzt diese Einmischung der Ärztin von einer anderen Station? Das »wir« stärkt mich, und ich bin bereit zu lügen, erfinde, dass sie mich in Schmerzen gekrümmt vorgefunden habe und Erste Hilfe leisten musste. Sie ist sehr jung, so wischt sie solche Jugendstreichche schnell beiseite: »Ich werde es ihm einfach sagen.« Die Selbstverständlichkeit des Sich-Kümmerns macht, dass ich mich ausgeliefert fühle, sobald ich daran denke, dass sie am nächsten Tag für eine Woche verreist. Ich nehme ihr das Versprechen ab, dass sie einen weiteren Arzt, der bei der Operation dabei war, für mich zuständig macht, ihn verpflichtet, ein Auge auf mich zu haben, und so gehe ich doch schließlich gestärkt und mit dem Bewusstsein, nun schon auf dem Wege rasanter Besserung zu sein, ins Bett und schlafe erstmals vier Stunden hintereinander.

Am nächsten Tag erscheint der Oberarzt und runzelt sogleich seine Stirn. So inseriert er Besorgnis, dass ich so viel »Restharn« habe. Ich habe Angst und bin daher ohne Widerstand, als er einen Katheter befiehlt und dem ansonsten unsichtbaren, hinter ihm gehenden eigentlichen Stationsarzt, der jetzt neun Tage nach der Operation noch nicht ein einziges Mal nach mir gesehen hat, erklärt, dass die diensthabende Nachtärztin die Sache am Abend zuvor in die Hand genommen habe, und kritisch in meine Richtung bemerkt, dass da jetzt endlich etwas geschehen müsse. Diese Orientierung auf den Stationsarzt als möglichen Schuldigen kann mich nicht ganz von meiner Mitwirkung an der Schuld, ungebührlich krank zu sein, befreien. Ich habe tatsächlich ein schlechtes Gewissen bzw. zwei: eines, weil ich nicht ordentlich funktioniere, ein anderes, weil ich mich selbständig gemacht hatte, also auch nicht wirklich als Patientin in Ordnung bin. Ich habe versucht, den Erwartungen des Oberarztes zu genügen und geduldig zu sein,

wo er Geduld empfahl. Ich musste meinen Körper in seine Hände geben, also muss ich ihm eigentlich folgen, damit er mir diesen Körper wieder so überlässt, dass ich nicht dauernd auf ihn achten muss, gewissermaßen von ihm wieder entlastet bin. Aber wie kann ich seinen Erwartungen folgen, wenn er sie nicht ausspricht – und wenn doch, ich sie nicht mit meinem Körperempfinden in Gleichklang bringen kann? Patientin sein, so dachte ich, heißt doch auch Aufgabe von selbstbestimmter Aktivität zumindest in allen Punkten, die meinen Körper betreffen, und insofern Gehorsam, Anerkennung von fremder Autorität.

Aber langsam lerne ich, dass diese Einstellung zu mir als Patientin einer alten Krankenhausordnung angehört. Die von mir lange verinnerlichte Vorstellung besagte, dass ich als Patientin nichts zu sagen habe und stattdessen weißgekleidete (zumeist) Männer über mir stehen und über meinen Körper sprechen, als hätte meine Seele ihn längst verlassen und vor allem, als sei es nicht wichtig, was ich davon weiß, sondern ich einzig Anordnungen folgen, Pillen schlucken, Spritzen ertragen, Nacktheiten ausstellen, Katheter, Klistiere oder sonst etwas in mich eindringen lassen müsse und ansonsten abzuwarten und anzunehmen hätte, dass alles in guten Händen sei, also Vertrauen zu haben.

Auf tritt stattdessen das mündige Patientensubjekt – verantwortlich, selbstbewusst. Schließlich ist es Eigentümer seines Körpers, ja es ist für ihn zuständig, hat das integrierte Wissen über ihn, befindet sich in der Position eines Managers, einer oder eine, die ihren Körper als Unternehmen führt.

Ich treffe den leitenden Oberarzt auf der Treppe, gerade als ich mit dem eigenmächtig geborgten Arzt von der anderen Station ein nächstes Mal zum Ultraschall gehe – übrigens wieder mit einem sehr entmutigenden, ja noch schlechteren Ergebnis für mich, was mich allerdings nicht in dem Maße stört, weil es meine Gabe ist in einem Geschäft, in dem auf der anderen Seite steht, dass ich Ausnahmebedingungen bekomme. Allerdings muss ich sie selbst organisieren. So bin ich wieder doppelt gefordert: als eine, die die in lauter Spezialzuständigkeiten auseinandergelegten Teile ihres Körpers selbstbewusst zusammenfügt und an die entsprechenden Stellen Fragen und später Auskünfte leitet, und als eine, die die dafür nötigen Symptome und Beschwerden in einem so ausreichendem Maße produziert, dass sie berechtigt ist, die einzelnen Stellen selbsttätig anzulaufen. Für beides brauche ich eine Kompetenz bzw. zwei, die ich nicht besitze. Die eine verlangt, dass ich einen medizinischen Schnellkurs absolviere, um die Zeichen richtig zu lesen, zuzuordnen und mich auf den Weg zu machen, die andere, dass ich die alte Subalternität vergesse und mich nicht länger schuldig fühle, nicht genug Schmerz zu erleiden, dem Tod nicht nahe genug zu sein, weil ich rechtfertigen können muss, dass ich um Hilfe suche. Diese doppelte Aufgabe verlangt von mir eine wesentliche Verwandlung. Der einzige Weg, sie

zu erreichen, scheint eine Übung in Darstellung zu sein, Darstellung ohne Rechenschaft und Rückbezug auf etwas, das mich und meinen Körper, der erkrankt ist, wirklich betrifft. Ich muss kundig über meinen Körper sprechen und ihn lesen können, ohne wirkliche Kenntnisse zu besitzen, und ich muss die ausreichenden Symptome darstellen können, einen Eindruck vermitteln, der die einzelnen Experten aus dem Medizinbereich in Bewegung setzt. Da aber mein Körper wirklich krank ist, wird das Ganze zu einer Übung auf einem Seil. Diese Beweglichkeit ist wiederum doppelt nötig, denn das neoliberale Krankenhaus – das heißt eins, dem das Wasser bis zum Hals steht, was Stellen, Ressourcen, Finanzierung angeht – setzt als eine der Strategien den Patienten frei. Schluss mit Bevormundung, Kontrolle, Verfügung, aber Schluss auch mit der umfassenden Sorge – der erste Schritt heißt Vernachlässigung. In den Nischen dieser Entlassung müssen eigene Entwürfe, Spielräume, Bewegungen gestaltet werden – sie aber brauchen Kompetenz. Zugleich ist diese Kompetenz auch dringlich gefordert, um die vielen Lücken zu überbrücken, die die Räumung der Krankenhausstruktur von Ärzten und Pflegepersonal bedeuten. Niemand mehr, der den ganzen Patienten beaufsichtigt, heißt auch, niemand mehr, den es ganz kümmern würde oder könnte. Die Konsequenz ist, dass der Patient gefordert ist, sich die notwendige Pflege, Medikation, Termine, fachkundigen Rat selbst zusammenzustellen wie ein Menü auf einer Speisekarte. Er muss sich anstrengen, den Experten, auf die er trifft, einen Vorschlag abzurufen und ihn zu notieren – etwa ein Medikament –, was sonst keiner mehr tut, denn der Arzt kommt jetzt zumeist allein; der lange Schwarm von mitschreibenden Assistenten und Schwestern aus früheren Zeiten ist nur mehr blasse Erinnerung. So schreibt man als Patientin eilig auf, was man versteht, und überwacht, wenn möglich, die Einhaltung, bereit, einen Aufstand zu inszenieren, wenn es nicht klappt. Dafür braucht es den Eigensinn, der zumindest mir abgeht, sich Krankheit wirklich zuzugestehen, gegen vorherige Haltung sich ernst zu nehmen, den Mut, sich wichtig genug zu finden und den Weg zu verfolgen, allerdings auch das Vertrauen, dass der Rat gut war, und wiederum Kompetenz und Intuition, wenn es zwischen entgegengesetzten Ratschlägen, die wiederum unverbunden miteinander erteilt werden, auszuwählen gilt. Soll man den älteren Erfahreneren trauen oder eher den Jüngeren, die sich vielleicht in neuerer Forschung auskennen, oder einfach den Sympathischeren? Autorität wird abgebaut – zugunsten eigener Scheinautorität. Aus passiven Subalternen werden aktive Manager ihrer selbst, allerdings ohne einen Weg zu sich zu finden, was immer das sein mag.

Ich komme zu dem vorläufigen Schluss: Der neue neoliberale Patient braucht die Fähigkeiten eines Hochstaplers oder eines erfolgreichen Lottopspielers, der zugleich weiß, dass sein Leben davon abhängt, dass er auf die richtige Zahl gesetzt hat.

## Die Schwestern

Bisher konnte man den Eindruck gewinnen, die Schwestern seien entweder weitgehend verschwunden oder zumindest ganz auf wenige Handgriffe konzentriert, depersonalisiert. Tatsächlich hat sich das Schwesternverhalten nach meinen Erfahrungen radikal verändert. Autoritäre Fürsorge ist ganz offensichtlich der Darbietung von Handreichungen gewichen, die eilig in die Zeit gepresst werden. Es ist unübersehbar, dass die Schwestern keine Zeit haben, dass ihre Anzahl zu gering ist, dass sie in nach Leistung bemessenen Pflegeminuten schwierig neue Identität bestimmen.

Ich bin frisch operiert und erfahre die Schwestern zunächst als unfreundlich und höre, dass diese Station dafür berüchtigt ist. Insbesondere eine nicht ganz junge Schwester<sup>35</sup> wirkt auf mich dermaßen abweisend, dass ich versuchen muss, diese Haltung zu ergründen. Ich frage sie also beim Bettenmachen, eine Arbeit, die zwar nur Minuten dauert, aber lang genug, dass man, im Unterschied etwa zum Pulszählen oder Fieberthermometerablesen, überhaupt zwei bis drei Sätze unterbringen kann, wie sie eigentlich die Änderungen im Gesundheitssystem betreffen. Es hört sich ein bisschen wie eine soziologische Umfrage an, aber ich weiß nicht, wie ich sonst herausbekommen kann, warum sie so eisig ist, und außerdem habe ich mir tatsächlich vorgenommen, die Neoliberalisierung des Gesundheitssystems hier vor Ort mit allen Beteiligten zu studieren. Sie schweigt einen Moment, sieht mich, ohne eine Miene zu verziehen, an und sagt: »Ich komme später noch einmal wieder, dann erkläre ich es Ihnen.« Sehr spät, aller Tagesbetrieb ist schon eingestellt, erscheint die Schwester wieder, in der Hand eine Schüssel. Ich frage schnell: »Haben Sie denn jetzt noch Dienst, ich habe Sie doch schon am Morgen gesehen?« Und sie antwortet: »Nein, ich habe jetzt frei, deswegen kann ich ja länger kommen. Ich wollte Sie fragen, ob ich Ihnen die Füße waschen soll, weil Sie ja nicht aufstehen können.«

Dieses Angebot ist auf eine Weise unwahrscheinlich in der Gesamtszene, dass ich begeistert zustimme und mir erzählen lasse, woher sie kommt, dass sie alleinerziehende Mutter ist, der Sohn aber jetzt schon größer, dass das Zeitregime im Krankenhaus für eine Familie äußerst schwierig ist, dass sie das aber all die Jahre schaffen konnte, wohingegen sie die Verwandlung des Pflegebetriebs, was sie »Abschaffung der Pflege« nennt, hasst und froh ist, wenn sie irgendwann gehen kann.

Nach und nach gelingt es, freundliche Beziehungen zu mehreren Pflegern

35 Auffällig ist, dass die meisten Schwestern sehr jung sind, Schwesternschülerinnen, die billig zu haben sind. Ich erfahre, dass die Anzahl der Schülerinnen so groß ist, dass der größere Teil keine Aussicht hat, jemals eine Stelle als Schwester zu bekommen. Da sie für nichts anderes ausgebildet sind, könnte man sagen, dass sie am Markt vorbeiquifiziert werden oder ihre Ausbildung nichts wert ist.

und Schwestern aufzubauen, ich bin dafür lange genug da. Ich erfrage ihre Wünsche etwa in Bezug auf Lektüre und versorge sie mit Büchern. Ich erfahre so, dass das, was früher Schwestern an Mitmenschlichkeit oder Mitgeschöpflichkeit zugesprochen und abverlangt wurde, nicht ganz verschwunden ist – es hat sich in die Nischen ihrer Freizeit geschoben. Mitmenschlichkeit ist mithin erfahrbar als Verlängerung ihrer Arbeitszeit. – Ich weiß nicht, wie lange das schon so ist, aber auf jeder Station gibt es schwule Pfleger, die allgemein besonders beliebt sind und zwar auch bei den Patientinnen und Patienten, die sich im gewöhnlichen Alltag vermutlich an ihrer Ausgrenzung und Herabsetzung beteiligen würden. Für das Privileg, nicht abgelehnt und verhöhnt zu werden, versorgt ein ehemaliger Lehrer auf meiner Station zum Beispiel die Patienten mit einem äußerst liebevollen Extra-Aufwand. Er hält das Essen warm, wenn man bei irgendeiner Untersuchung aufgehalten wurde, und serviert es, als wäre es aus einem Grand Hotel. Er diskutiert die Medikamente, die man erhält, und kommt immer noch einmal am Abend herein, um zu sehen, ob alles in Ordnung ist. So wären es nicht nur die Nischen der Freizeit, sondern auch die der gewöhnlichen Diskriminierung, die als Stätten von Menschlichkeit der neoliberalen Durchrationalisierung standhalten.

### *Produktivkraftentwicklung und Bürokratie*

Natürlich bedeutet die neue Freilassung einen Funktionsverlust für die eingesessene Bürokratie. Das ist auch notwendig, da die Stelleneinsparung allererst dort ansetzt, sich selbst als neue Freiheit, Dezentralisierung, neue Verantwortung behauptend. Aber das Gewohnte lässt sich nicht so ohne weiteres abstreifen wie ein altes Kleid. In den von ihren Funktionsträgern verlassenen Posten reckt sich skelettartig die alte Bürokratie. Auf die Knochen abgemagerte Glieder halten den Apparat notdürftig zusammen – ganz auf alte Weise. Das bedeutet: Wo früher eine Anweisung von oben nach unten gegeben wurde, sei es, um eine Röntgenaufnahme oder einen Ultraschall in diagnostische Kontrolle einzubeziehen, werden jetzt von den erschöpften Restbeständen an Personal zunächst Anträge und Papiere geschrieben. Sie stapeln sich vor den von ihren Vollstreckern verlassenen Büros und werden wie im alten Beamtenstaat Stück um Stück abgearbeitet. Das heißt: warten.

Der mündige Patient versucht etwa zwei Tage nach der Order »Ultraschall« sich nach dem verloren gegangenen Termin zu erkundigen. Tatsächlich bekomme ich zum Beispiel die Auskunft: Was am Mittwoch für die Krebskontrolle verlangt wurde, kann leider bis Freitagabend nicht geleistet werden; aber es gibt ein Terminversprechen für den Dienstag drauf, also fast eine Woche Warten auf einen kleinen Ultraschall innerhalb eines großen Universitätskrankenhauses. Ich kann nicht einfach die Station wechseln

und mir diese lächerliche Aufnahme woanders beschaffen. Da benötige ich Konsilarbögen, genaue Abrechnungen, Unterschriften, Beschreibungen, von Ärzten unterzeichnet, sonst übernimmt keiner die entstehenden Kosten, die sich auf diese Weise unsichtbar hinter den Verwaltungsakten aufhäufen und, daselbst so zwar nötig gemacht, aber nicht vorgesehen, auf die überstrapazierten Mediziner heruntergeladen werden. Schon ist ein Ärztealltag im neoliberalen Krankenhaus wie der eines Professors in einer ebenso neoliberal umstrukturierten Universität zu wenigstens einem Drittel bestimmt durch Berichte, die nicht der wechselseitigen Information und Kommunikation dienen, sondern dem Nachweis der Berechtigung von Kosten. Wer da nicht mitmacht, schädigt doppelt, denn er entzieht dem Krankenhaus »Leistung«. Das heißt nicht notwendig, dass seine Hilfe auch den Patienten entzogen sein muss, wohl aber deren Erstattung durch die ebenso verdünnten und zugleich aufgeblasenen Krankenkassen.

Ich gehöre zu den privilegierten Menschen auf dem Gesundheitsfeld, ich bin in einer Privatkasse versichert. Leider habe ich einander überlagernde kostspielige Krankheiten wie Krebs, ein Augen-, ein Blasen- und ein Knochenleiden, die diverse Operationen nötig machen. Zwischen den großen, eindeutigen Rechnungen für Medikamente, für diagnostische Kontrollen, für Operationen und Ärzte, die in jedem Monat mehrere Tausend DM, später Euro ausmachen, findet sich in der letzten Erstattungsanforderung eine Rechnung eines Professors der Neurologie für drei Konsultationen (in Klammern die entsprechende Nummer für die Kassenbuchführung) in Höhe von je 6,20 DM, zusammen 18,60 DM. Die Abrechnung erstreckt sich über einen Zeitraum von fünf Monaten. Ich bekomme diese Rechnung von der Kasse zurückgeschickt; Porto, Umschlag und die Arbeitszeit der Sachbearbeiterin für diesen Vorgang belaufen sich sicher schnell auf das Doppelte der Rechnung, auf der sich Kreise und Ausrufungszeichen finden und die Bemerkung »mehr detailliert« und »2000 und 2001 getrennt«. Beiliegend findet sich auch ein persönlicher Brief, der mich auffordert, den Professor zu bitten, die Rechnung neu und besser begründet auszustellen. Jetzt ist also meine Arbeit und Lebenszeit als Gesundheitsunternehmerin gefordert (nicht gerechnet Papier, Umschlag, Porto, die ja schon bei einmaligem Vorgang mehr als 10 Prozent der Gesamtrechnung ausmachen), einem Klinikprofessor, dessen totale Überforderung mit Bürokratie ich schon erfahren habe, wie einem Schuljungen zu befehlen, mir eine neue Rechnung zu schreiben, vielmehr zwei für die verschiedenen Jahre, bzw. schreiben zu lassen. Die Sekretärin, Papier, Umschlag, Porto, die jetzt zum x-ten Mal anfallen, denn auch die auf der Rechnung dokumentierten Leistungen waren, wie man an der geringen Summe von 6,20 DM pro Stück ersehen kann, per Brief an mich ausgestellte Rezepte, geschrieben, unterschrieben, eingetütet, per Post gesandt. Rechnen wir knapp, so belaufen sich die allein

auf der Verwaltungs- und Transportseite angefallenen Kosten, auf deren Guthabenseite die 18,60 DM stehen könnten, inzwischen auf mehr als das Fünffache, was allerdings nirgends auftauchen kann, da diese gesamte Angelegenheit entweder »privatisiert« ist, in diesem Fall also mich betrifft und mein Leben, das solcherart vernutzt wird, oder das obere Medizinpersonal, dessen Überstunden aus Einsparungsgründen nicht mehr bezahlt werden können – schließlich fährt das Klinikum bei ständigem Stellenabbau und Schließung und Privatisierung einzelner Abteilungen mit einem Minus von immer noch ca. einer Milliarde im Jahr, ohne dass Atempausen blieben, um auf Abhilfe zu sinnen, sodass auch diese Leben verbraucht werden im Übermaß.

Ich kann diesen Brief aber nicht schreiben, weil ich die darin enthaltene Unmäßigkeit und Sinnlosigkeit nicht mittragen will. Leichter fällt es mir, diese Sache auf sich beruhen zu lassen, also die Rechnung nicht wieder zur Erstattung vorzulegen – aber der Fall wurmt mich, die Disproportionalität will mich nicht ruhen lassen. Schließlich hat die neoliberale Freisetzung in den Status der Unternehmerin ihres Körpers auch sein Gutes: Ich muss mich aktivieren. So schreibe ich an den für mich zuständigen Beauftragten der Kasse und bitte um seine Intervention. Das entspricht zwar noch weitgehend dem alten Stellvertreterdenken, aber schließlich muss auch ich mich erst in die neue Identität hineinfinden. Die Schilderung des Falles umfasst eine ganze Schreibmaschinenseite, denn ich muss die Unangemessenheit herausarbeiten und daher zusätzliche Informationen geben. Ich brauche also mehr als eine halbe Stunde und die Druckerfarbe – die für diesen Umfang immerhin etwa 15 Pfennig ausmacht, da sich die Computerfirmen auf diese Weise profitlich sanieren –, Papier, Umschlag, Porto. Der Beauftragte, sicher zwei Gehaltsklassen höher als die Sachbearbeiterin, die mir die Rechnung schickte, ruft gleich nach Erhalt meines Schreibens an. Ich bin leider zu der Zeit nicht zu Hause. Er soll sich wortreich entschuldigt und erklärt haben, dass dies ein Problem des Computerprogramms sei, das einfach die Rechnungseingaben nicht akzeptiert, wenn ein Mindestmaß an Informationen unterschritten sei. Der Computer, der einiges an Personal ersetzt hat, ist neutral gegen die Höhe der Summe. Aber der Fehler sei gewesen, mich damit zu behelligen. Die Kasse wird sich selbstverständlich selbst an den Professor zwecks detaillierter Rechnungsstellung wenden.

Da ich mich schäme und irgendwie schuldig fühle, erzähle ich dem Professor die Geschichte bei meinem nächsten Krankenhausaufenthalt und seiner nächsten Visite. Aber meine Erzählung hat jetzt nur noch die Funktion, mich von möglicher Schuld zu befreien. Zwischen Computer, Kasse, Sachbearbeitung und Sekretariat sehe ich für mich keine Eingriffsmöglichkeiten mehr. Allerdings dämmert mir, dass diejenigen, die bei der Kasse eingestellt sind, um den Computer mit Daten zu versorgen, ganz ohne Qualifikation

gelassen sein müssen, sonst wären sie nicht darauf angewiesen, dass die nötige Verschlüsselung der ärztlichen Leistungen von den Ärzten selbst durchgeführt werden muss, sondern könnten, zumindest bei so kleinen Beträgen und der ja summarisch gegebenen Ziffer für die Leistungsart, großzügig darauf schließen, dass die anderen Leistungen analog waren, und dies einfach eingeben. Das Versagen an dieser Stelle muss zurückgreifen auf die Qualitäten der Inkompetenz-Kompensation, wie sie im kleinen Privathaushalt eingeübt werden – nämlich eine Rechnung, die nicht Punkt um Punkt dem Gewohnten entspricht, als unverständlich zurückzugeben und auf Neuausstellung zu drängen.

### *Das Kompetenz-Paradox*

Drei Monate nach den vorhergehenden Erlebnissen bin ich erneut Patientin im neoliberal vorangeschrittenen Krankenhaus. Nachdem ich halbwegs aus der Narkose aufgewacht bin – dies nach einem, wie man mir vorher beteuert hat, ganz kurzen Eingriff von etwa 10 Minuten, aus dem ich nach höchstens drei bis vier Tagen wieder genesen in meine üblichen Tätigkeiten entlassen werden könne –, ist es schwierig bis unmöglich, die genaue Diagnose und Wirksamkeit des Getanen herauszubekommen, vor allem nicht, warum diese Operation entgegen der Ankündigung fast zwei Stunden währte und an die Einlösung des Versprechens, ich könne mein nächstes Seminar noch in der gleichen Woche durchführen, überhaupt nicht zu denken ist. Aber das sind alte Schwierigkeiten aus der alten Verfasstheit. Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus und wie viel weniger noch sich selbst. Aber der neue Alltag der neoliberalen Subjektivität schreitet voran – auch in diesem Fall. So erfahre ich am Ende doch, dass die erste Operation derart misslungen war, dass es in dieser zweiten nicht mehr einfach darum ging, »einen Faden zu kappen«, also die Sache rückgängig zu machen, sondern dass dieser Faden in den Harnleiter hineingewachsen war, sodass dieser »Schicht um Schicht« abgetragen, der Faden entfernt, der Harnleiter wieder zusammengeflickt werden musste. Das dauerte lange Zeit, war wirklich kunstvolle Arbeit, und jetzt heißt es hoffen, dass keine lebenslange Inkontinenz die Folge ist.

Solche Probleme und Unfälle sind nichts Neues, das erst mit der Neoliberalisierung des Krankenhauses aufkam. Neu ist die Position des Patienten in alledem. Zum Beispiel durfte ich mitsprechen bei der Wahl der Narkose in diesem Fall. Vor jeder Operation steht die Beratung mit dem Anästhesisten. Der klärt auf, was wie gemacht wird und warum und welche möglichen Folgen zu erwarten sind. Dieser Teil ist gewöhnlich nur als Sadismus erfahrbar, weil aus Gründen des Schutzes vor Schadensersatzklagen man nicht nur vorher sein Einverständnis zu der »Körperverletzung«

schriftlich geben muss; zur Sicherheit werden zudem so schreckliche Folgen als Möglichkeit vorgestellt, dass es eigentlich widersinnig ist, die Unterschrift zu leisten. Wieder gilt, dass, wenn man wirklich krank ist, man sich das dennoch gar nicht aussuchen kann. In meinem »kundenfreundlich« fortgeschrittenen Fall geht es anders zu. Als der Narkosearzt von mir erfährt, dass nur ein vor drei Monaten neu gelegter Faden gekappt werden soll, sagt er fröhlich, dann genüge ja eine »kleine Maske«. Es hört sich nett, vertrauenerweckend an. Aber ich erinnere, dass der operierende Arzt von einer Spinalnarkose gesprochen hat – zu meinem Entsetzen, denn zur Lektüre von Christa Wolfs (1999) Erfahrung mit dieser Narkose, mit der haargenaue Beobachtung des geschärften Bewusstseins bei den einzelnen chirurgischen Taten, die man nur hört, ahnt, denkt, nicht als Schmerz fühlt, bei denen man aber dabei ist – zu dieser Lektüre also kommt eigene Erfahrung mit diesem halbtoten Körper, der, oben beweglich, von der Taille an eine ganz und gar tote Masse, ein Gebirge an Zusatz an sich hängen hat, das gerade in seiner Leblösigkeit und Starre ein großer Schrecken ist, eine Angst, es könne so bleiben, auf ewig eingemauert – schließlich gehört die Warnung eben davor zur voroperativen Beratung. Die lange Dauer, bis ein erstes Gefühl in einen Fuß kommt, die Unmöglichkeit, vorher ein Signal abzuschicken, erlebt mit der Angst, dass man querschnittsgelähmt daraus hervorgeht. Mit diesen Erfahrungen also versuche ich den Anästhesisten in seiner freundlichen »kleinen Maske« zu bestärken und erwähne die Notwendigkeit, dass er den Operationsarzt überzeuge. Er ruft zu meinem Glück sofort dort an und fragt: »Welche Narkose möchten Sie?« Der andere antwortet, für mich, die ich neben dem Anästhesisten sitze, hörbar: »Eine Spinalnarkose«, und legt wieder auf. Und wir sind genau da, wo ich uns wusste. Lächelnd sagt der Anästhesist: »Es wird eine Spinalnarkose«, und ich rufe beklommen und zugleich empört und merke auch, dass ich in einen Seminarton ver falle, statt mich aufs Patientinnensein zu beschränken: »Aber Sie haben doch gar nicht argumentiert, nichts gefragt, nichts gesagt!« Umständlich setzt er sich zurecht und versucht, mir lang und länger zu erklären, wie sehr der Operateur bei der Operation meine Mitarbeit brauche – ich kenne den Text schon vom letzten Mal. Ich bestehe noch immer darauf, dass nur ein Faden gekappt werde und keine Mitarbeit von mir nötig sei. Erstaunt, als höre er es zum ersten Mal, wirft der Anästhesist ein, dass ja dann eine »kleine Maske« das Richtige sei; sie hört sich für mich jetzt immer mehr wie das Zubehör zu einem Frühlingsfest an. Wir drehen uns im Kreis. Schließlich verbleiben wir, dass die Frage der angemessenen Narkose in letzter Minute gewissermaßen in einem Round Table entschieden wird, wenn alle beisammen sind und ich auf der Bahre mitreden kann. Aber am Nachmittag – man wird ja einen ganzen Tag vor der Operation auf Abruf gehalten, befragt, angewiesen, untersucht usw. – treffe ich die Operateure zufällig auf der Treppe und

frage, schon etwas in Panik, unvermittelt, aber fast kollegial: »Warum haben Sie für eine Spinalnarkose entschieden?« Ich erhalte die unsinnige Gegenfrage, ob ich den Anästhesisten schon gesprochen habe. »Ich war doch dort, als Sie ihm am Telefon die Spinalnarkose nannten«, antworte ich – wie immer schon wieder ein bisschen schuldbewusst und zugleich hysterisch, irgendwo muss da ein Versagen meinerseits stecken oder zumindest eine Anmaßung, die mir nicht zusteht, die mir vor allem, da ich ja in Wirklichkeit keine Ahnung habe, auch schaden kann. Die beiden Operateure sehen sich an. »Warum wollt ihr eine Spinalnarkose? Nehmen wir doch eine kleine Maske.« So einfach für sie, so wichtig für mich.

Und weiter geht es darum, in die neue Patientenform hineinzuwachsen. Wie die vorigen Male – es gibt da jetzt schon eine Art Gewöhnung für mich – bekomme ich eine Braunüle, eine auf Dauer gelegte Spritze, in die beliebig Infusionen bei plötzlichem Bedarf gehängt werden können. Gemessen an allem ist das eigentlich nicht der Rede wert, aber gemessen an meinem Empfinden ist es einfach schmerzhaft, in einer Vene auf der Handoberfläche eine Nadel zu haben. Ich bekomme zwei Infusionen mit Flüssigkeit, dann wird das Ganze abgeklemmt, und nur die Nadel in meiner Hand bleibt übrig, spitz, macht die Hand brennend, gereizt und verletztlich, auch weil ich mit der vergrößerten Hand zusätzlich überall anstoße. Ich stehe das einen Tag durch. Am nächsten Tag frage ich die Schwester, wen ich fragen könne, warum diese Nadel weiterhin in meiner Hand stecken bleibe. »Mich«, sagt sie fröhlich, »Sie müssen einfach nur sagen, dass Sie sie loswerden wollen.« Sprach's, und wenig später kündigt ein harmloser kleiner Verband von einer Einrichtung, die ich vielleicht tagelang hätte erliden können, wenn ich nicht gefragt hätte.

Lesen wir die kleinen Begebenheiten nicht einfach als unglückliche Zufälle, sondern als notwendige Effekte eines Umbruchs, der entscheidende Subjektwechsel formiert.

Der Patient als Unternehmer seiner selbst steht vor mehreren ungelösten Fragen. Bearbeitet werden muss das Verhältnis zum Körper, zum Sterben, zu Macht und kompetenter Autorität. Scham und Schuld markieren zudem die Bereiche von Moral, Intimität, Sittlichkeit, die im neuen Patientenmodell großzügig übersprungen werden, als könnten die »alten Menschen« über Nacht sich häuten, um diese Manager ihrer Körper zu werden. In der Zumutung steht auch das Verhältnis von Geist und Körper als hierarchisch gewohntes in Frage. Ein Unternehmer, der in Ware-Geld-Beziehungen über die beste Bedarfsdeckung für sich verhandelt, benutzt dafür seinen Kopf. In diesem Moment hat er keinen Körper, der daher in einem Anzug verborgen unauffällig als Kopfträger dabei ist. Wie kann er sich als Manager seiner Gesundheit die Blöße geben, entblößt eben diesen Körper zur Schau zu stellen, der doch dann seine Autorität in der Verhandlung gänzlich

untergräbt? Der leidende Körper kann nicht selbst das neue Subjekt sein, müsste es aber. So findet sich der neue Patient in einer neuen Verkehrung. Er streift die Verdinglichung des vormaligen Objektseins ab und bringt als selbstbestimmtes Subjekt seinen eigenen Körper als Einsatz in die neuen Warenbeziehungen. Dafür muss er ihn zugleich von sich trennen und selbstbewusst als eignes Ich behaupten. Solange er weder unsterblich ist, noch weiß, was mit ihm geschieht, oder wie ihm am besten zu helfen ist, kann er den neuen Subjektstatus nur spielen und sich dabei einbilden, seine Krankheit sei ebenso nur Spiel und gespielt seien auch Leben und Tod.

Die Entwicklung schreitet voran. Seit Ende des Jahres 2002 diskutieren die Krankenkassen, ob der Patient nicht in noch ganz anderer Weise für sich verantwortlich gemacht werden solle und entsprechend die Ausgaben im Gesundheitswesen vermindert werden könnten. Es gibt eine Reihe von Verhaltensweisen, wie das Rauchen, das Trinken, zu viel zu essen, die krank machen können, deren Vermeidung den Versicherten zugutegehalten werden könnte durch Kürzung ihrer Beiträge. Wäre es nicht an der Zeit, die Konsequenz daraus zu ziehen, dass fremdbestimmte Arbeit wie auch Arbeitslosigkeit ebenso krank machen wie die Unmöglichkeit, die gesellschaftlichen Verhältnisse mitzugestalten, in denen man gleichwohl lebt?

Ich komme zu dem vorläufigen Resultat: Das neoliberale Gesundheitswesen setzt unter anderem folgende Mutanten als Akteure auf den Plan:

1. den Patienten als Hochstapler, ständig in Gefahr, sich dabei das Genick zu brechen. Alteingesessene fachliche Arbeitsteilung muss er ebenso überwinden wie die überkommenen störenden Gefühle von Scham und die Sitten, die Intimität umgrenzen. Dabei hilft es, den Körper zu negieren, indem er gleichzeitig zum Zentrum aller Verhaltensweisen wird. Schmerz, Leid und Tod werden zum Medium, um die Verhältnisse zwischen Therapeuten und Patienten in berechenbare Ware-Geld-Beziehungen zu verwandeln. Die Erniedrigung, die der Patient unter paternalistischem Krankenhausregime ehemals erfuhr, kann er wenden zur Erhöhung seiner selbst in einen König und versuchen, die vormaligen ärztlichen Befehlshaber ihrerseits zu entmachten. Dies aber kann wiederum gar nicht in seinem Interesse sein.

2. den Arzt als Buchhalter, der kleinlich berechnend sein Handeln als Gebührenordnungspositionen in der Zeit denkt und entsprechend dokumentiert. Was ihm vom ärztlichen Ethos blieb, muss er heimlich wie ein Betrüger dem Kranken zugutekommen lassen, denn eigentlich darf er nur mehr tun, was sich bezahlt macht. Jede zusätzliche Minute ist Diebstahl an der Krankenhausbilanz. Aber die Rechenschaft, die er jetzt vor sich ablegen muss, zwingt ihn auch, die Illusionen seines bisherigen Handelns wenigstens vor sich selbst offenzulegen, die Arzt-Patient-Beziehung eben in der Tat auch als Ware-Geld-Beziehung zu lesen und Nachlässigkeit, Zeitverschwendung nicht als Therapie zu verklären.

3. die Schwestern und Pfleger als Dienstleister im Dreischichtbetrieb, in der Zahl vermindert und aufgerieben zwischen alter Loyalität gegenüber Ärzten und dem Versuch, die neue Selbstbestimmung, die auch sie erfahren, umzusetzen in eigenwillige Handlungen, ohne dabei zu stürzen. Die bisherige Gestalt, die sich aus »Nächstenliebe« und »Barmherzigkeit« den Patienten opfert und daher wenig Entlohnung braucht und dennoch Tag und Nacht im Einsatz sein kann, wird in ihrer Glaubwürdigkeit und Lebbarkeit endgültig zerrissen. Die Berechnung, die auch ihrem Handeln abverlangt wird – Minute um Minute, bei gleichzeitiger Erhöhung ihrer Verantwortung und Ermäßigung ihrer Befehlsgewalt über den Patienten, der ja jetzt Kunde ist –, zwingt sie aus der familiären Schwester- und Muttergestalt in die unbarmherzigen Verhältnisse des Kosten-Nutzen-Kalküls. (Dies trifft natürlich auch das gesamte Pflegepersonal der privatisierten Versorgung.) Da ist Menschlichkeit gar nicht gefragt, auch nicht in der illusionären Form. Da die Entlohnung sich nicht kompensatorisch den üblichen Marktgesetzen anpasst, wird dieser Beruf vermutlich bald aussterben bzw. einstweilen mit Immigrantinnen aus armen Ländern und sonstigen Marginalisierten besetzt werden, bis aushandelbar wird, wie in der Freiheit des Marktes pflegend gehandelt werden kann und um welchen Preis.

4. schließlich die Krankenhausangestellten und die gesamte Bürokratie, die im Sparzwang der Versuchung, sich selbst wegzukürzen, durch zunehmende Verwandlung ihrer selbst in ein Computerprogramm zu begeben suchen.

### *Normalisierung*

Dass wir in der scharfen Wahrnehmung des Zukünftigen, das schon Gegenwart ist, stets Gefahr laufen, das Vergangene zu verklären, verlangt als Gegensteuerung, auch das ungleichzeitig Alte zur Kenntnis zu nehmen. Gehen wir nur einige Monate zurück und besichtigen das Wirken des paternalistischen Modells, wo es noch statthat.

Ich berichte also von einer anderen Operation und deren Einbettung nur sieben Monate früher.

Wenngleich Feministin der alten Generation, weiß auch ich inzwischen, dass es »Frauen« als solche nicht gibt, dass ich von »Differenz« sprechen muss und nicht suchen, was »ihnen« gemeinsam ist. Ja selbst in dieser Frage sind ja noch Unterstellungen, die zu denken als hinterwäldlerisch gilt. Unsanft aus meiner politisch-theoretischen Korrektheit gestoßen, lande ich in der Abteilung, die, »noch« Gemeinsamkeit unterstellend, *Frauenklinik* heißt. Diagnose Brustkrebs. Ich erhalte sogleich ein Bett und den Operationstermin am nächsten Morgen und die Patientinnenratgeber, durch deren Lektüre ich mich trösten und vorbereiten soll. Ich sauge die Informa-

tionen in mich hinein, wusste ich doch bisher gar nichts über diese Krankheit, die mich nun unvorbereitet ereilt, obwohl ich durchaus folgsam über Jahre zur Vorsorgeuntersuchung ging. Nachholende Bildung im Schock.

Brustkrebs, dieses Schicksal trifft 10 bis 15 Prozent aller Frauen. Ein Drittel stirbt in Deutschland daran. Das ist nicht einmal nach Rasse oder Klasse verschieden oder bestimmten Sexualpraxen geschuldet.

»Brustkrebs ist eine Erkrankung, die wahrscheinlich schon so alt ist wie die Menschheit selber. [...] Bereits in den hippokratischen Schriften – 400 bis 100 nach Christi Geburt – galt die weibliche Brust als bevorzugter Ort schlecht heilender, bösartiger Geschwüre, die nach dem vielgliedrigen Krebstier benannt wurden.« (Delbrück 1998, 20)

Es ist insbesondere der US-amerikanischen Frauenbewegung zu verdanken, dass das Tabu über den Brustkrebs gebrochen werden konnte. Während bis in die siebziger Jahre noch so »radikal« operiert wurde, dass auch die Muskulatur entfernt wurde und die in die Vereinzelung zurückgeschickten Frauen weitgehend eingeschränkt ihrem Schicksal überlassen waren, gelang es durch Proteste und Veröffentlichungen aus der Frauenbewegung, zunächst die Aufmerksamkeit auf die Verbreitung des Brustkrebses und die weitgehend »mittelalterlichen« Therapiemethoden zu lenken. Tatsächlich ist es dieser Bewegung zu verdanken, dass mehr Forschungsgelder in die Brustkrebsforschung und vor allem die diagnostischen Verfahren gesteckt wurden und die Operations- und Therapiemethoden heute um einiges verbessert sind (vgl. Thor-Wiedemann/Wiedemann 1998).

Noch im tödlichen Schrecken erfolgt für mich Aufklärung: Man kann heute »brusterhaltend« operieren; aber natürlich nicht, wenn das »bösartige Geschwulst« sich schon auf beide Seiten ausgebreitet hat. Die radikale Entfernung hinterlässt eine Leerstelle. Sie zu füllen erbringt als erste Frage: »Was kann ich tun, um nach der Operation äußerlich nicht aufzufallen?« So heißt im Buch von Delbrück (1998) ein ganzes Kapitel.

Es geht um »Wiedereingliederung« in die Gesellschaft und um das Selbstwertgefühl als Frau. »Bin ich überhaupt noch Frau – ohne Busen?«, sollen sich die meisten Frauen fragen; und die vielen, ähnlich abgefassten, in der Klinik verteilten Ratgeber antworten zuversichtlich, dass das »Frau-Sein« nicht ausschließlich in den Brüsten gesteckt habe und daher auch nicht restlos entfernt werden konnte. Es wird sogar versprochen, dass auch nach Brustoperationen »ein sinnvolles Leben möglich sei« (Delbrück 1998, 167).

Nach der Operation beteiligen sich an der tröstlichen Normalisierung wohlmeinende Schwestern: »Sie haben ein Anrecht auf eine Prothese«; das ist zunächst ein Schaumgummi in Busenform, später ein Einbau aus Silikon, selbst Nippel lassen sich künstlich aufpflanzen. Das Recht bezieht sich

auf die Bezahlung, für die also die gesellschaftliche Krankenversorgung zuständig ist; ich habe die Pflicht, öffentlich (natürlich nicht nackt) auszu- sehen, als ob ich eine Frau wäre. Und diese hat einen sichtbaren Busen – ob real oder fiktiv. Zuständig für meine gesellschaftliche Eingliederung ist der Sozialdienst. Seine Hauptaufgabe: der passende Busen. Eine freundliche Dame belehrt mich, dass ich Anrecht habe auf beides – die Schaumgummi- einlage sofort und ein wenig später, wenn ich stark genug bin für einen erneuten Eingriff, den Silikonbusen. Sie breitet das Angebot vor mir aus: fleischfarbener Schaumstoff in der Größe eines Handballs, der nächste fast so groß wie eine Melone und dann noch das Miniformat, ein sanfter Hügel. Sie tippt auf den mittleren – immerhin noch die Marilyn-Monroe- Größe – und sieht mich fragend an. »Man muss sie natürlich an die ver- bliebene anpassen.« – »Es gibt keine verbliebene.« Sie erschrickt; sie hat etwas Falsches gesagt in dieser gefährlichen, von Tabus und Täuschungen schlüpfrigen Zone. »Wir können sie natürlich in Ihren Büstenhalter einpas- sen.« Ich will sie jetzt in ihrer selbstverständlichen Stützer-Rolle bei der Kon- struktion unterworfenen Weiblichkeit verunsichern. »Ich habe auch keinen Büstenhalter.« Sie sieht mich mit schwer entzifferbarer Bewegung an, und ich blicke zum ersten Mal auf ihren Busen. Er ist nicht nennenswert. »Flach wie ein Brett«, hätte man früher geringschätzig gesagt, oder trägt sie eine so verhüllende Kleidung, dass man ihr das »Frau-Sein« erst nackt ansieht, während es bei mir umgekehrt sein soll? – Jetzt endlich spricht sie wieder: »Sie können die Einlagen auch als Haftschalen bekommen.« Ich stehe auf, überlasse der nächsten Frau den Platz und gehe verwirrt, weil ich trotz sorg- fältigen Studierens nicht wirklich gewusst habe, wie tief die Formierung von Frauen geht, wie sehr sie an sekundäre Geschlechtsmerkmale geheftet sind und wie stark der allseitige Druck ist, Normalität vorzutäuschen, mit all den Zerreißproben, welche die stets drohende Entdeckung der Schuld bedeutet, hier zu versagen. Ich gehe zurück auf die Station und möchte dar- über sprechen. Es empfängt mich die freundliche Stationsschwester: »Hat es geklappt mit Ihren Prothesen?«

### *Abschließende Bemerkungen*

Versuchen wir einen zusammenfassenden Blick: Es ist ja keineswegs so, dass wir mit diesen Berichten aus dem Alltag einer Kranken am Boden unserer Gesellschaft wären, dort wo Arbeitslosigkeit und die Jagd nach Sozialhilfe das Leben bestimmen, und schon gar nicht dort, wo Hunger und Sterben aus Armut die Regel sind. Die Schärfe und Genauigkeit des Blicks verdan- ken sich in unserem Fall einigen unvermuteten Brüchen, die auch den Mit- gliedern der Mittelschicht die Möglichkeit eröffnen, unverhofft klarer auf die Umbrüche im Großen zu sehen. Der Abbau des Sozialstaats vertreibt

die Einzelnen keineswegs aus dem Paradies wohligen Umsorgtseins, weil sie dort nicht waren. Allerdings lässt er unverzöhnt hervortreten, dass im Kampf jedes gegen jeden (welches wohl als Synonym für den freien Markt gelesen werden kann) die meisten verlieren. Bis zu den entscheidenden Umbrüchen neoliberaler Globalisierung gab es einige Handlungsorientierungen, die als Tugenden nach innen genommen waren – wie Mitmenschlichkeit, Großmut, Liebe, Fürsorge usw. –, die zwar in allgemein unsolidarischer Gesellschaft auch auf Kosten derer gingen, die sie praktizierten, jedoch das Überleben der vielen einigermaßen absicherten, insbesondere der Kinder, der Kranken, der Behinderten, der Alten, also all derer, die nicht voll funktionsfähig waren. Solche »Arbeitsteilungen« schlagen sich nieder in den Sitten und Gebräuchen, in Gewohnheiten, Normen, Werten. Sie sind mit den Personen verwachsen. Aber der neue Mensch<sup>36</sup> ist Unternehmer, Manager. Er kann mit solchen Tugenden nichts anfangen. Kühl berechnet er am Markt seine Einsätze, kalkuliert Kosten und Gewinne, sorgt jeder mit Geld beizeiten für sich und niemanden sonst.

Es ist einsichtig, dass die Veränderungen im Gesundheitssystem nur ein Teil der Gesamtumbrüche sind und dass jede Bewegung hier Konsequenzen hat in allen anderen sozialen Bereichen. Menschen, so fragmentiert und konstruiert sie sein mögen, bleibt gleichwohl die Aufgabe, sich zusammenzunehmen und ihr Leben zu gestalten. So sie dies nicht tun können, etwa, weil sie in den Widersprüchen verloren gehen, überfallen die disparaten Anforderungen sie hinterrücks. Angst und Unsicherheit begleiten die Menschen im Aufbruch in die hochtechnologisch globalisierte Marktfreiheit. Jeder weiß, dass er sich keine Blöße geben darf, nicht stolpern, nicht krank werden, nicht alt. Aber die neuen Zeiten verlangen mehr: Es braucht eine unerhörte Kompetenz in allgemeiner Inkompetenz, um auch nur einem Bruchteil der Zumutungen und Anforderungen gerecht zu werden. Dies wurde exemplarisch deutlich am »befreiten« Patienten im neoliberalen Krankenhaus. Um solches nicht angstvoll, sondern auch als wirkliche Zunahme von Freiheit zu erfahren, muss die allgemeine Ausbildung schon in Schulen radikal geändert werden. Körperkunde als Grundlage allgemeiner Medizin, Lebensmittelkunde als Teil der Ernährungswissenschaften, Lebensführung als bekömmliches Zeitregime, Politik als Kunst, die einzelnen Bereiche zusammen zu denken, werden unentbehrlicher Kanon für eine Bildungsreform, die der neuen Zeit angemessen ist und die notwendige Voraussetzung für eine Gesundheitsreform sein muss, die nicht bloß ein Schreckgespenst bleibt.

36 Vgl. dazu meine Analyse zum Hartz-Modell in diesem Buch.