

Frigga Haug

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 dieses 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 beiseite geschoben 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 usw., 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“¹. 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 Pflege-Bereiche erfasst, die zuvor von eigenem Anspruch her nicht oder wenigstens kaum als Warenbeziehungen verstanden wurden².

I Außensicht – Der Patient als Kunde

Im Ab- und Aufschwung des Gesundheitswesens tritt allerdings einer der Akteure seltsam gestärkt hervor: der Patient³. Aufgestiegen vom Objekt und Opfer in den Subjektstatus von Selbstverantwortung, atmet der neue Patient die freie Luft der selbstbestimmten Aktivität. Kranken-

¹ Eine exemplarische Einsicht ermöglichen das Studium des Kampfes um das Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin-Steglitz und schließlich der Restrukturierungsplan für die Berliner Universitätskliniken von 2002.

² 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. dazu Erich Wulff (1972), *Der Arzt und das Geld*. In: *Das Argument* 69.

³ 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.

haus, 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.

II Innensicht⁴

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 gekümmert, 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 fast heimliche Verschwörung zwischen der Patientin und der ungekannten Ärztin am Abend, welche, die Schwestern übergehend, etwas tut, das sie für nützlich hält, dies ohne Nachweis und Bericht, d.h. 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

⁴ Die folgende Darstellung folgt eigener Erfahrung im von oben revolutionierten Universitätsklinikum Benjamin Franklin.

nicht wieder – soll doch die Patientin selber sehen, wie sie jetzt zurechtkommt. Die Chance für den Erhalt der Tablette 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 eine Art von Panik in mir hoch. Ich suche 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 mehr wie sonst die Visite mit launigen Sprüchen zu unterhalten suche, sondern ich lenke das Gespräch tatsächlich auf meinen Körper. 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 bei einer so schweren Operation eben alles in Unordnung sei und später einfach wieder in Ordnung komme.

Beschämt, dass ich wegen Nichts ein Aufhebens 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 hingesteigert. 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 lecke Dachrinne betätigt sich mein Körper; kleinlich spart er auf, was ich großzügig oben in ihn hinein schütete. 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 wechsle daher das Pronomen. „*Wir* müssen etwas tun. Ich trinke mindestens viermal soviel, als wieder herauskommt, vielleicht mehr.“ In diesem demokratischen Konsiliargespräch, 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 angemessenen und doch ganz inkompetenten Autorität. Sollte es jetzt doch

etwas Ernsteres sein und nicht abzuwarten mit Geduld? Oder habe ich etwas herbeigerufen, was 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 erste 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 überzeugt, dass ein solcher Rückfall in die Zeit direkt nach der Operation vermutlich den mühsamen Aufbauprozess zunichte machen, das kleine Rinnsal gänzlich zum Erliegen bringen müsste. 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 zuviel Aufhebens 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 schwer fällt, selbstverständlich über Harnabgang, Stuhlgang, Scheidennähte und was immer auftritt, zu sprechen, ja, obwohl es mir sogar inzwischen 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 wirklich niemand danach gefagt; was musste ich mich also einmischen?

Die Beschwichtigung will keine Dauerwirkung halten. Darunter meldet sich in immer kürzeren Abständen rastlos die Frage nach der Blase und ihrer unablässigen Füllung ohne nennenswerten Abgang. 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, das Krankenhaus, Gesprächsgegenstand sein könnten, 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 Frauen, kaum dass offenbar wird, der Gesprächspartner habe etwas mit Medizin zu tun, mit lauter Stimme sämtliche Krankheiten, Operationen, Befindlichkeiten bekanntgeben, und so die gesamte Szene aus einem möglichen menschlichen Gespräch, ja, vielleicht sogar aus einer sinnlichen Nähe, in eine Anatomielehrstunde verwandeln, in der man sich Körperöffnungen und nicht funktionierende Teile vorstellen muss, statt Personen, mit denen man ein Projekt gemeinsam haben könnte. Grade 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 lose 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 dreiviertelvoll 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 soviel 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 Jugendstreiche 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 wegweist. 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 soviel „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 abgleichen kann? Patientin sein 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 statt dessen 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 müsse, Pillen schlucken, Spritzen ertragen,

Nacktheiten ausstellen, Katheter, Klistiere oder sonst etwas in mich eindringen lassen und ansonsten abwarten und annehmen, dass alle in guten Händen sei, also Vertrauen haben.

Auftritt stattdessen das mündige Patientensubjekt, verantwortlich, selbstbewußt. Schließlich ist es Eigentümerin 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 neue Patientendasein im neoliberalen Krankenhaus, d.h. einem, dem das Wasser bis an den 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 bedeutet. Niemand mehr, der den

ganzen Patienten beaufsichtigt, heißt auch, niemand mehr, den es ganz kümmern würde. Die Konsequenz ist, dass der Patient gefordert ist, sich die notwendige Pflege, Medikation, Termine, fachkundigen Rat selbst zusammenzustellen wie ein Menue auf einer Speisekarte. Er muss sich anstrengen, den Experten, auf die er trifft, einen Vorschlag abzurufen, 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 nurmehr 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 Lottospielers, 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 Sorge 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 es in nach Leistung bemessenen Pflegeminuten schwierig ist, neue Identitäten zu finden. Ich bin frisch operiert und erfahre die Schwestern zunächst als unfreundlich und höre, dass diese Station dafür berüchtigt ist. Insbesondere eine, nicht ganz junge, Schwester⁵ wirkt auf mich dermaßen abwei-

⁵ 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 Schwes-

send, 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 Fiebermessen, überhaupt zwei bis drei Sätze unterbringen kann, inwieweit sie 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 möchte ich tatsächlich die Neoliberalisierung des Gesundheitssystems hier vor Ort mit allen Beteiligten 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 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 Schwestern und Pflegern 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 Verfolgung und Herabsetzung beteiligen würden. Für das Privileg, nicht ausgegrenzt und verhöhnt zu werden, versorgt ein ehemaliger Lehrer auf meiner Station z.B. 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 bekommt, und kommt immer noch einmal am Abend herein, um zu sehen, dass alles in Ordnung ist. So wären es nicht nur die Nischen der Freizeit, die als Stätten von Menschlichkeit der neoliberalen Durchratio-

ter zu bekommen. Da sie für nichts anderes ausgebildet sind, könnte man sagen, dass sie am Markt vorbeiquifiziert sind oder ihre Ausbildung nichts wert ist.

nalisierung standhalten, sondern auch die Fluchtorte, in die man sich aus gewöhnlicher Verfolgung zurückzog.

Produktivkraftentwicklung und Bürokratie

Natürlich bedeutet die neue Freilassung einen Funktionsverlust für die eingessene 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 zunächst Anträge und Papiere von den erschöpften Restbeständen an Personal geschrieben. Sie stapeln sich vor den von ihren Vollstreckern verlassenen Büros und werden wie im alten Beamtenstaat Stück um Stück heruntergearbeitet. Das heißt: warten. Der mündige Patient versucht etwa zwei Tage nach der Order „Ultraschall“ sich nach dem verlorengegangenen Termin zu erkunden. Tatsächlich bekomme ich z.B. 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 Konsiliarbögen, 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, 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 Blasen- und ein Knochenleiden, die diverse Operationen nötig machen. Zwischen die großen eindeutigen Rechnungen für Medikamente, für diagnostische Kontrollen,

für Operationen und Ärzte, die in jedem Monat mehrere Tausend – im Jahr 2001 noch DM – ausmachen, findet sich in der letzten Erstattungsanforderung eine Rechnung eines Professors der Neurologie für drei Konsultationen (in Klammern die entsprechende Nummer für die Kassembuchführung) in Höhe von je 6,20 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, besser zwei für die verschiedenen Jahre, bzw. schreiben zu lassen. Die Sekretärin, Papier, Umschlag, Porto, die jetzt zum xten Mal anfallen, denn auch die auf der Rechnung dokumentierten Leistungen waren, wie man an der geringen Summe von 6,- 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 in dieser Weise vernutzt wird, oder das obere Medizinpersonal, dessen Überstunden nicht mehr bezahlt werden können aus Einsparungsgründen – 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, auf Abhilfe zu sinnen, so dass 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, und 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 akzeptiere, 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 Rechnungstellung 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 sein müssen, 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 haushälterischen Qualitäten der Inkompetenz-Kompensation, 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 durchführen, überhaupt nicht zu

denken ist. Aber das sind alte Schwierigkeiten aus der alten Verfasstheit. Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus und wieviel 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 mit 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 Wolfs⁶ Erfahrung mit dieser, 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 großes Erschrecken 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,

⁶ Christa Wolf, Kein Stein. In: Dieselbe, Hierzulande Andernorts. München 1999, S. 81-96

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 jetzt immer mehr wie das Zubehör zu einem Frühlingsfest für mich an. Wir drehen uns im Kreis. Schließlich verbleiben wir, dass die Frage der angemessenen Narkose in letzter Minute gewissermaßen in einem roundtable 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, 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 wollten wir 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 los werden wollen.“ Sprach’s, und wenig

später kündigt ein harmloser kleiner Verband von einer Einrichtung, die ich vielleicht tagelang hätte erleiden können.

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.

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 soll und entsprechend die Ausgaben im Gesundheitswesen vermindert werden können. Es gibt eine Reihe von Verhaltensweisen, wie das Rauchen, das Trinken, zuviel zu essen, die krank machen können, deren Vermeidung den Versicherten zugute gehalten 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?