

**IST DER PATIENT KUNDE ODER HILFSBEDÜRFTIGER?**

Öffentlicher Vortrag im Rahmen der  
5. Stuttgarter Gespräche 2003  
*Individuelle Verantwortung im Gesundheitswesen*  
im Hospitalhof  
in Stuttgart  
am 1. November 2003

**AXEL W. BAUER**

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Axel W. Bauer  
Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Institut für Geschichte der Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 327  
69120 Heidelberg  
Fon: (06221) 544816  
Fax: (06221) 545457  
E-mail: awb@uni-hd.de  
<http://www.awbauer.uni-hd.de>

**STUTTGART 2003**

Ist der Patient Kunde oder Hilfsbedürftiger? Noch vor zwanzig Jahren wäre diese Frage sicher als absurd empfunden worden, so dass man auf keinen Fall einen solchen Vortragstitel hätte wählen können, ohne belächelt zu werden. Allein die Tatsache, dass Sie, meine Damen und Herren, heute Abend in den Hospitalhof gekommen sind, zeigt indessen, dass die Dinge im Jahr 2003 wohl anders liegen. Wenn man es für möglich hält, dass Patienten – wörtlich *Leidende* – zugleich auch Kunden sind, dann muss wohl die Medizin eine Ware oder Dienstleistung und der Arzt ein Verkäufer oder Dienstleister geworden sein, der diese Ware oder Dienstleistung anpreist und sie geschickt an den Kunden als den Endverbraucher bringt.

Verhält es sich nun tatsächlich so, und wenn ja – darf es so sein? Diese beiden Fragen, die beschreibend-deskriptive und die ethisch-normative, möchte ich stellen und sie jetzt mit Ihnen gemeinsam durchdenken. Ich werde dabei das methodische und inhaltliche Spektrum nutzen, das mir als einem Spezialisten für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin zur Verfügung steht.

Immer, wenn wir einen Vergleich bemühen, müssen wir feststellen, dass dieser neben dem einen oder anderen treffenden Aspekt auch andere Merkmale enthält, die auf das mit dem Vergleich belegte Phänomen so gar nicht passen wollen: „Der Vergleich hinkt“, sagt schon das Sprichwort. Dennoch oder gerade deshalb

sind Vergleiche nützlich, denn wir können durch sie manche Facette an dem uns interessierenden Phänomen entdecken, die uns sonst verborgen geblieben wären. Lassen Sie mich dazu eine kleine Begebenheit erzählen: Vor vierzehn Tagen hörte ich auf der Jahrestagung der *Akademie für Ethik in der Medizin* in der Lutherstadt Wittenberg den Vortrag eines niederländischen Kollegen, der die intuitive Situationserfassung eines guten Klinischen Ethikers mit jener eines Schach-Großmeisters verglich: So wie der erfahrene Schachspieler nach einem einzigen Blick auf das Schachbrett die relevanten Konstellationen der Figuren erfassen könne, so erkenne der geübte Medizinethiker in kürzester Zeit die normativ wesentlichen Gesichtspunkte eines moralischen Dilemmas im Krankenhaus. Und so wie der Schachmeister dann sogleich den richtigen Zug tun könne, so wisse auch der begabte Medizinethiker sehr rasch, was er in dem strittigen Fall zu raten habe.

Der Vergleich unseres niederländischen Kollegen traf unter den Zuhörern auf recht große Sympathie, denn sicherlich war es für uns Medizinethiker schmeichelhaft, mit einem exzellenten Schachspieler verglichen zu werden, der die Figuren auf dem Brett nach einer vorgefassten Strategie zu bewegen weiß. Ich brauchte eine ganze Weile, ehe mir klar wurde, weshalb ich den Vergleich trotz allem irgendwie unpassend fand. Schließlich konnte ich mein Unbehagen aber doch als Frage formulieren: Was ist eigentlich beim ethischen Dilemma das

empirische Prüfkriterium dafür, dass der Ethiker schließlich die „richtige“ Handlungsweise empfohlen hat? Beim Schachspieler haben wir damit kein Problem, denn er hat „richtig“ entschieden, wenn es ihm gelingt, seinen Gegner matt zu setzen. Kann es aber das Ziel eines Medizinethikers sein, die von ihm beratenen Ärzte, Patienten oder Angehörigen handlungsunfähig zu machen? Wohl kaum!

Das verführerische Bild vom Schachspieler stößt also gerade dort an seine Grenzen, wo es in der klinischen Ethikberatung erst interessant würde, nämlich bei der Frage, welche Eigenschaften eine „gute“ moralische Empfehlung auszeichnen. Und doch haben wir aus dem merkwürdigen Vergleich Einiges gelernt – über die problematische Auffassung unseres Kollegen von der Rolle des Klinischen Ethikberaters ebenso wie über den kardinalen Unterschied zwischen der „richtigen“ Strategie in einem auf Sieg angelegten Metier einerseits und moralisch „richtigem“ Handeln andererseits.

Versuchen wir bei dem Vergleich von Patienten mit Kunden doch einmal ganz ähnlich vorzugehen. Wo hat dieses Bild seinen Charme und seine Anwendbarkeit, und an welchen anderen Stellen versagt es bzw. leitet es uns in eine ganz falsche Richtung? Beginnen wir wieder mit einer kleinen Geschichte, diesmal jedoch mit einer fiktiven. Gottlieb Häberle aus Bad Cannstatt möchte

einen neuen dunklen Anzug kaufen. Er geht deshalb in die Herrenabteilung eines bekannten Stuttgarter Bekleidungshauses. In einem angenehmen Ambiente und in entspannter Atmosphäre trifft Herr Häberle auf einen freundlichen Verkäufer, der ihn nach seinen Wünschen fragt und ihm sodann eine ganze Reihe verschieden geschnittener Anzüge in seiner Konfektionsgröße zur Anprobe vorlegt.

Herr Häberle zieht die diversen Modelle an, wendet sich vor dem Spiegel hin und her, lässt sich von dem netten Verkäufer beraten, und nach einem mehr als halbstündigen Aufenthalt unter der Obhut seines freundlichen Modeberaters entscheidet er sich schließlich für einen schwarzen Nadelstreifenanzug, bei dem er erfreulicher Weise an der Kasse auch noch 10 Prozent Aktionsrabatt bekommt. Mit dem angenehmen Gefühl, einen richtigen und noch dazu preiswerten Kauf getätigt zu haben, verlässt Herr Häberle das Geschäft, in das er gerne beim nächsten Mal wieder gehen wird, sofern der lebenswürdige Verkäufer ihn erneut berät. „Hier ist der Kunde wirklich noch König!“, denkt Herr Häberle beim Hinausgehen.

Können wir uns vorstellen, welche Frustration Herrn Häberle im Gegensatz dazu erwarten wird, wenn er im Januar 2004 in die Sprechstunde seines Bad Cannstatter Hausarztes geht, um nach einer kurzen Untersuchung das neue

Rezept für sein bewährtes Medikament gegen den etwas zu hohen Blutdruck zu bekommen? „Erst zahlen, dann behandeln!“ – unter diese Prämisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits vor der am 17. Oktober 2003 erfolgten Zustimmung des Bundesrates zum aktuellen Kompromiss in der Gesundheitsreform zwischen Bundesregierung und Opposition eine Aktion gestellt, mit der sie die Kassenärzte ab 1. Januar 2004 dazu verpflichten will, ihren Patienten die neue Praxisgebühr von 10 EUR je Quartal abzufordern (25).

Der Arzt soll nach Vorstellung der KBV die Erhebung der Praxisgebühr quittieren, indem er entweder dem Patienten ein Formular „Beleg über die Zahlung der Praxisgebühr“ aushändigt, oder indem er auf dem Rezeptformular für Herrn Häberles Blutdrucktabletten den Aufdruck „Praxisgebühr erhoben“ anbringt. Weiterhin muss der Arzt die Erhebung der Praxisgebühr gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf dem Originalschein dokumentieren.

Wenn es ihm nicht gelungen sein sollte, die Gebühr vom Patienten einzufordern, muss er dokumentieren, warum dies der Fall war. Sonst erhält er später von seiner KV kein Honorar für diesen Behandlungsfall. Derzeit überlegt die KBV, ob EC-Karten-Lesegeräte für die Praxen günstig angeschafft werden sollten, damit die Kunden – pardon die Patienten – auch bargeldlos zahlen können.

Wir brauchen kaum Phantasie dazu, um uns vorstellen zu können, dass Herr Häberle in der betriebsamen Hektik einer stark frequentierten Kassenarztpraxis keinesfalls das gleiche angenehme Gefühl haben wird wie bei seinem vorweihnachtlichen Einkaufserlebnis im Bekleidungshaus. Sofern er den Hausarzt persönlich zu sehen bekommt, wird in wenigen Minuten seine aktuelle medizinische Anamnese aufgenommen, sein Blutdruck gemessen und ihm anschließend das gewünschte Rezept ausgehändigt werden. Allerdings gibt es am Ausgang keine Kasse, bei welcher der Patienten-Kunde seine Arztrechnung zu bezahlen hätte, denn die 10 EUR Praxisgebühr waren ja nur das vorab zu entrichtende Eintrittsgeld, ein symbolischer, kurzfristig politisch verordneter Preis, für den es keinerlei konkrete Gegenleistung gibt.

Wenn Herr Häberle wählen dürfte, dann würde er lieber noch einen zweiten Anzug kaufen, als bei seinem Hausarzt bald wieder „Kunde“ sein zu müssen. Der neue Anzug hat allerdings fast genauso viel gekostet wie der Beitrag, den er für sich selbst, seine Frau und seine beiden Kinder jeden Monat an die gesetzliche Krankenversicherung entrichten muss, damit die ganze Familie ein Anrecht auf sämtliche Gesundheitsleistungen hat, die gegebenenfalls benötigt werden. Anders als im Falle des neuen Anzugs, dessen Anschaffung Herr

Häberle mittelfristig planen und steuern konnte, kommen Krankheiten zudem nicht selten unverhofft und außerhalb des „Haushaltsplans“.

Indem er nun etwas genauer darüber nachdenkt, bemerkt Herr Häberle, dass es doch eine Reihe von Unterschieden zwischen seinen beiden Rollen als Kunde und als Patient zu geben scheint. Er macht sich dazu einige Notizen: Ein Kunde ist ein Partner bei einem Geschäft. Ihm steht in der Regel ein Verkäufer gegenüber. Der Verkäufer hat ein Interesse daran, den Kunden zufrieden zu stellen und gleichzeitig möglichst viel Umsatz bzw. vor allem viel Gewinn für sein Unternehmen zu erzielen. Der Kunde wünscht eine Ware oder Dienstleistung, er wählt einen Anbieter aus, er entscheidet sich für eine bestimmte Ware bzw. er nimmt Einfluss auf die Art der Leistungserbringung. Gegebenenfalls verzichtet er aber auch auf die Ware oder Dienstleistung, wenn er sie für überteuert hält. Er verfügt also über *Kundensouveränität* und ist seinem Geschäftspartner gegenüber tatsächlich gleich berechtigt. Die Beziehung der beiden ist – wenigstens im Idealfall - symmetrisch (22).

Der Patient in der Praxis des niedergelassenen Arztes, erst recht aber der Patient im Krankenhaus steht seinem Partner hingegen keineswegs tatsächlich gleich berechtigt gegenüber. Patienten sind nämlich - so hat es der Heidelberger Medizininformatiker Claus O. Köhler einmal ausgedrückt - „Menschen, die sich

[...] nicht so fühlen, wie sie sich gern fühlen möchten, und die aus diesem Grunde entweder bei sich selbst oder bei anderen Menschen um Hilfe nachsuchen.“ In einer solchen Lage, die von dem Wunsch nach einer Verbesserung des Gesundheitszustandes (Stichwort „Wellness“) über eine leichte Befindlichkeitsstörung anlässlich einer Erkältung, über einen chronischen Hüftschmerz bei Arthrose (Stichwort „Endoprothese“) bis hin zu einem schweren Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit (Stichwort „Notfall- und Intensivmedizin“) reichen kann, ist die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Patienten gegenüber seinem Arzt mehr oder weniger deutlich eingeschränkt.

Aus der Sozialwissenschaft ist bekannt, dass schon gesunde Laien oft den Konflikt mit Fachleuten scheuen, weil sie sich ihnen unterlegen fühlen (19). Dies gilt erst recht dann, wenn der Laie physisch oder psychisch leidet, während der Fachmann oder die Fachfrau zugleich promoviert ist und einen Dokortitel trägt. Schwerkranke, die große Schmerzen leiden, Angst haben oder gar ohne Bewusstsein sind, können keine gleich berechtigten Partner sein. Sie brauchen Hilfe und Schutz, nicht jedoch ein kommerzielles Angebot.

Alle Konzepte, die darauf basieren, dass diese schwer kranken Patienten virtuos die Rolle des kritischen und wohl informierten Kunden spielen, ignorieren die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung. Sie verkennen außerdem durch die

euphemistische Umetikettierung der Leidenden als Kunden die Angst und Not, die mit Kranksein und Abhängigsein sehr häufig verknüpft sind. Euphemismen sind ein alter Trick, um Angst zumindest sprachlich zu bannen. Bereits die Griechen versuchten sich in dieser Kunst, indem sie das „ungastliche“ Schwarze Meer, den *póntos áxeinos*, in *póntos eúxeinos* umtaufte, was dann soviel hieß wie „gastfreundliches Meer“.

Nicht anders verhält es sich, wenn aus der klassischen Krankenpflege die „Gesundheitspflege“ wird, wenn sich heute Krankenkassen „Gesundheitskassen“ nennen oder wenn die Krankenversorgung insgesamt längst zum „Gesundheitswesen“ mutiert ist, in dem angeblich die „Gesundheitskosten“ explodieren, obwohl es doch in Wahrheit die Diagnose und Behandlung von *Krankheiten* ist, deren Preise parallel zu dem allmählichen Ansteigen des Bruttoinlandsprodukts höher wurden, und zwar keineswegs explosionsartig. Leider schlagen sich diese im Prinzip moderaten Preiserhöhungen in Folge der gleichzeitig gestiegenen und durch intensive Rationalisierungsmaßnahmen der Wirtschaft immer weiter steigenden Arbeitslosigkeit sowie wegen der demographischen Verschiebungen zu Gunsten älterer Jahrgangskohorten in einem erheblichen Anwachsen der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung nieder.

Der Trend zur sprachlichen Euphemisierung verweist jedenfalls auf die gesellschaftliche Ausblendung von körperlichem, seelischem und sozialen Leiden, von Krankheit, Behinderung und Tod (14). So spricht man statt von leidenden *Patienten* nun lieber von konsumfreudigen *Kunden*, denn aktive Kunden liegen voll im Trend, passive Patienten hingegen sind *megaout*.

Die Analogie zwischen dem Arzt-Patient-Verhältnis und der Verkäufer-Kunden-Beziehung ist jedoch keine Erfindung des späten 20. Jahrhunderts. Ein Blick in die Geschichte der Medizin zeigt uns, dass diese Idee im Grunde schon sehr alt ist. In der langen Ära vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung, die bis in das letzte Viertel des 19. Jahrhunderts währte, standen sich Ärzte und Patienten in der Regel als unmittelbare Verhandlungspartner gegenüber, in jedem Fall (aber keineswegs ausschließlich) mit Blick auf die Höhe des ärztlichen Honorars. Die direkte ökonomische Abhängigkeit der Ärzte von ihren Patienten oder Auftraggebern schlug sich unter anderem in der standeskundlichen Literatur nieder. So findet sich folgendes Anforderungsprofil des „idealen“ Arztes in der wohl um 300 vor Christus entstandenen Hippokratischen Schrift *Der Arzt*:

„Das Auftreten des Arztes denke ich mir so: dem Aussehen nach wird er gut von Farbe und wohl genährt sein, soweit es seine Natur zulässt. Denn bei der Masse stehen die Ärzte, die nicht in diesem Sinne in gutem körperlichen Zustand sind, in dem Ansehen, dass sie auch für andere nicht gut sorgen können. Ferner soll seine Aufmachung reinlich sein; er trage anständige Kleidung und brauche gute und unaufdringliche Salben. Denn alles dieses empfinden die Kranken angenehm, und darauf muss man achten. [...] Er verhalte sich wie ein Ehrenmann. [...] Seine Miene sei nachdenklich ohne Strenge; denn ein allzu selbstbewusster Mensch erweckt den Eindruck, menschenfeindlich zu sein. Wer aber immer gleich zum Lachen geneigt und allzu vergnügt ist, wird für einen unfeinen Menschen gehalten; davor muss man sich nicht zum wenigsten hüten“ (11).

Der Autor dieses Textes ist, wie bei fast allen Hippokratischen Schriften, nicht namentlich bekannt. Ihm ging es jedenfalls, das können wir seinen Worten entnehmen, vor allem um die gesellschaftliche Anpassung des Arztes. Seine Schrift ordnete sich damit in die Reihe mehr oder weniger absichtsvoller Reflexionen angemessenen Verhaltens ein, wie sie in den Einleitungen der Dialoge Platons (427-347 v. Chr.), der Ethik des Aristoteles (384-322 v. Chr.), den Charakteren Theophrasts (372-287 v. Chr.) oder der Neuen Komödie Athens zum Ausdruck kamen. Vom Ideal des „guten“ Atheners aus der zweiten Hälfte

des 4. Jahrhunderts war dieses Bild des „guten“ Arztes nicht sehr fern. Es zeichnete sich dadurch aus, dass es nicht an abstrakten Idealen gemessen wurde, sondern lediglich an jenen Forderungen, die man vernünftiger Weise an ein erträgliches Zusammenleben der Menschen stellen konnte.

Daraus ergab sich allerdings auch die Notwendigkeit, dass der Arzt die Wirkung berücksichtigte, die er auf seine Patienten ausübte. Deshalb sprach der Hippokratische Autor immer wieder über den Eindruck, den der Arzt auf seine Umwelt machen könnte und machen sollte. Angesichts der unsicheren wirtschaftlichen Lage, in der sich der griechische „Wanderarzt“ befand, war sein gewandtes Auftreten den zahlenden Patienten gegenüber für ihn von großer finanzieller Bedeutung.

Im Fall eines gravierenden Kunstfehlers drohte dem Arzt der Verlust seines Ansehens und seiner Stellung weit über die eigene Stadt hinaus. Der schlechte Ruf eilte ihm voraus und diskreditierte ihn unter Umständen so sehr, dass er seinen Beruf überhaupt nicht mehr ausüben konnte. Noch der schon bei seinen Zeitgenossen als Prominenten-Arzt, Experimenteller Physiologe und wissenschaftlicher Autor berühmte Galen von Pergamon (129-199) schilderte den Fall eines jungen ehrgeizigen Arztes, der in Alexandria eine gute Ausbildung genossen hatte, der aber dann vergeblich und unter erheblichen

Nebenwirkungen versuchte, die Frau eines reichen Bürgers der Stadt Pergamon von ihrer Kinderlosigkeit zu heilen. Der Arzt verließ daraufhin ohne Honorar die Stadt. Doch alles Bemühen um eine neue Existenz blieb zum Scheitern verurteilt, so berichtete Galen, denn trotz seiner unbestrittenen Fähigkeiten begleiteten böse Gerüchte den Unglücklichen und verhinderten sein berufliches Fortkommen (2, 18).

Doch nicht nur in Antike und Mittelalter, sondern auch noch im 18. und frühen 19. Jahrhundert kam zumindest die wirtschaftliche Beziehung zwischen Patient und Arzt einer Kunden-Unternehmer-Beziehung recht nahe, denn in die Zahlung des Honorars für die ärztliche Behandlung waren keine Krankenkasse und keine Kassenärztliche Vereinigung als vermittelnde Instanzen involviert. Zumindest wohlhabende Patienten bezahlten den Arzt direkt und erwarteten dafür einen entsprechenden Service. Dieses Verfahren konnte den Arzt durchaus in gewisse Schwierigkeiten bringen, wenn nämlich sein „Kunde“ nach der Behandlung nicht zufrieden war.

Solche berufsstrategischen Gesichtspunkte leiteten zum Beispiel die 1718 veröffentlichten Überlegungen des Professors Georg Daniel Coschwitz (1679-1729) aus Halle über den ärztlichen Hausbesuch. Die regelmäßige Krankenvsichte war nämlich nicht nur ein Ausweis des sorgfältigen und um seine Patienten

bekümmerten Arztes; im Übermaß ausgeführt konnte sie ein Zeichen für die Geldgier des Doktors sein. Coschwitz warnte davor, dass „Ärzte aus übermäßiger Liebe zum Geld, vor allem in den Gegenden, wo die Sitte der Krankenbesuche blüht und das Honorar nach der Zahl der Visiten bezahlt wird, allzu häufig [...] die Kranken besuchen [...] und gerade dadurch [...] beschwerlich werden. Daher machen sie nach einer Weile [...] die Erfahrung, dass diese Menschen einen solchen Arzt fürchten, weil sie sagen: 'Er überläuft die Patienten zu sehr, Leute von unserer Art können die Gänge nicht bezahlen'. Und so kommt es, dass die Ärzte ohne Kranke bleiben und ihre gesamte Praxis verlieren“ (10).

Solche Verhaltensregeln darf man nicht nur als abstrakte Vorschriften lesen, vielmehr lässt sich aus ihnen zumindest mittelbar auch ein historischer Gehalt erschließen: Die angeprangerten Zustände hatten offenbar einen realen Hintergrund, gegen den polemisiert wurde. Die Beschreibung des „richtigen“ ärztlichen Verhaltens kann auf diese Weise als kontrastierendes Ideal zur zeitgenössischen Wirklichkeit interpretiert werden. Insgesamt können wir eine relativ hohe Konstanz im Gedankengut der frühneuzeitlichen standeskundlichen Literatur feststellen. Übernommen wurden von der Antike etwa die Gebote des Hippokratischen Eides, die Vorstellungen über Eigenschaften und Verhalten des Arztes und seinen Umgang mit den Kranken.

Die Ursache für diese Kontinuität war vor allem, dass die Ärzte nach wie vor den Ansprüchen einer gebildeten Oberschicht nachkommen mussten, aus der sich ihre Patienten überwiegend rekrutierten. Für die Unterschichten gab es hingegen keinen jederzeit verfügbaren *Physicus*. Die Frage, ob dies angesichts der aus heutiger Perspektive sehr geringen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der frühneuzeitlichen Heilkunde eher ein Fluch oder vielleicht eher ein Segen war, möchte ich jetzt nicht definitiv entscheiden.

Wie im Mittelalter wurde aber noch im 17. und 18. Jahrhundert vom Arzt eine religiöse Grundhaltung gefordert. Im Namen der christlichen Nächstenliebe wurde er grundsätzlich auch zur Hilfe für Randgruppen, für Zahlungsunfähige, Sterbende und Unheilbare aufgefordert. Habgier, Ruhmsucht und Neid auf die Kollegen galten als Kardinalfehler (12). Vor allem die Vergütung der Ärzte nach Einzelleistungen, nicht jedoch nach dem Heilerfolg, wurde bereits im 18. Jahrhundert scharf kritisiert.

Der Arzt und Schriftsteller Johann August Unzer (1727-1799), der im damals dänischen Altona praktizierte, veröffentlichte 1769 in seinem aufklärerischen Periodikum *Der Arzt* mit einer gehörigen Portion Ironie einige mehr oder minder authentische Leserbriefe, die sich dem Thema der Honorierung ärztlicher

Leistungen widmeten. Unzer wollte die Ärzte dadurch mit der meist sehr prosaischen Denkweise ihrer potenziellen Patienten bekannt machen. So schrieb ein vermutlich fiktiver Patient namens Poltrian Nährlich an Unzer:

„Sie und alle Welt sollen über die Unverschämtheit meines Arztes richten. Ich hatte ein wenig Blutspeyen, das in zwey Tagen kaum ein Eimerchen Blut betrug, welches ich aushustete. Darüber kam er ein Paarmal in der Nacht zugelaufen, weil es mir zu arg wurde, daß ich ihn rufen ließ. Für einen solchen Weg, der doch nur ein Katzensprung ist, setzt er mir einen Reichsthaler an, und läßt sich doch auch seine andern Besuche wie gewöhnlich bezahlen. Ey, wahrhaftig, dies Brodt ist leicht verdient! [...] Soll ich mich zum armen Manne doctern; so will ich lieber crepiren“.

Eine erzürnte Witwe beklagte sich wie folgt: „Ist das wohl recht, daß ich für meinen seligen Mann den Doctor bezahlen soll, da er doch gestorben ist, und er ihm nicht geholfen hat? Ich habe es endlich genug, zu bezahlen. Allein ich will doch auch mein Geld nicht auf die Straße werfen. Er hatte die Wassersucht. Drey mal ist ihm das Wasser abgezapft worden, und doch hat alles nichts geholfen. Er sagte selbst noch eine Stunde vor seinem Ende: 'Frau, es hilft nichts; ich muß doch sterben; gieb dem Kerl keinen Dreyling, weil er mich crepiren läßt'. Nun ist er crepirt; also soll er keinen Dreyling haben“.

Solche Äußerungen lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass all die Rollen normierenden Traktate der in stilistisch perfektem Neulatein schreibenden Gelehrten sehr viel dazu beigetragen hätten, das Ansehen des ärztlichen Standes bei den Patienten - ihren Kunden - zu heben. So ließ Unzer einen Patienten namens Meinhart Unbedacht vorschlagen: „Man sollte die Doctores anhalten, bey ihrer Profession noch ein Handwerk zu treiben, damit sie nicht so, wie Wölfe, über ihre Kranken herfallen müßten, weil sie die Noth dazu treibt“ (24).

Der in Mannheim lebende Protagonist der katholisch-konservativen medizinischen Volksaufklärung am Ende des 18. Jahrhunderts, Franz Anton Mai (1742-1814), bot in seinem ebenfalls in ironischem Ton gehaltenen Werk *Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette*, das im Jahre 1800 in zweiter Auflage erschien, eine psychologische Erklärung für die Undankbarkeit der Patienten und deren Kritik am ärztlichen Honorar an. So wie die Zeit die Empfindungen der Freude, der Liebe und der übrigen Leidenschaften stumpf und gefühllos mache, zerstöre sie auch das Gefühl der Dankbarkeit: „Kaum ist die Gefahr bei dem Kranken vorüber, in welchem Zeitpunkte man dem Arzte Ehrensäulen der Danksagung aufrichtet, so macht man sich schon die Vorwürfe, daß man die Zahl der Visiten mit einer ökonomischen Kreide aufzuzeichnen

vergessen hat. [...] Es ist bei vielen Kranken nicht genug, den Doktor schlecht bezahlt zu haben, sie schänden, sie schmähen noch“, so klagte der prominente Mannheimer Geburtshelfer und Heidelberger Hochschullehrer (5, 20).

Eine Generation später veröffentlichte 1836 der praktizierende Arzt und Berliner Professor Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) das *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis*, ein Vermächtnis seiner fünfzigjährigen Berufserfahrung. An den Schluss dieses mehr als 700 Seiten umfassenden Werkes stellte Hufeland einen ärztlichen Verhaltenskodex, in dem er die Beziehungen des Arztes zu den Kranken, zur Öffentlichkeit und zu den Kollegen ansprach.

Hufelands Text begann mit traditionalistischem Pathos, er entwarf ein übersteigertes Arztideal, wie es wohl nur in der Phantasie eines staatlich wohl besoldeten Professors gedeihen konnte: Leben für Andere, nicht für sich, das sei das Wesen des Arztberufs. Nicht allein Ruhe, Vorteile, Bequemlichkeiten und Annehmlichkeiten des Lebens, sondern Gesundheit und Leben selbst, Ehre und Ruhm müsse er dem höchsten Zweck, der Rettung des Lebens und der Gesundheit Anderer, aufopfern. Die Heilkunst sei demnach eine der erhabensten und göttlichsten, indem ihre Verpflichtungen mit den ersten und heiligsten Gesetzen der Religion und Menschenliebe genau zusammen flössen. Nur ein

reiner moralischer Mensch könne Arzt im wahren Sinne des Wortes sein, und nur ein solcher Arzt könne Glück in seinem Beruf finden.

Wenig Nachsicht kannte der Königlich Preußische Leibarzt und Lehrstuhlinhaber mit seinen niedergelassenen Kollegen, die als Dienstleister um ihre Existenz ringen mussten, weil sie auf die Honorare ihrer Patienten dringend angewiesen waren: „Wehe dem Arzte, der Ehr- oder Gelderwerb zum Ziel seines Strebens macht! Er wird im ewigen Widerspruche mit sich selbst und seinen Pflichten stehen; er wird seine Hoffnungen ewig getäuscht und sein Streben nie befriedigt finden, und zuletzt seinen Beruf verwünschen, der ihn nicht lohnt - weil er seinen wahren Lohn nicht kennt“.

Hufelands romantisches Bild vom Arzt war das des individuell schaffenden Künstlers, der nicht durch „mechanische Geschäftigkeit“, sondern durch das „Aufnehmen des Gegenstandes ins innerste Gemüth“ charakterisiert werde. Jede Kur müsse, wenn sie gut sein solle, nicht etwa nachgeahmt, sondern „neu erfunden“ werden. Hinter dieser Ansicht stand die medizintheoretische Auffassung, dass der menschliche Organismus ein zu komplexes Gebilde sei, als dass er durch eine wissenschaftliche Analyse vollkommen erforscht werden könnte.

Für Hufeland gab es deshalb nicht einen einzigen „richtigen“ Weg der Therapie, sondern mehrere mögliche Wege. Der Arzt durfte folgerichtig auch nicht an seinem therapeutischen Resultat gemessen werden: „Der Erfolg und die nothwendig darauf allein sich gründenden Beurtheilungen stehen nicht in unserer Gewalt, und müssen uns daher völlig gleichgültig sein. Fragt die besten Aerzte, und sie werden euch sagen, dass sie bei ihren unglücklich ausgefallenen Kuren oft weit mehr Kunst und Mühe angewendet, und also mehr inneres Verdienst erworben hatten, als bei den glücklichen. [...] Das Einzige, was bei der Kur in unserer Gewalt steht, ist die Ueberzeugung, redlich unsere Pflicht erfüllt zu haben. Und dies ist genug“.

Gleichwohl war sich Hufeland dessen bewusst, dass makroökonomische Zusammenhänge auch für Ärzte und Patienten Relevanz besaßen. So findet sich sogar eine Vorwegnahme gegenwärtiger Sparappelle an die ärztlichen Leistungserbringer in seiner Schrift, denn die Beachtung von Kosteneffektivität und ökonomisch sinnvollem Handeln ist ebenfalls keine Erfindung des 21. Jahrhunderts. Hufeland kombinierte seinen Vorschlag zum Gesundheitsmanagement mit einem national gesinnten politischen Appell: „Wo es irgend ohne Nachtheil für den Hauptzweck möglich ist, wähle man das wohlfeilere Mittel statt des theuren, das inländische statt des ausländischen. - Es gehört ja auch zur Erleichterung des Uebels, die der Arzt übernommen hat, die

Kosten zu vermindern, wenigstens sie nicht ohne Noth zu vermehren; und zu den Pflichten des guten Staatsbürgers, dem Staate jede Ausgabe im Ausland zu ersparen“.

Der Königlich-Preußische Professor sah also eine wirtschaftliche Verantwortung des Arztes sowohl dem Kranken wie der Allgemeinheit gegenüber, und das bereits ein halbes Jahrhundert ehe in Deutschland die Gesetzliche Krankenversicherung als die seither entscheidende ökonomische Regulationsinstanz zwischen Patienten und Ärzten etabliert wurde.

Ebenso kannte Hufeland die Abhängigkeit des ärztlichen Unternehmers von der öffentlichen Meinung. Um diese günstig zu beeinflussen, empfahl er dem Arzt als „PR-Maßnahmen“ die klassischen Tugenden Mäßigkeit, Bescheidenheit, Klugheit, Besonnenheit und Verschwiegenheit. Die Verschwiegenheit wollte er allerdings auch besonders dann gewahrt wissen, wenn es darum ging, über die Kunstfehler von Kollegen zu richten. Hier war Hufelands Maxime nicht eine saubere Qualitätskontrolle durch die transparente Analyse von Unzulänglichkeiten, sondern vielmehr deren kollegiale Vertuschung. Eine öffentliche Mängelrüge widerstreite den Grundsätzen von Moral und Religion, die es geböten, die Fehler anderer nicht aufzudecken, sondern zu übersehen und

zu entschuldigen. Außerdem müsse derjenige, der kritisch über Kollegen urteile, damit rechnen, später einmal ebenso behandelt zu werden (15).

Gut zehn Jahre nach Hufelands Tod breitete sich die naturwissenschaftliche Methode definitiv in der Medizin aus. Für diese Methode war der junge Berliner Pathologe Rudolf Virchow (1821-1902) erstmals 1847 öffentlich eingetreten. Er beschrieb sie als die experimentelle Überprüfung einer durch Analogie und Induktion gefundenen Hypothese, die ein logisch notwendiges und vollkommen bewusstes Handeln zu einem klar definierten Zweck darstelle (26). Während der fehlgeschlagenen bürgerlichen Revolution von 1848, die auch mit einer Reform des Gesundheitswesens verknüpft werden sollte, schrieb Virchow aber mit derselben Überzeugung: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Grossen“ (27). Diese beiden Fixpunkte, nämlich die fachliche Orientierung der Medizin an den Naturwissenschaften und ihre Ausübung als eine Tätigkeit mit sozialer Verantwortung, kennzeichneten erst in ihrer gegenseitigen Verschränkung den reformerischen Impuls, der von Rudolf Virchow ausgehen sollte.

Wenn man seinen weit greifenden Gedanken von der Politik als *Medizin im Großen* umkehrte, dann konnte man die Medizin wohl auch als eine *Politik im Kleinen* interpretieren und daraus zugleich ein neuartiges Rollenverständnis für

den Arzt ableiten: Dieser sollte sich nicht mehr nur auf die Diagnostik und eine wissenschaftlich fundierte Therapie von Krankheiten beschränken, sondern zugleich eine sozialpolitische Aufgabe im Dienst der Patienten und des ganzen Staates übernehmen. Zu dieser Auffassung hatten Virchow jene wissenschaftlichen Beobachtungen geführt, die er im Auftrag der Preußischen Regierung im Vorfrühling 1848 bei einer Fleckfieber-Epidemie in Oberschlesien machte. Virchow beschuldigte die träge und politisch reaktionäre preußische Beamten-schaft als einen wesentlichen Faktor für die Ausbreitung der Seuche (28). Diese politisch linksliberale Meinung trug dazu bei, dass er seine Karriere in Berlin zunächst beenden musste, um von 1849 bis 1856 für sieben Jahre nach Würzburg zu gehen, wo er den ersten deutschen Lehrstuhl für Pathologische Anatomie übernahm.

Die Vorstellung, dass zwischen Arzt und Patient ein rein kommerzielles Anbieter-Kunden-Verhältnis bestehen könnte, wäre für Rudolf Virchow inakzeptabel gewesen. Er sah den Arzt als einen medizinischen und sozialpolitischen Anwalt der Kranken und überhaupt aller Bürger im Staat an. Diese Einstellung dokumentierte er auch durch sein persönliches Engagement: Seit 1859 war der 1856 nach Berlin zurück berufene Virchow Stadtverordneter, 1861 gehörte er zu den Mitbegründern der linksliberalen *Deutschen Fortschrittspartei*, 1862 wurde er Mitglied des Preußischen Landtages, und von

1880 bis 1893 war er Reichstagsabgeordneter. Sein letztlich unerfüllter Wunsch blieb die Konstituierung einer humanen Gesellschaft und einer sozialen Medizin, die beide gemeinsam auf einer wissenschaftlich fundierten, physiologischen Grundlage entstehen sollten (3).

Seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Deutschen Reich während der 1880er Jahre durch den damaligen Reichskanzler und Virchow-Antipoden Otto von Bismarck (1815-1898) hat sich das Verhältnis von Arzt und Patient in seiner ökonomischen Dimension in Deutschland enorm gewandelt. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts etablierte sich seit der Reichsversicherungsordnung von 1911 das System einer umfassenden obligatorischen Krankenversicherung für praktisch alle Arbeitnehmer in einem solchen Ausmaß, dass es uns heute manchmal als kaum noch vorstellbar erscheint, wie die Menschen all die Jahrhunderte zuvor ohne diese machtvolle Institution leben und überleben konnten.

Wer krank wird, geht zum Arzt, wird von diesem als Patient nach den anerkannten Regeln der Kunst behandelt, und anschließend zahlt die Krankenkasse sämtliche Behandlungskosten. So sind wir es gewohnt, und wir glauben fast, dieser Ablauf sei so etwas wie ein Naturgesetz. Anders als im Verhältnis zwischen Kunden und Lieferanten sieht es für uns in der Regel so

aus, als müssten wir für die medizinischen Leistungen „nichts“ bezahlen, weil dieses Thema allein die Sache der Krankenversicherung sei. Wenn die Gesundheitspolitiker neuerdings von mehr „Selbstbeteiligung“ der Versicherten an den Krankheitskosten sprechen, so fördern sie unbewusst oder gar bewusst weiterhin die Illusion, dass die Bürger sich bislang an diesen Kosten nicht beteiligt hätten.

Die Wirklichkeit ist zweifellos eine ganz andere. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern durch monatliche Abzüge von ihren Gehältern aufgebracht, die lediglich aus sozialpolitischen Gründen, deren Kalkül man bis zu Otto von Bismarck zurück verfolgen kann, zur Hälfte als „Arbeitgeberbeiträge“ deklariert werden. Es handelt sich dabei aber selbstverständlich nicht um zusätzliche mildtätige Spenden der Unternehmen an ihre Mitarbeiter, sondern um Gehaltsanteile, die allein durch die Arbeitsleistung der Beschäftigten erwirtschaftet werden.

In die Krankenversicherung zahlen alle Arbeitnehmer ein, während nur diejenigen, die tatsächlich krank werden und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, davon finanziell profitieren. Die Krankenversicherung soll die für das Kollektiv zwar global berechenbaren, für den Einzelnen im Voraus aber unkalkulierbaren - weil ungewissen – realisierten Krankheitsrisiken aller ihrer

Mitglieder finanziell abdecken und so zwischen Gesunden und Kranken einen ökonomischen Ausgleich schaffen.

Dadurch, dass die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem Einkommen, nicht aber nach den Krankheitsrisiken der Mitglieder gestaffelt sind, wird zusätzlich ein sozialer Ausgleich zwischen Wohlhabenden und weniger Begüterten angestrebt. Dafür hat sich der bürokratisch-unhandliche Terminus „Umlageverfahren“ eingebürgert. Als rechtsethische Begründung für beide in der GKV miteinander verkoppelten Formen des Ausgleichs, sowohl für den zwischen Gesunden und Kranken als auch für den zwischen Reichen und Armen, wird häufig das Solidaritätsprinzip angeführt.

Über die richtige Auffassung des Solidaritätsprinzips und die damit verbundenen zahlreichen Missverständnisse möchte ich heute Abend nicht streiten. Die entsprechende Debatte wird derzeit in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene geführt, etwa wenn es um die - freilich nur grob umrissenen - Alternativen „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“ geht. Hier würde die „Bürgerversicherung“ als eine Art Quasi-Steuer eher den sozialen Ausgleich zwischen den mehr und den weniger Begüterten betonen, während die egalitaristische „Kopfpauschale“ gerne damit begründet wird, der Chauffeur erleide den gleichen Herzinfarkt wie sein Generaldirektor und werfe die gleichen

Behandlungskosten auf; deshalb müsse er im Prinzip auch den gleichen Krankenversicherungsbeitrag leisten wie sein Chef. Gegenseitige Solidarität solle es in der Krankenversicherung vorrangig zwischen Gesunden und Kranken geben, nicht aber zwischen Reichen und Armen.

Doch wie meistens im Leben, so steckt bei diesen politisch propagierten Schlagwörtern der Teufel im Detail. Auch die „Bürgerversicherung“ würde Beitragsbemessungsgrenzen enthalten und die „Kopfpauschale“ würde nicht ohne steuerliche Erleichterungen oder direkte staatliche Transferzahlungen für die unteren Einkommensbezieher funktionieren.

Worauf es in unserem Zusammenhang ankommt, ist vor allem die Tatsache, dass der einzelne Versicherte im Rahmen einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung in zweifacher Hinsicht nicht über diejenigen wesentlichen Merkmale eines souveränen Kunden verfügt, die ihn als den potenziellen Käufer eines Nadelstreifenanzugs auszeichnen: Zum Einen kann er sich bei einer schweren Erkrankung kaum den völligen „Konsumverzicht“ medizinischer Dienstleistungen erlauben; er hat also keine Kundensouveränität gegenüber dem Arzt. Zum Anderen kann der Patient den Preis für die erbrachten Leistungen nicht wie in einem durch Angebot und Nachfrage ideal geregelten Markt durch direkte Verhandlungen mit dem Arzt beeinflussen. Vielmehr muss er Monat für

Monat einen fest stehenden Beitrag an die Krankenkasse überweisen lassen, dessen Höhe sich erstens durch sein Monatsgehalt respektive durch die von der Bundesregierung jährlich neu festgelegte Beitragsbemessungsgrenze und zweitens durch den Beitragssatz seiner Krankenkasse bestimmt.

Auch der Beitragssatz, der derzeit im Durchschnitt bei mehr als 14 Prozent des Bruttogehaltes liegt, wird wesentlich von sozialpolitischen Rahmenbedingungen determiniert. Von *einem* Faktor ist die Beitragshöhe hingegen jedenfalls weitgehend unabhängig, zumindest aus der individuellen Sicht des „Medizin-Kunden“ Gottlieb Häberle: Egal, ob er viel oder wenig zum Arzt geht, egal ob er viele oder wenige Arzneimittel benötigt, sein Krankenversicherungsbeitrag ändert sich dadurch nicht, wenigstens nicht sofort und unmittelbar. Herr Häberle hat also gar keinen finanziellen Anreiz zu sparen und schonend mit den Ressourcen seiner Krankenkasse umzugehen.

Die Grundidee der solidarischen gesetzlichen Krankenversorgung ist einleuchtend: Da Krankheiten den Einzelnen nur selten präzise vorhersehbar treffen und da ihre Behandlungskosten zum Teil enorm hoch sein können, erscheint es vernünftig, dass man zum Zweck ihrer finanziellen Bewältigung ein kollektives System errichtet, in das alle gemäß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einzahlen und aus dem dann die Behandlungskosten für

diejenigen getragen werden, die eine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen müssen. In einem derartigen System kann es aber konsequenter Weise keine „Kunden“ geben, sondern nur Versorgungsberechtigte, deren Ansprüche von der Solidargemeinschaft festgelegt bzw. begrenzt werden müssen. Dies erfordert nämlich das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit: Hätte jeder Versicherte Anspruch auf unbegrenzte Leistungen, dann würden entweder die Beiträge aller in kürzester Zeit explodieren oder es gälte die darwinistischen Regeln der Rationierung *Wer zuerst kommt mahlt zuerst* und *Den Letzten beißen die Hunde*.

Das solidarische System der Krankenversicherung hat nun wegen der notwendigen Berücksichtigung des Prinzips der Verteilungsgerechtigkeit erhebliche Folgen für den medizinischen Krankheitsbegriff und damit zugleich massiven Einfluss auf das ärztliche Denken und Handeln. Würde man Krankheit in Übereinstimmung mit dem sozialen Konstruktivismus der Postmoderne unter einem relativistischen Aspekt betrachten, so dass sie wesentlich als eine Sache der Selbstausslegung der Betroffenen erschiene, deren individuelle Krankheitsdeutungen natürlich von einander divergieren, dann wäre ein solidarisches Gesundheitssystem kaum noch tragfähig. Denn dieses basiert ja gerade auf dem Gedanken, dass sich die Mitglieder gemeinschaftlich gegen mehr oder weniger die gleichen Schicksalsschläge absichern wollen. Daher muss eine

gewisse Homogenität der Interessen und der Definition dessen, was intersubjektiv als Krankheit gewertet wird, gegeben sein.

So lässt sich nun besser verstehen, weshalb diejenigen, die im Gesundheitswesen auf radikale Marktlösungen setzen und damit den Patienten als mündigen „Kunden“ betrachten wollen – wie etwa der liberale texanische Bioethiker H. Tristram Engelhardt, Jr. oder der konservative Konstanzer Soziologe Horst Baier (1) – zugleich ein individualistisches und relativistisches Krankheitskonzept propagieren, während diejenigen, die für sozialstaatliche Lösungen nach dem bisherigen Muster der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten, objektive oder zumindest intersubjektive Kriterien für Leistungseingrenzungen brauchen, die für alle Beteiligten gleichermaßen akzeptabel sind (30).

Dies geht nur mithilfe eines universalistischen Krankheitskonzepts, sei es nun seinerseits biologisch (9) oder ethisch (8, 13) begründet. Dieser Befund gilt übrigens trotz der von der GKV verschiedenen Form der Beitragsberechnung nach dem Risikoäquivalenzprinzip auch für die Mitglieder einer privaten Krankenversicherung, da sie ebenfalls eine Solidargemeinschaft – wenn auch eine solche von Alterskohorten mit vergleichbaren Krankheitsrisiken - bilden.

Wenn Patienten als selbst ihre Nachfrage und damit indirekt auch den Preis bestimmende Kunden angesehen werden sollen, dann ist dies – so müssen wir folgern - in einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen mit begrenzten Budgets und einem intersubjektiv definierten Krankheitsbegriff kaum realisierbar. Wie wichtig der Krankheitsbegriff im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist, zeigt ein Blick in das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V). So definiert § 11, worauf die Versicherten einen Anspruch haben: etwa auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, auf Leistungen zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

Doch schon § 12 schränkt mit einem Wirtschaftlichkeitsgebot die Leistungspalette ein. Dort heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Nirgendwo wird aber im Sozialgesetzbuch definiert, was „Krankheit“ eigentlich ist oder was als „Krankheit“ gelten soll. Der normative Krankheitsbegriff des Sozialgesetzbuches ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen genauere Interpretation im Konfliktfall nicht Ärzte, sondern Sozialrichter vornehmen.

In der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts haben sich bestimmte Auslegungsformeln herausgebildet, die den Sozialgerichten zur Orientierung dienen, obwohl sie zum Teil tautologisch sind bzw. das normative Problem nur sprachlich kaschieren. So versteht das Bundessozialgericht unter Krankheit einen „regelwidrigen [...] Körper- oder Geisteszustand [...], der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (29).

Unklar bleibt bei dieser Definition jedoch, auf welchen Normbegriff von Gesundheit sich der Terminus „regelwidrig“ beziehen soll – auf eine statistische Norm, auf eine bewertende (evaluative) Norm oder auf eine vorschreibende (präskriptive) Norm? Die Verhältnisse werden dadurch nur wenig transparenter, dass das Bundessozialgericht im Jahre 1967 die Regelwidrigkeit als eine „Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm“ (BSGE 26, 240, 242) zu bestimmen suchte (21). Diese Regelwidrigkeit liege aber erst dann vor, wenn Funktionsstörungen vorhanden seien. (BSGE 35, 10, 12). Die Funktionsstörungen werden ihrerseits daran festgemacht, dass eine wesentliche körperliche oder psychische Funktion nicht (mehr) im befriedigenden Umfang ausgeübt werden könne.

Doch was sind „wesentliche“ Funktionen, was ein „befriedigender“ Umfang? Letztendlich wird in all diesen Versuchen der Definition des Krankheitsbegriffs immer nur ein normativer Ausdruck durch einen oder mehrere andere normative Ausdrücke ersetzt und damit das eigentliche Problem zwar verschoben, aber nicht wirklich gelöst.

Diese Aporie hinsichtlich eines schon wegen der solidarischen Finanzierung unseres Gesundheitswesens eigentlich notwendigen, verbindlichen normativen Krankheitsbegriffs hat dazu geführt, dass seitens der Medizin neue Krankheiten nicht nur entdeckt, sondern geradezu „erfunden“ wurden und werden. In einem Gesundheitswesen, in dem nicht der Patient als unmittelbar betroffener „Kunde“ die Rechnung für die gelieferte Ware oder die erbrachte Dienstleistung bezahlt, sondern in dem die scheinbar anonyme Bürokratie von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen für die finanziellen Transaktionen verantwortlich ist, kann es angesichts der sozialrechtlichen Unschärfe des Krankheitsbegriffs durchaus lukrativ sein, neue Krankheiten zu erschaffen, durch wissenschaftlich verbrämte Propaganda für deren Behandlung eine Nachfrage zu erzeugen und die Kosten sodann der wehrlosen Versichertengemeinschaft aufzubürden.

Der SPIEGEL-Journalist Jörg Blech hat in seinem im Oktober 2003 erschienenen Buch *Die Krankheitserfinder* detailliert geschildert, „wie wir zu Patienten gemacht werden“ (7). Gemeint sind mit den „Krankheitserfindern“ aber nicht jene „von unten“, also Personen, die dem Arzt gegenüber eine Krankheit nur vortäuschen, um einen sekundären Krankheitsgewinn etwa durch Krankschreibung zu erlangen. Vielmehr meint Jörg Blech mit diesem Ausdruck die Krankheitserfinder „von oben“, nämlich pharmazeutische Firmen und medizinische Interessenkonglomerate, die neu „designte“ Leiden als Industrieprodukte vermarkten.

Normale Prozesse des menschlichen Daseins werden in medizinische Probleme umgemünzt, die einer ärztlichen und meist medikamentösen Behandlung bedürfen. Diese ausufernde illegitime Inanspruchnahme des Alltags durch die Heilkunde bezeichnet man in Medizingeschichte und Medizinsoziologie gemeinhin als *Medikalisierung*. An ihr sind selbstverständlich auch ehrgeizige Wissenschaftler beteiligt, die durch die erstmalige Beschreibung eines neuen Krankheitsbildes bekannt werden und Karriere machen wollen.

Als Ausgangspunkt dieser auf die Erzeugung und Maximierung einer zuvor nicht bestehenden Nachfrage durch potenzielle Kunden zielenden Strategie erweist sich die Verbindung zweier Gedanken, deren einer sich bereits im Neuen

Testament findet: „Die Gesunden bedürfen des Arztes nicht, sondern die Kranken“, so spricht Jesus in Kapitel 2 Vers 17 des Markus-Evangeliums. Und im 20. Jahrhundert schrieb Aldous Huxley (1894-1963): „Die Medizin ist so weit fortgeschritten, dass niemand mehr gesund ist“. Dass man durch hinreichenden Einsatz moderner diagnostischer Verfahren, insbesondere durch die Erfassung klinisch-chemischer Parameter bei entsprechend strenger Normwertbildung nahezu jeden Bürger für „krank“ und vor allem für „behandlungsbedürftig“ erklären kann, kommt den Krankheitserfindern der Gegenwart sehr gelegen.

Da selbst der medizinische Laie heute weiß, dass sich viele gefährliche, meist chronische Erkrankungen – wie etwa die Hypertonie oder der Diabetes mellitus - zunächst einmal subjektiv nicht durch Beschwerden bemerkbar machen, sondern lediglich durch technische Untersuchungsverfahren erkannt werden können, fällt es ihm gar nicht mehr leicht, den Umkehrschluss als falsch zu durchschauen: Tatsächlich ist nämlich nicht alles schon deshalb pathologisch relevant, weil es nicht weh tut!

Da zwar der Patient, wie wir gesehen haben, kein wirklich souveräner Kunde, wohl aber die Medizin als Ganzes ein globales Geschäft geworden ist, das ebenso wie alle andere Branchen ständiges „Wachstum“ und somit eine

Ausweitung seines Geschäftsfeldes anstrebt, geht es hier nicht mehr vorrangig um die Linderung der Leiden hilfsbedürftiger Menschen in einer akuten Notsituation, sondern um das Schüren von Ängsten vor der Tücke zukünftiger Krankheiten, die man angeblich nur früh genug erkennen und prophylaktisch behandeln müsse, um sie beherrschen zu können.

Jörg Blech versammelt in seinem Buch ein ganzes Pandämonium von Beispielen für die Erfindung neuer Krankheiten, für die Ausweitung schon bestehender Indikationen teurer Arzneimittel und für die Verengung bislang geltender Normalwerte oder Referenzbereiche mit der Folge, dass ein Großteil der Bevölkerung auf einmal pathologische und therapiebedürftige Befunde aufweist. Die meisten von Ihnen werden schon von den „Wechseljahren des Mannes“, vom „Sisi-Syndrom“, vom allgemeinen „Vitaminmangel“, vom „chronischen Müdigkeitssyndrom“, von der gefährlichen Osteoporose bei Frauen im höheren Lebensalter oder von der „erektile Dysfunktion“ beim Mann gelesen und gehört haben. Letztere wird besonders häufig diagnostiziert, seit es die umsatzstarke Potenzpille *Viagra* gibt.

Das Interessante an all diesen erfundenen oder aufgebauchten Krankheiten ist, dass sie stets dann vermehrt aufzutreten scheinen, wenn ein neues, in der Regel sehr teures Medikament auf den Markt kommt, das gegen sie helfen soll. Sofern

es sich um bewährte und seit längerer Zeit eingesetzte Substanzen handelt, bietet sich alternativ eine Marktausweitung und damit eine Umsatzsteigerung an, indem die zur Indikation führenden Referenzbereiche noch strikter gefasst werden, so dass mehr Menschen als „krank“ und „behandlungsbedürftig“ gelten müssen.

Diese Entwicklung haben wir bei der seit Jahren eskalierenden Festsetzung immer niedrigerer „Normalwerte“ für Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin erlebt. Im Fall der Hypercholesterinämie sind die Referenzbereiche während der vergangenen drei Jahrzehnte Schritt für Schritt von 250 mg/dl auf 200 mg/dl oder gar auf 180 mg/dl abgesenkt worden, ohne dass dafür eine überzeugende, an klinischen Endpunkten (zusätzlich gewonnenen Lebensjahren) orientierte Evidenz vorläge. Die geschilderte Entwicklung beschränkt sich selbstverständlich nicht nur auf den therapeutischen Sektor, sie spielt sich ebenso im Bereich der Diagnostik ab, wie der aktuelle Streit um Nutzen und Schaden des PSA-Tests zur Früherkennung des Prostatakarzinoms nicht zuletzt unter dem Aspekt seiner mangelhaften Kosteneffektivität belegt (17).

Bei solchen ökonomisch motivierten Indikationen bleiben die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und allgemeiner gesprochen der Wissenschaftlichkeit in der Medizin überhaupt auf der Strecke; dies möchte ich, da ich heute keinen

primär wissenschaftstheoretischen Vortrag halte, nur als Nebenbefund oder „Kollateralschaden“ erwähnen.

Wenn man Patienten einerseits als Leistung nachfragende Kunden betrachtet, ihnen aber andererseits im Rahmen eines solidarischen Krankenversicherungssystems keine unmittelbare Kontrolle der entstehenden Kosten erlauben bzw. zumuten möchte, dann ist entweder der finanzielle Kollaps eines solchen Systems nicht zu verhindern oder es müssen ständig neue und fragwürdige dirigistische Eingriffe seitens der Politik vorgenommen werden, die mehr Einnahmen in das System bzw. weniger Ausgaben aus dem System zum Ziel haben. Beide Strategien machen aber die Metapher vom souveränen Kunden vollends zur Makulatur.

Ein tatsächlicher Zuwachs an „Kundensouveränität“ wäre – zumindest bei solchen Erkrankungen, die nicht mit einem hohen akuten Leidensdruck verbunden sind, durch den der Betroffene hilflos und unmittelbar schutzbedürftig würde – allenfalls dann vorstellbar, wenn der Patient und die Patientin mehr Freiheit im Hinblick auf die flexible Gestaltung seiner bzw. ihrer Krankenversicherung bekäme. Es ist aber keineswegs sicher, dass unser Gesundheitswesen einen beliebigen Zuwachs an individueller Gestaltungsfreiheit vertrüge, ohne dass ein erheblicher Konflikt mit dem

grundgesetzlich verbürgten Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit entstünde. Es müsste zumindest verhindert werden, dass manche Bürger ihre Versicherungsbeiträge und damit ihren Krankenversicherungsschutz so weit reduzieren, dass auch lebenswichtige Untersuchungen oder Therapien nicht mehr von der Versicherung abgedeckt wären.

Nicht selten wird daher vorgeschlagen, jeder Bürger müsse eine obligatorische Mindestversicherung eingehen, die ihm einen gewissen Basisschutz gewähre, um dann weitere Mittel für zusätzliche, variable Ergänzungsbausteine seiner persönlichen Wahl einsetzen zu können.

Diese Idee, die in Analogie zu einer künftig teilprivatisierten Rentenversicherung entwickelt wurde, leidet aber unter einem erheblichen Manko: Es gibt nicht einmal eine vage Aussicht darauf, dass wir in der Lage wären, uns darüber zu einigen, welche Leistungen konkret in einer derartigen „Basisversicherung“ enthalten sein müssten: Gehört eher die Kortisonsalbe gegen ein Ekzem dazu oder vielleicht eher die Lebertransplantation? Müsste in einer Kommunikationsgesellschaft eher das Hörgerät bei Altersschwerhörigkeit von der Basisversicherung bezahlt werden oder eher das Insulin für den jugendlichen Diabetiker? Diese Fragenkette ließe sich beliebig verlängern, eindeutige Antworten bekämen wir auf sie nicht.

Die Ursache für diese offenkundige Aporie ist wie schon im Falle des Krankheitsbegriffs darin zu suchen, dass Ausdrücke wie „Basisschutz“ oder „Grundsicherung“ nicht rein deskriptiven, sondern eben auch deutlich normativen Charakter haben. Sie sind nicht naturgegeben, sondern müssen mit konkretem Inhalt gefüllt werden, der seinerseits von bestimmten Wertvorstellungen abhängt (4). In einer pluralistischen Gesellschaft wie der unseren kann man nicht damit rechnen, über derartige Wertefragen einen allgemeinen Konsens zu erreichen. Deshalb kann individuelle Verantwortung im Gesundheitswesen nicht durch ein Bausteinsystem von vorgeschriebenem „Basisschutz“ und individuell flexibler „Zusatzversicherung“ implementiert werden.

Die medizinische Wissenschaft und die auf ihr zumindest prinzipiell aufbauende Art und Weise der Krankenversorgung sind viel zu komplex, als dass der einzelne Bürger in der Lage wäre, sich ein klares Bild von den für ihn persönlich optimalen Bestandteilen einer individuell maßgeschneiderten Krankenversicherung zu machen, die noch dazu alle zukünftigen Eventualitäten seiner zu erwartenden Patientenkariere mit berücksichtigen müssten. Während bei einem derartigen Vorhaben zwar ein deutlicher Verlust an sozialer Sicherheit in Kauf zu nehmen wäre, stünde dem kein tatsächlicher Gewinn an persönlicher

Entscheidungsfreiheit gegenüber, der über das Niveau eines bloßen Lotteriespiels mit den eigenen Krankheitsrisiken hinaus ginge.

Welche ethisch vertretbare Alternative gäbe es also zu diesem wegen seiner zu starken normativen Prämissen nicht realisierbaren Bausteinsystem aus gesetzlich vorgeschriebenem „Basisschutz“ und individuell wählbarer „Zusatzversicherung“? Eine solche Alternative dürfte einerseits die soziale Sicherheit - hier also vorrangig das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit - nicht unverhältnismäßig tangieren, sie sollte jedoch andererseits die persönliche Entscheidungsfreiheit des Bürgers bzw. des Versicherten nachhaltig stärken. Im Bereich der privaten Krankenversicherung ist eine derartige Alternative bereits heute in Ansätzen entwickelt, und es könnte sich lohnen, über deren strukturierte Ausweitung auf die gesetzliche Krankenversicherung zumindest ernsthaft nachzudenken.

Es geht dabei um eine vom Versicherten zu wählende maximale, individuelle, prozentuale Zusatz-Beteiligung an den Krankheitskosten, zum Beispiel für Medikamente und für ambulante ärztliche sowie zahnärztliche Behandlung. Dabei würde nicht zwischen „wichtigen“ und „unwichtigen“ Diagnose- und Therapiemaßnahmen differenziert, da die Schwierigkeiten einer normativ eindeutigen Bestimmung dieser Begriffe zu groß wären. Vielmehr könnte der

Versicherte individuell entscheiden, mit welchem maximalen jährlichen Betrag er sich an dem jeweiligen Sektor seiner Krankheitskosten (Medikamente, Arztbesuche, Zahnersatz etc.) zusätzlich beteiligen möchte, sofern sein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag dadurch entsprechend deutlich gesenkt werden kann.

Das Prinzip sähe etwa so aus: Die Krankenversicherung zahlt für jede in Anspruch genommene Leistung beispielsweise 75% und der Patient 25%, bei ad-äquater Reduktion des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags. Setzt man zusätzlich einen einkommensabhängigen Höchstbetrag für die Selbstbeteiligung von zum Beispiel 1.000 EUR im Jahr fest, so würde dies bedeuten, dass der Versicherte sich an sämtlichen medizinischen Leistungen bis zu einem Maximalbetrag von jährlich 4.000 EUR mit jeweils 25% der Kosten beteiligen müsste. Sind die im Kalenderjahr aufgelaufenen Krankheitskosten höher als 4.000 EUR, so zahlt die Krankenversicherung 100% des übersteigenden Betrages. Nach ersten Erfahrungen im Bereich der privaten Krankenversicherung ist der Kosten bremsende Effekt eines solchen Prozenttarifs immerhin erkennbar, da die Patienten bei jeder Leistung tatsächlich als zahlende „Kunden“ ökonomisch in Aktion treten können (6).

Eine derartige Regelung, deren Details sich freilich ebenfalls viel komplizierter gestalten würden als ich sie hier in groben Strichen skizziert habe, wäre zweifellos auch kein Allheilmittel für unser Gesundheitswesen. Die Rationierung medizinischer Ressourcen – auch eine solche durch den Patienten als aktiven Marktteilnehmer – wird stets ein unbeliebtes Thema bleiben. In einem stärker auf individuelle Verantwortlichkeit ausgerichteten Gesundheitswesen wäre aber anzustreben, dass den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zu mehr Selbstbestimmung eingeräumt wird. Sofern man die vom Einzelnen selbst beeinflussbare „individuelle Rationierung“ der von der Sozialgemeinschaft verordneten „kollektiven Rationierung“ vorzieht, müsste darauf geachtet werden, dass die zusätzliche Entscheidungsfreiheit der Bürger nicht dort entsteht, wo sie diese mangels fachlicher Einsicht nicht sinnvoll nutzen können, sondern vielmehr an der Stelle, an der sie eine eigene Kompetenz besitzen, die sie selbst verantwortlich einzusetzen vermögen. Und diese Kompetenz liegt vornehmlich in der Planung und Einteilung des eigenen Haushaltsbudgets.

Da weder Laien noch Fachleute in der Lage sind, präzise anzugeben, welche Leistungen zu einer unabdingbaren medizinischen Grundversorgung gehören müssten, sollte eine derartige Differenzierung beim Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages auch aus ethischen Gründen nicht erwogen

werden. Individuelle Freiheit und individueller Gesundheitsschutz können nur durch ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen sicher gestellt werden. Welche *finanzielle* Eigenleistung die Bürger zur Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Interessen erbringen können und wollen, bevor sie die auch weiterhin unverzichtbare Solidarität der Versichertengemeinschaft für sich in Anspruch nehmen müssen, sollte künftig in größerem Ausmaß als bisher ihrer eigenen Entscheidung überlassen werden.

Wer jede Form von individueller wie kollektiver Rationierung in der Medizin ablehnt, muss sich darüber im Klaren sein, dass die Limitierung gesundheitlicher Dienstleistungen (23) bereits heute zumindest implizit täglich stattfindet. Dies wäre nur in einem System mit unendlich großen Ressourcen vermeidbar. Von dieser viel zu lange gehegten Illusion müssen wir Alle, seien wir Ärzte oder Anbieter, Patienten oder Kunden, Versicherte oder Sozialpolitiker, nun bald Abschied nehmen. Nicht die in die Irre leitende Alternative, ob Patienten Kunden *oder* Hilfsbedürftige sind, sollte uns vorrangig bewegen, sondern vielmehr die Frage, ob unser Gesundheitswesen in Zukunft noch so organisiert werden kann, dass alle kranken Menschen in jedem Lebensalter eine optimale ärztliche Behandlung erhalten, die ihre Würde zu wahren weiß und die sie nicht als pauschalierte „Fälle“ zu bloßen Objekten betriebswirtschaftlicher Gewinnmaximierung degradiert.

Lassen Sie mich in diesem Sinne mit einem Zitat des Arztes und Philosophen Karl Jaspers (1883-1969) aus seinem Vortrag *Die Idee des Arztes* schließen, den Jaspers auf dem Festakt des Schweizerischen Ärztetages am 6. Juni 1953 in Basel gehalten hat, also vor genau 50 Jahren. Jaspers sagte damals: „<Das> ärztliche Handeln steht auf zwei Säulen: einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits dem Ethos der Humanität. Der Arzt vergisst nie die Würde des selbst entscheidenden Kranken und den unersetzlichen Wert jedes einzelnen Menschen“ (16). Diese Worte haben auch nach einem halben Jahrhundert nichts an Aktualität verloren.

## Literatur

- (1) Baier H (1997). Gesundheit als Lebensqualität: Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zürich.
- (2) Bauer A (1995). Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. Zeitschrift für medizinische Ethik 41: 141-148.
- (3) Bauer AW (1996). Die Medizin ist für Rudolf Virchow immer eine soziale Wissenschaft gewesen. Vor 175 Jahren wurde der Mann geboren, der in Deutschland die Pathologie etabliert hat. Ärzte-Zeitung Nr. 183 vom 11./12. Oktober 1996, 22.
- (4) Bauer AW (1998). Braucht die Medizin Werte? Reflexionen über methodologische Probleme in der Bioethik. In: Bauer AW (Hrsg.) Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte, Klinische Probleme, Ärztliches Handeln. (= Medizin im Dialog.) Heidelberg, Leipzig, 1-18.
- (5) Bauer AW (2003). Der „gute Arzt“. Ein Spiegelbild zeitbedingter Normen. Universitas 58: 824-835 und 1022-1035.
- (6) Bauer AW (2003). Rationierung und Verteilungsgerechtigkeit. Wie viel individuelle Freiheit verträgt unser Gesundheitssystem? Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 10, 1: 12-18.
- (7) Blech J (2003). Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main.
- (8) Bobbert M (2000). Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. Ethica 8: 405-440.
- (9) Boorse C (1981). On the Distinction between Disease and Illness. In: Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ (Hrsg.) Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives. Reading, (Massachusetts), 305-326.
- (10) Coschwitz GD (1718). Requisita medico ad praxin felicem summa necessaria. Halle, 10.
- (11) Der Arzt (1994). In: Hippokrates, Ausgewählte Schriften. Aus dem Griechischen übersetzt und herausgegeben von Hans Diller. Mit einem bibliographischen Anhang von Karl-Heinz Leven. Stuttgart, 109-118.
- (12) Elkeles B (1979). Aussagen zu ärztlichen Leitwerten, Pflichten und Verhaltensweisen in berufsvorbereitender Literatur der Frühen Neuzeit. Medizinische Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover, 235.

- (13) Fedoryka K (1997). Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework. *The Journal of Medicine and Philosophy* 22: 143-160.
- (14) Greb U (1997). Das Metaparadigma der Krankenpflege. Unveröffentlichtes Manuskript, 6.
- (15) Hufeland CW (1839). *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtniss einer funfzigjährigen Erfahrung*. 5. Auflage (VII. Abdruck). Berlin 1839, 727-738.
- (16) Jaspers K (1953). Die Idee des Arztes. *Schweizerische Ärztezeitung* Nr. 27/1953. In: Jaspers K (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München, 7-18.
- (17) Koch K (2003). PSA-Test und Prostatakarzinom. Ein Beispiel für das Dilemma der Früherkennung. *Deutsches Ärzteblatt* 100: C1955-C1957.
- (18) Krug A (1985). *Heilkunst und Heilkult. Medizin in der Antike*. München, 192.
- (19) Kühn H (1996). Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin.
- (20) Mai FA (1800). *Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette. Von einem patriotischen Pfälzer*. Neue Auflage, Mannheim, 99-101.
- (21) Mazal W (1992). Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung: Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien.
- (22) Rabe M (1998). Ethik und Ökonomie – Organisationsvorschläge aus Sicht der Pflege. In: *Patienten oder Kunden. Zur Organisation gesundheitlicher Hilfe im Krankenhaus zwischen Ethik und Ökonomie*. Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, 38-46.
- (23) Ubel PA (2000). *Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing*. A Bradford Book. The MIT Press, Cambridge (MA), London.
- (24) Unzer JA (1769). Von den Belohnungen der Ärzte. (55. Stück). In: Unzer JA: *Der Arzt. Eine medicinische Wochenschrift*. Zweyter Band. Hamburg, Lüneburg, Leipzig, 30-42.
- (25) Van den Bergh W (2003). Erst zahlen, dann behandeln: Wie sich die KBV den Einzug der Praxisgebühr konkret vorstellt. *Ärzte-Zeitung* Nr. 187 vom 17./18.10.2003, 2.
- (26) Virchow R (1849). Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin* 2: 3-37.
- (27) Virchow R (1849). Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin* 2: 143-322.

(28) Virchow R (1983). Der Armenarzt. In: Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift, herausgegeben von Rudolf Virchow und Rudolf Leubuscher. Nr. 18 vom 3. November 1848. Reprint, Berlin, 125-127.

(29) Werner MH, Wiesing U (2002). Lehren aus dem Fall Viagra? Der Krankheitsbegriff im Sozialrecht am Beispiel der erektilen Dysfunktion. Gesundheitswesen 64: 398-404.

(30) Werner MH (2003). Krankheitsbegriff und Mittelverteilung. Unveröffentlichtes Manuskript.