

Alles auf eine Karte setzen: Elektronisches Regieren und die Gesundheitskarte

Oliver Decker

Abteilung für Med. Psychologie und Med. Soziologie der Universität Leipzig

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird am Beispiel des eHealth-Systems eine Wirkung des elektronischen Regierens, des eGovernments betrachtet werden. Insbesondere der Einführung der Gesundheits- und Heilberufskarte wird eingangs die Aufmerksamkeit gewidmet. Sie sind die technischen Voraussetzungen für die Telematikmedizin und damit der erste Schritt auf dem Weg zur elektronischen Patientenakte. Um die exemplarische Bedeutung der Gesundheitskarte für das eGovernment zu verdeutlichen, wird in diesem Beitrag zunächst der administrative Hintergrund skizziert. Im nächsten Schritt soll die Foucaultsche Analyse von Regierungstechniken vorgestellt werden. Beispielhaft ist hier der „Panoptismus“ als Technik der Kontrolle, mit der das überwachte Subjekt in seine Kontrolle und Disziplinierung eingebunden wird. Der abschließende Rückbezug auf die Gesundheitskarte kann sichtbar machen, inwieweit bereits diese Karte, unabhängig von den repressiven Überwachungsmöglichkeiten, als Verfeinerung der Kontrolle verstanden werden kann.

Die Gesundheitskarte

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung trat zum 1. Januar 2004 in Kraft, ein Kernelement dieses Modernisierungsgesetzes ist die sogenannte Gesundheitskarte. Sie führte lange Zeit neben der ebenfalls in diesem Gesetz enthaltenen Zuzahlungsregelung bei Arzneimitteln und der Praxisgebühr ein Schattendasein und wurde in der Öffentlichkeit und auch bei den betroffenen Fachgruppen wenig zur Kenntnis genommen. Das ist erstaunlich, betrifft doch die Gesundheitskarte alle Versicherten, die komplementär eingeführte Heilberufskarte alle ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und ApothekerInnen und auch das finanzielle Volumen für ihre Umsetzung ist groß. Derzeit beginnt in einigen Bundesländern in ausgewählten Modellregionen (beispielsweise in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen, NRW, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern) die Einführung der Gesundheitskarte und der Heilberufskarte (Schug & Redders, 2005) und auch das geplante Datum der Einführung dieser Gesundheitskarte für alle 80 Millionen Versicherten in

der Bundesrepublik zum 1. Januar 2006 rückt näher. Zwar werden, anders als für die Versicherten, für die sich durch ihre schrittweise Einführung die unmittelbare Konsequenz noch einige Jahre hinziehen kann, vor allem die Heilberufe von dieser Veränderung unmittelbar betroffen sein (Warda & Noelle, 2002). Dennoch ist eine so große Veränderung in der Gesundheitsversorgung Grund genug, diese Neuerung nicht nur hinsichtlich administrativer und technischer Aspekte einmal genauer in den Blick zu nehmen.

Im Folgenden wird es wesentlich um einen ausgewählten Aspekt der Gesundheitskarte und der Karte für die Heilberufe gehen: Beide sind notwendige Voraussetzung für die Einführung des eHealth-Systems, der Gesundheitstelematik, insbesondere der elektronischen Patientenakte. Wie viele Begriffe, so haben auch diese in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung einen sehr weiten Bedeutungsraum (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005), so dass sich eine Klärung des Kontextes empfiehlt: Diese Klärung führt in die Politik.

Was ist die Gesundheitskarte? Eines der zentralen Politikfelder der rot-grünen Regierung war die Umsetzung des sogenannten eGovernments, also der elektronischen Verwaltung. Wie auch bei der Gesundheitskarte, vollzieht sich diese „Verwaltungsrevolution“ weitestgehend ohne öffentliche Resonanz (Engemann, 2002). Das ist verhältnismäßig erstaunlich. Der Übergang zur „Elektronischen Verwaltung“, welcher auf einem Kabinettsbeschluss vom 1.12.1999 basiert („Moderner Staat – Moderne Verwaltung – Deutschland erneuern“; vgl. Bundesregierung, 1999) wird mit mehreren Millionen Euro befördert und diversen Forschungsprojekten flankiert. Die Umsetzung dieser Vision hat einige Konsequenzen, die in den unmittelbaren Nahbereich jedes Individuums hineinreicht.

Die Gesundheitskarte ist ein Meilenstein bei der Einführung des eGovernments in der Bundesrepublik: Die Gesundheitskarte wurde von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundesinnenministeriums, des Bundeswirtschaftsministeriums, des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesfinanzministeriums vorbereitet (Bundesregierung, 2005). Das Bundesinnenministerium hatte hierbei die Federführung. Diese enge Verzahnung zwischen den verschiedenen Ressorts begründet sich aus der Zielstellung: Mittelfristig soll dann der neue digitale Personalausweis folgen. Ergänzt werden die Gesundheitskarte und der digitale Personalausweis um eine „JobCard“, auf der die Berufsbiographie mit den erworbenen Sozialansprüchen abrufbar ist (Weichert, 2005). Geplant ist, diese Karten langfristig zu einer Karte zusammen zu führen (Bundesregierung, 2005). Die Gesundheitskarte soll ab Anfang 2006 ausgegeben werden, wobei die Ausgabe

„evolutionär“ erfolgen wird, d. h. die bisher geführten Krankenversichertenkarten werden im Zuge eines sowieso notwendigen Austausches ersetzt. Da bisher pro Jahr 10-15% der Krankenversichertenkarten neu ausgegeben werden mussten, etwa wegen Wohnortwechsel, Namenswechsel oder eines Defekts, ist auch auf diesem Weg bald mit einer flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte zu rechnen.

Dabei scheint zumindest die Gesundheitskarte in der Krankenversorgung nicht ohne Vorbild zu sein. 1993/1994 wurde in der Bundesrepublik die Krankenversichertenkarte eingeführt. Heute sind etwa 90% der Bevölkerung – ob gesetzlich oder privat krankenversichert – mit dieser Karte ausgestattet (vgl. Warda & Noelle, 2002). Wahrscheinlich bietet sich wegen der Vertrautheit im Umgang mit einer Chipkarte auf Seite der Versicherten auch die Gesundheitskarte als Einstieg in das eGovernment an. Dabei wird die Gesundheitskarte der heutigen Krankenversichertenkarte aber nur noch in der Größe gleichen. Auf der bisherigen Krankenversichertenkarte sind auf einem Speicherchip bisher Angaben zur Person erfasst (Name, Anschrift, Geburtsdatum) sowie versicherungsrelevante Informationen.

Was die Gesundheitskarte in der geplanten Form deutlich von der Krankenversichertenkarte unterscheiden wird, ist zweierlei: Im Erscheinungsbild fällt das Passbild

auf, das auf der Gesundheitskarte den Träger kenntlich machen soll (Paland & Riepe, 2005). Mit dem Passbild wird die Gesundheitskarte mit einer Ausweisfunktion ausgestattet, die die Krankenversichertenkarte nicht gehabt hat. Zwar diene auch sie dem Nachweis, Leistungsbezugsberechtigter im Gesundheitswesen zu sein. Allerdings blieben die Kontrollmöglichkeiten beschränkt. Die neue Gesundheitskarte wird den Träger wie ein Personalausweis identifizierbar machen. „Dabei werden die Identifizierungsdaten, weitere Grunddaten und das Foto auf die Karte aufgebracht. Danach ist die eindeutige Karte einer Person zugeordnet.“ (Weichert, 2004, S. 394).

Daneben sind es die inneren Werte, die die Gesundheitskarte unterscheidbar machen von der Krankenversichertenkarte – und die Gesundheitskarte hat es in sich. Zwar verfügte auch die Krankenversichertenkarte über einen Speicherträger, aber die Gesundheitskarte soll mit einem wiederbeschreibbaren Mikroprozessorchip ausgestattet werden. Dieser Mikroprozessor kann deutlich mehr Informationen aufnehmen, als die bisherige Krankenversichertenkarte mit ihren etwa 300 kb. In der Diskussion sind verschiedene Informationen, die abgelegt werden sollen. Neben einem elektronischen Rezept, welches die bisherige Papierversion in der Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker ablösen soll, ist daran gedacht, etwa Notfallinformationen aufzunehmen, die dem Sa-

nitäter oder Arzt vor Ort bereits sämtliche relevanten Informationen für die notfallmäßige Versorgung zugänglich machen. Auch Informationen zu chronischen Krankheiten oder Medikamentenunverträglichkeiten sollen auf der Karte direkt abgelegt werden. Die Phantasien, die sich in der momentanen Planungsphase mit den Möglichkeiten verbinden, reichen weit. So wird etwa die Idee eingebracht, auf der Karte für die Patienten lesbar die Kosten der Arztanspruchnahme abzulegen, mit dem Argument, sie damit in eine gleichberechtigte Position mit dem Arzt zu bringen. Hierbei wurde etwa von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums argumentiert: „Mit der elektronischen Gesundheitskarte werden bestehende Patientenrechte umgesetzt. Für Patienten bietet die elektronische Gesundheitskarte die Chance, besser als bisher über die eigenen Gesundheitsdaten verfügen zu können und über deren Verwendung eigenverantwortlich verfügen zu können. (...) Mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien kann den Patienten ein Service geboten werden, wie sie ihn aus anderen Lebensbereichen kennen.“ (Bales, 2005, S. 728). Das dabei formulierte Ziel der Stärkung der Patientenrechte und der informationellen Bewässerung einer Dienstleistungswüste geht einher mit der Steigerung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten. Die mit der Gesundheitskarte in Aussicht gestellte Verfügungsmöglichkeit über die krankheitsrelevanten Daten wird

1/3 quer

als Empowerment der Patienten vorgestellt (Grätzel von Grätz, 2004). Wie bei anderen Modernisierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem geht diese Stärkung der Patientenrechte mit einer Betonung der Marktförmigkeit der Arzt/Patienten-Beziehung einher, wie etwa bei der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (Decker & Brähler, 2000). Die mit der Gesundheitskarte in Aussicht gestellte Zunahme an Freiheit ist hierbei immer verknüpft mit ökonomischen Motiven. Politisch steht auch die Gesundheitskarte im Kontext einer Liberalisierung des Gesundheitsmarktes.

Die Verbindung von angestrebter Transparenz mit ökonomischer Rationalität wird noch deutlicher im Ziel, den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Gruppen und Ärzten im Gesundheitssystem besser zu gewährleisten und damit etwa das Disease Management oder die Integrierte Versorgung in einer neuen Qualität zu ermöglichen. Die Vermeidung von Doppelverordnungen und -untersuchungen, sowie die angestrebten Synergieeffekte aus der verbesserten Kommunikation zwischen den funktionalen Gruppen im Gesundheitssystem soll dann – nicht zuletzt – ein großes Einsparvolumen zeitigen. Es wird damit argumentiert, dass bereits das elektronische Rezept ein sehr großes Einsparungspotential für das Gesundheitswesen aufweist. Je nach Autoren wird bis zu 1 Milliarde Einsparvolumen angenommen, allerdings sind diese Zahlen eher strittig (vgl. Schmidt & Koch, 2005).

Auch wenn die Erwartungen vielfältig sind, so äußern sich die Beteiligten hinsichtlich des ersten konkreten Einsatzes in 2006 dann vorsichtig. Zunächst ist vor allem an die Nutzung des elektronischen Rezepts gedacht (Bales, 2005). Diese Zurückhaltung in der Nutzung des Potentials der Gesundheitskarte ist der Überlegung geschuldet, dass die Karte mit Akzeptanzproblemen zu kämpfen hätte, würden gleich zu Anfang für die Patienten nicht mehr nachvollziehbare elektronische Prozesse stattfinden (Weichert, 2005). Tatsächlich ist nach der Erprobungsphase nicht mehr damit zu rechnen, dass mehr als Notfalldaten auf der Karte abgelegt werden: „Im Hinblick auf die begrenzte Spei-

cherkapazität und auch wegen der notwendigen Sicherung der Daten ist allerdings davon auszugehen, dass sich die Speicherung von Daten auf der Karte – nach der Aufbauphase des Systems – im Wesentlichen auf die Notfalldaten beschränkt.“ (Bales, 2005, S. 729 für das Bundesgesundheitsministerium).

Warum also der Aufwand der Einführung dieser Karte? Der Speicherträger soll eine andere Entwicklung möglich machen. Das eGovernment – und damit die Telematikmedizin – soll nicht aus bei jedem einzelnen Bürger abgelegten Daten bestehen, sondern die personenbezogenen Informationen sollen zentral gebündelt werden – und das gilt auch für die Gesundheitsdaten: Die Gesundheitskarte soll die elektronische Patientenakte möglich machen. Damit etwa der Zweck erfüllt ist, dass diese Daten jedem behandelnden Arzt zur Verfügung stehen, sollen sie nicht auf der Karte, sondern auf Servern, also auf dezentral betriebenen aber miteinander vernetzten Computern abgelegt werden.

Diese Telematiksystemarchitektur muss man sich als informationstechnischer Laie in Anlehnung an das Internet als einen verteilten, dezentralen Serververbund vorstellen (Paland & Riepe, 2005, S. 627). Auf verschiedenen, von einem privaten Firmenkonsortium eingerichteten und betriebenen Datenbanken werden die Informationen, in diesem Fall die elektronische Patientenakte, abgelegt. Neben den einzelnen Servern ist ebenfalls ein sogenanntes „Backendsystem“ geplant, mit dem die Daten der Server gesichert werden (ebenda). Die Betreiber dieser Backendsysteme sind noch nicht ausgewiesen, dürfen aber die Leistungsträger sein, bei denen sich dann die Informationen bündeln (Weichert, 2004, S. 398).

Diese Datenbanken sollen in eine Architektur eingebunden sein, die es dem Arzt möglich macht, die relevanten Daten an dem Ort abzurufen, wo sie zur Behandlung zur Verfügung stehen müssen (DIMDI, 2004). Weiterhin soll die Kommunikation zwischen den im Gesundheitssystem aktiven Heilberufen erleichtert werden: Diese Telematikarchitektur soll die bisherige papierbasierte Kommunikation vollständig

ersetzen (Schmidt & Koch, 2005). Um diese auf Servern abgelegten personenbezogenen Daten abrufen zu können, muss eine Lösung gefunden werden, die es gestattet, die dezentral arbeitenden zugriffsberechtigten Nutzer zu authentifizieren: An dieser Stelle kommt wiederum die Gesundheits- und die Heilberufskarte ins Spiel.

Den Speicherplatz, für den verschiedene Nutzungen in der Literatur diskutiert werden, braucht die Gesundheitskarte vor allem, um eine zentrale Information aufzunehmen: Wichtiges Element der Gesundheitskarte ist die elektronische Signatur (Bales, 2005; Goetz, 2005) – und das hat sie mit der Heilberufskarte, der JobCard und dem digitalen Personalausweis gemeinsam. Die vom Bundeskabinett beschlossenen Eckpunkte sehen vor, dass die geplanten Kartenprojekte durch gleiche **Standards** für die **elektronische Authentisierung** (Identifizierung des Karteninhabers) aufweisen und die **qualifizierte elektronische Signatur** (Äquivalent zur manuellen Unterschrift) vereinheitlicht wird (Bundesregierung, 2005).

Die Patientendaten werden als elektronische Patientenakte von den jeweiligen Heilberufsangehörigen in das Servernetz eingespielt: Wie beim Internet, soll bei der Telematikmedizin der Zugang über jede Arztpraxis, jedes Krankenhaus oder jede Apotheke möglich sein. Die Zugriffsberechtigung wird durch die Heilberufskarte in Verbindung mit der jeweiligen Gesundheitskarte des Patienten nachgewiesen. Der Patient soll den Zugriff des einzelnen Arztes auf die elektronische Patientenakte regulieren können, so dass etwa dem Zahnarzt die psychotherapeutische Dokumentation nicht zugänglich ist, wenn der Patient diesen Teil seiner Akte vorher sperrt (Bales, 2005). Um eine Instrumentalisierung der Daten durch Arbeitgeber oder Versicherungen zu unterbinden, ist ein Verbot der Selbstauskunft geplant, d. h. dem Patienten ist es nicht gestattet, die Daten weiterzugeben (Weichert, 2004). Trotz der geplanten Datenschutzregelungen im Verkehr zwischen Arzt und Patient, sowie im Kontakt von Patient und Dritten, wie etwa Arbeitgeber oder Versicherungen, wird deutlich, wie weitreichend die Verfügbarkeit der elek-

tronischen Patientenakte mit der vorgesehenen Speicherung sowohl auf einer Serverarchitektur als auch auf einem Backendsystem ist.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die elektronische Signatur auf der Gesundheitskarte und der Heilberufskarte das unabdingbare Schlüsselinstrument zur Umsetzung in einem vernetzten Gesundheitswesen sind. Und nicht nur das: Bei der Rekonstruktion des politischen Kontextes ist noch zweierlei deutlich geworden. Zum einen ist sichtbar geworden, dass die Gesundheitskarte Voraussetzung ist, um sensibelste personenbezogene Daten der zentral geführten elektronischen Datenverarbeitung, Speicherung und Weiterverarbeitung zugänglich zu machen. Zum anderen startet im Gesundheitswesen 2006 ein Großprojekt, mit dem die Umsetzung auch anderer Verwaltungsaufgaben durch eGovernment erprobt wird. Es wird deutlich, dass dieses Großprojekt im Gesundheitswesen einen Ausblick auf die staatliche Organisation verschiedener Lebensbereiche ermöglicht: Sollte sich die Authentifizierung im Gesundheitswesen technisch realisieren, der Informationsfluss zwischen den Servern gewährleistet sein und keine nennenswerten Akzeptanzprobleme beim Endnutzer auftreten, wird diese Architektur auch auf die Verwaltung anderer Lebensbereiche übertragen werden¹.

Gutes Regieren und Gouvernamentalität

Bleiben wir im Folgenden bei der Gesundheitskarte und die sich aus ihrer Einführung ergebenden Konsequenzen. Diese sind sehr vielfältig. Für eine Übersicht der Anwendungsprobleme sei an dieser Stelle auf Haas (2005) verwiesen. Die von Haas erörterten Probleme reichen von den Schwierigkeiten bei der Zusammenfassung der Dokumentationssysteme unterschiedlicher Professionen, über das Arzt-Patienten-Verhältnis bis hin zur Stigmatisierung der Patienten durch auf Jahrzehnte festgeschriebene und durch die elektronische Präsentation scheinbar verobjektivierten Diagnosen. Die noch bestehenden Schwierigkeiten im Datenschutz hat Weichert beschrieben (2005).

Auf die Verfügbarkeit der Daten für polizeiliche oder geheimdienstliche Verfolgung möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen, obwohl hier ebenfalls größte Aufmerksamkeit angezeigt ist. Die elektronische Datenverarbeitung macht es eben auch möglich, große Mengen an personenbezogenen, auf einem Servernetz gespeicherte Daten, wie die elektronische Patientenakte, zu filtern und aufzubereiten. Dass hierbei der Datenschutz an die politischen Erfordernisse leicht anzupassen ist, hat zuletzt die bundesrepublikanische Raster-

fahndung nach den Anschlägen von New York am 11. September gezeigt. In diese polizeiliche Maßnahme sind ohne viel Aufhebens die Immatrikulationsdaten der Universitäten genauso eingeflossen wie die Nutzerprofile im Internet. Es ist nicht sonderlich schwer, sich politische Situationen vorzustellen, in denen die dann zentral elektronisch erfassten Krankendaten ebenfalls mit in die Rasterfahndung einfließen. Dieses Überwachungspotential führt unmittelbar in den Kern der sich anschließenden Überlegungen. Aber wohlgermerkt bereits als Potential: Im Folgenden soll die Wirkung der Gesundheitskarte Thema sein, ohne dass sie als Instrument repressiver Herrschaftsausübung, etwa bei polizeilichen Ermittlungen, tatsächlich zum Einsatz

¹ Der Einführung der Gesundheitskarte stehen in anderen Industrienationen vergleichbare Projekte gegenüber. Die Deutsche Gesundheitskarte ist Teilprojekt eines Europäischen Telematikprojekts (Paland & Riepe, 2005). Auch hat im Jahre 2004 der frühere republikanische Fraktionsführer im Kongress Newt Gingrich das Motto ausgegeben: „Paper Kills“ und die Einführung eines „Virtual public health service“ in Aussicht gestellt. Im Lancet wird dieses Vorhaben als „Millenium Project“ bezeichnet: Fernziel ist eine Globalisierung des Gesundheitssystems, mit der administrativ besserer Zugang zu forschungsrelevanten Daten (Juma & Yee-Cheong, 2005) gewährleistet werden kann.

1/3 quer

kommt. Als Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen soll die These dienen, dass die Gesundheitskarte mit der durch sie möglichen Dokumentation gleichzeitig ein Empowerment des Patienten bedeutet und die Verfeinerung seiner Überwachung – und damit seine Ohnmacht die Folge ist. Dies ist der Fluchtpunkt der anschließenden Überlegungen: Diese Individualisierung ist gleichzeitig eine Verfeinerung der Herrschaftstechniken.

Diese Verschränkung von Individualisierung und Herrschaft ist das Thema des französischen Philosophen Michel Foucault. Mit dem Begriff der „Gouvernementalität“ bezeichnete er seine Untersuchung der geschichtlichen Entwicklung von Herrschaftstechniken, eine „Genealogie des Regierens“. Dabei war für ihn von Interesse, wie sich Regierungstechniken und Subjektivierung verschränken. Dieses Erkenntnisinteresse kommt auch im Kunstwort „Gouvernementalität“ (Übersetzung des französischen Begriffs „gouvernementalité“) zum Ausdruck: Es setzt sich zusammen aus einer Verbindung der Begriffe „Regieren“ („gouverner“) und „Denkweise“ („mentalité“) (Foucault 1991)². In diesem Begriff vereinte Foucault begrifflich, was seiner Analyse nach historisch als Ko-Formation verstanden werden muss: der moderne Staat bringt das moderne Subjekt, das er für sein Funktionieren braucht, durch Regierungstechniken hervor. Kennzeichen dieses historischen Prozesses ist eine zunehmende Verobjektivierung des Selbst. Ein historischer Prozess führt zu einer immer weitergehenden Verfeinerung der Techniken, mit denen das Subjekt sich selbst zum Objekt macht und in diesem Prozess der Verobjektivierung im Sinne der Herrschaft denkt, lebt, fühlt. Dieser Gedanke ist vertraut auch aus anderen Theorien: Die Exponenten der Kritischen Theorie beschäftigten sich in ihrer Kritik der Konstitutionsbedingungen von Subjektivität und der Analyse der historischen Hervorbringung von Subjektivität mit einer ähnlichen Fragestellung. Wie Adorno und Horkheimer begriff Foucault das Selbsterleben als Produkt eines historischen Prozesses, als Ergebnis sehr feiner Techniken der Fremd- und Selbstbeherrschung. Der besondere Wert der Foucaultschen Analyse an dieser Stelle ist seine Mikrophysik der Macht in

unserer liberalen, bürgerlichen Gesellschaft, mit der die konkreten Techniken, die das Subjekt zum Objekt der Herrschaft macht, rekonstruiert werden können.

Für Foucault verschränkten sich die „Technologien der Macht, (...) die das Verhalten von Individuen prägen und sie bestimmten Zwecken oder einer Herrschaft unterwerfen“ und die „Technologien des Selbst, (...) die es dem Einzelnen ermöglichen, aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer eine Reihe von Operationen an seinem Körper oder seiner Seele, seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Existenz vorzunehmen, mit dem Ziel, sich so zu verändern, dass er einen gewissen Zustand des Glücks, der Reinheit, der Weisheit, der Vollkommenheit oder der Unsterblichkeit erlangt.“ (Foucault, 1984, S. 26) zu jeweils historisch spezifischen Regierungs- oder Herrschaftstechniken.

Foucault schrieb eine Genealogie der Kontrolle, indem er als Historiker erfasste, wie in den Zeitläufen der Umgang mit Devianz, Krankheit, Kriminalität oder Irrsinn das Modell für die allgemeine Herrschaft abgegeben hat. Dabei unterschied Foucault eine geschichtliche Abfolge von drei Formen der Regierung: Vom Souverän über die Disziplinargesellschaft zum Gouvernement. Die untersuchten Techniken der Kontrolle und Disziplinierung geben das Exempel ab für die Technik, mit der Herrschaft zu diesem Zeitpunkt ausgeübt wird. Foucault betrachtete die Disziplinierungstechniken nicht nur als Kontrolle des Straftäters oder des Kranken, sondern sie kennzeichnen seiner Ansicht nach, pars pro toto, als Extrem die übergreifenden, alle Mitglieder einer Gesellschaft erfassenden Herrschaftstechniken.

In seinem Buch „Überwachen und Strafen“ analysierte er (Foucault, 1975) die Veränderungen der Herrschaftstechniken zu Beginn der bürgerlich-liberalen Gesellschaft. Der Begriff des „Panoptismus“ überschreibt das dritte Kapitel. Es beginnt mit einer Schilderung des Pest-Reglements am Ende des 17. Jahrhunderts. Eindringlich beschrieb Foucault den Versuch, der Pest durch Kontrolle und Einschluss der Körper, also eines jeden Körpers, ob krank oder gesund, Herr zu werden. In diesem System, die von

der Pest heimgesuchte Stadt zu kontrollieren, erkannte Foucault den Keim der „Disziplinierungsanlage“, das „Modell der Disziplinierung“ (ebenda, S. 254): „Dieser geschlossene, parzellierte, lückenlos überwachte Raum, innerhalb dessen die Individuen in feste Plätze eingespannt sind, die geringste Bewegung kontrolliert und sämtliche Ereignisse registriert werden, eine ununterbrochene Schreibe das Zentrum mit der Peripherie verbindet, die Gewalt ohne Teilung in einer bruchlosen Hierarchie ausgeübt wird, jedes Individuum ständig erfasst, geprüft und unter die Lebenden, die Kranken und die Toten aufgeteilt wird – dies ist das kompakte Modell der Disziplinierungsanlage.“ (Foucault, 1975, S. 253). Im absolutistischen Staat zielte, vereinfacht ausgedrückt, die Macht des Souveräns auf die Kontrolle eines Territoriums mittels repressiver Herrschaftstechniken ab. Dabei funktionierte Kontrolle über Ausschluss bzw. Einschluss der Körper der Delinquenten. Kontrolliert wird der kranke oder delinquente Körper auf das Größte, indem er eingesperrt wurde und einer ständigen Überwachung durch Wärter unterworfen wurde: Wen dieses System erfasste, der war ausgeschlossen und im Dunkeln. Dagegen kontrolliert die nationalstaatliche „Disziplinargesellschaft“ (ebenda, S. 269), die sich nach Foucault im Verlaufe des 17. und 18. Jahrhundert entwickelt, vervielfältigt und verfeinert hat, ihre einzelnen Mitglieder durch systematische Sichtbarmachung. Das Prinzip des Kerkers – einsperren, verdunkeln und verbergen – verkehrt sich in das Gegenteil: Die Disziplinargesellschaft erfasst alles durch ständige Sichtbarkeit. Die Kontrolltechniken in der Seuchenzeit kennzeichneten für Foucault einen Übergang. Die Disziplinierung vollzieht sich in beiden Fällen unmittelbar am Körper, allerdings verschiebt sich der Ort der Kontrolle: War es in der Kontrollgesellschaft der Wärter, so verschiebt sich in der Disziplinargesellschaft die Dokumentation in ein Zentrum, an dem

² Zur ausführlichen Begriffsgeschichte und der Entwicklung der Foucaultsche Theorie vgl. Lemke (1997). Die Foucaultsche Theorieentwicklung ist in Schritten erfolgt, die hier darzustellen den Rahmen sprengen würde. Die folgende Schilderung ist verkürzt und auf die vorliegende Fragestellung zugespielt.

die Informationen zusammenlaufen. Die Individuen müssen für dieses Zentrum sichtbar sein, ohne es selbst sehen zu können. Nach Foucaults Einschätzung geht diese umfassende Kontrolle während der Pestzeit den heutigen Regierungstechniken voraus und enthält bereits wesentliche Elemente der modernen Gouvernamentalität: Der absoluten Sichtbarkeit des Individuums. Diese Gouvernamentalität zielt auf ein „Regieren aus der Distanz“ (Krasmann, 1999, S. 109).

Die Gouvernamentalität stellt nun die historisch jüngste Kontrolltechnik dar, in der das Individuum selbst seine Prüfung auf die herrschende Rationalität übernimmt und diese durchsetzt. Diese systematische Selbstkontrolle setzt die Repräsentanz der herrschenden Rationalität – in unserem Fall der liberalen Ökonomie – im Individuum voraus. Um zu illustrieren, wie diese Verschränkung der „Technik der Macht“ mit der „Technik des Selbst“ funktioniert, bediente sich Foucault des Gefängnismodells des englischen Ökonomen, Theoretikers des Utilitarismus und Philosophen Jeremy Bentham: Das Panoptikum.

Das Prinzip des Panoptikums besteht darin, dass von einem zentralen Punkt des Gefängnisses aus alle Gefängniszellen einsehbar und jederzeit kontrollierbar sind. Dieses Prinzip sollte durch bauliche Maßnahmen erreicht werden, bei der sämtliche Zellen ringförmig um einen Turm im Zentrum angeordnet gewesen sind. Die Anlage sollte nach Bentham so angelegt sein, dass alle Insassen jederzeit von einer Person beobachtet werden konnten, ohne selbst die beobachtende Person wahrnehmen zu können oder den Zeitpunkt der Beobachtung bestimmen zu können. Ein Motiv bei dieser Planung war für den liberalen Ökonomen Bentham die Effektivität des Überwachungssystems, da es mit relativ wenig Personalaufwand einen möglichst großen Überwachungseffekt zeitigt. Bentham sah sein Modell ebenfalls als sehr geeignet an, um Schulen, Krankenhäuser und Fabriken zu bauen – sämtliche Einrichtungen, die eine Überwachung und Disziplinierung von Individuen zum Ziel haben, könnten nach diesem Organisationsprinzip gebaut werden. Obwohl dieses Bauprinzip zu Lebzeiten von Bentham

nicht realisiert worden ist, können wir doch in modernen Gefängnissen wie in den Vereinigten Staaten und unseren Krankenhäusern Elemente dieses Prinzips realisiert sehen.

Für Foucault bestand der Wert der Benthamschen Planung in ihrer Beispielhaftigkeit für die Herrschaftstechnik der bürgerlich-liberalen Gesellschaft und ihrer doppelten Wirkung auf das Subjekt. Das Panoptikum war für Foucault die Metapher für die bürgerlich-liberale Herrschaft. Die Rationalität der liberalen Wirtschaftsordnung wird nicht wie die Rationalität des Feudalsystems in vergangenen Zeiten eingehalten, indem die Devianz ausgeschlossen und verdunkelt wird, sondern durch eine Partialisierung und beständige Sichtbarkeit des Individuums. Die Sichtbarkeit hat zur Folge, dass jeder zu jedem Zeitpunkt in seinem individuellen Handeln und seinen individuellen Motiven ausgemacht werden und seine Handlung auf Stimmigkeit mit der herrschenden Rationalität überprüft werden kann. Diese ständige Sichtbarkeit hat eine Wirkung auf das Subjekt: „Derjenige, welcher der Sichtbarkeit unterworfen ist und dies weiß, übernimmt die Zwangsmittel der Macht und spielt sie gegen sich selbst aus; er internalisiert das Machtverhältnis, in welchem er gleichzeitig beide Rollen spielt; er wird zum Prinzip seiner eigenen Unterwerfung.“ (ebenda, S. 260). Diese Sichtbarkeit hat einen eigentümlichen Subjektivierungsschub zur Folge: Die Machttechnik der Partialisierung betont die Isoliertheit des Individuums im Kontakt mit der herrschenden Ordnung. Damit führt die „Technik der Macht“ gleichzeitig auf Seiten des Individuums zu einer Selbst-Objektivierung, einer Prüfung der Handlung und Motive auf ihre Kompatibilität mit der gesellschaftlichen Rationalität. Aufgrund dieser Techniken des Selbst wird aber bei zunehmender panoptischer Regierungstechnik die Sanktion und direkte repressive Machtausübung immer weniger nötig: „In jeder dieser [panoptischen, OD] Anwendungen ermöglicht es die Perfektionierung der Machtausübung: weil es die Möglichkeit schafft, dass von immer weniger Personen Macht über immer mehr ausgeübt wird; weil es Interventionen zu jedem Zeitpunkt erlaubt und weil der ständige Druck bereits vor der Begehung von

1/3 hoch

Fehlern, Irrtümern, Verbrechen, wirkt; ja weil unter diesen Umständen seine Stärke gerade darin besteht, niemals eingreifen zu müssen, sich automatisch und geräuschlos durchzusetzen, einen Mechanismus von miteinander verketteten Effekten zu bilden.“ (ebenda, S. 264/265).

Im Moment der Durchsetzung des Panoptismus wird die herrschende Logik zur Logik der Beherrschten. Sie übernehmen, geübt in tagtäglicher Selbstkontrolle, diese Rationalität.

Kontrolle und Medizin

Mit der Einführung der Gesundheitskarte scheint es, als würde die panoptische Phantasie Benthams zu sich selbst kommen. Die geplante Serverarchitektur gestattet es, sämtliche Ereignisse mit einem minimalen personellen Aufwand zu dokumentieren: Jeder Abruf der Karte und Daten wird registriert und gespeichert, jeder Arztbesuch dokumentiert, jede Krankheit festgeschrieben, jede Teilnahme an präventiven Maßnahmen dokumentiert. Die Kontrolle der solcherart Überwachten kann sich zu jedem Zeitpunkt vollziehen, ohne dass dies von den Betroffenen zu bemerken wäre. Sie wissen um ihre Überwachung und das Potential der Kontrolle und hierin besteht die Wirkung dieser Regierung. Diese Wirkung der panoptischen Überwachung macht nicht bei den Patienten halt. Die Angehörigen der Heilberufe sind nicht nur als Patienten betroffen, sondern auch hinsichtlich ihrer eigenen Intervention, Dokumentation und etwa in ihrer Weiterbildung zu jedem Zeitpunkt zu kontrollieren, ohne dass diese Kontrolle für sie bemerkbar wäre³.

Es ist nicht der einzige Ort, an dem sich im Medizinalsystem die Gouvernamentalität manifestiert. Der Stellenwert der Medizin bei der Kontrolle von Abweichung ist bereits deutlich geworden, wenn Foucault den Beginn der Disziplinargewalt mit Verwaltung der von der Pest befallenen Stadt beschreibt (Tierney, 2004). Aber auch die Kontrolle der Krankheit hat sich verändert. Der Panoptismus als besondere Technik der Gouvernamentalität setzt sich nicht erst mit der Gesundheitskarte durch und be-

deutet nicht nur, „Ich sehe Dich, Du siehst mich nicht“. Allerdings kommt dieser umfassenden Dokumentation eine Schlüsselposition zu.

Im Medizinalsystem lässt sich vielleicht am besten beobachten, was Gouvernamentalität bedeutet (Petersen & Bunton, 1997) und welche Subjekteffekte die Regierungstechniken haben. In der Kritik des Medizinalsystems hat Foucaults Herrschaftsanalyse wahrscheinlich die deutlichsten Spuren hinterlassen, da Foucaults Rekonstruktion der Herrschaftsmechanismen an prominenter Stelle die Kontrolle der Körper stehen hat (Crary & Kwinter, 1992). Die jüngeren Forschungsaktivitäten sollen hier nur noch abschließend und exemplarisch skizziert werden, um deutlich zu machen, inwieweit die Einführung der Gesundheitskarte in Zusammenhang mit einer neoliberalen Umstrukturierung des Sozialsystems steht und auf welchen unterschiedlichen Ebenen diese Strukturierung sich vollzieht. Denn die Gesundheitskarte wird zu einer Zeit eingeführt, zu der das solidarische Gesundheitssystem zur Disposition steht. Sie wird ein Instrument sein, um den Wechsel vom solidarischen Gesundheitssystem zum liberalen Gesundheitsmarkt abzusichern. Die als Effekt des Panoptismus eintretende Selbstprüfung des Einzelnen auf die ökonomische Rationalität seiner Handlung ist für ein solidarisches Gesundheitssystem bei weitem nicht so notwendig, wie sie eine notwendige Voraussetzung bei der Vermarktwirtschaftlichung eben der Gesundheit ist. Erst wenn das einzelne Subjekt seine Gesundheit als ein Projekt begreift, für dessen investive Pflege er verantwortlich ist, kann ein Marktgeschehen sich auch in Bezug auf den Körper realisieren.

Der Kern der gegenwärtigen Umstrukturierung im Gesundheitssystem ist ein weitestgehender Paradigmenwechsel, der weg von einer solidarischen „sorgenden Sozialpolitik“ (Prisching, 1993) hin zu einem „Gewährleistungsstaat“ führt (Franzius, 2003): Gesellschaftliche Gruppen werden in diesem Verständnis weniger als schutzbedürftig und mehr als gleichberechtigte Akteure, Produzenten und Investoren definiert. Der Betrag, der in die Gesundheit des einzelnen Mitglieds einer Gesellschaft

investiert wird, bleibt eben jedem Einzelnen überlassen, der in seine Gesundheit investieren möchte – wie auch die Folgen seiner fehlerhaften Investitionsplanung sein unternehmerisches Risiko bleiben.

Lemke fasste die Gemeinsamkeiten der gesellschaftlichen Veränderungen mit dem Blick der Gouvernamentalität zusammen: „Während am Ende des 19. Jahrhunderts die Sozialisierung des Risikos an die Erfindung neuer – sozialer – Formen der Regierung gebunden war, geht am Ende des 20. Jahrhunderts die Privatisierung von Risiken auf eine Neuauflage liberaler Regierungsmodi zurück. Diese neoliberale Regierungsformen führen jedoch nicht zu einer Verlagerung von Handlungskompetenzen von der staatlichen auf die gesellschaftliche Ebene, zu einem Abbau des Staates oder einer Beschränkung auf einen „Nachtwächterstaat“; im Gegenteil übernimmt der Staat innerhalb des Neoliberalismus über seine traditionellen Funktionen hinaus neue Aufgaben. Die neoliberale Regierungsformen zeichnen sich nicht durch direkte Interventionen durch autorisierte und spezialisierte Staatsapparate aus, sondern auch durch die Entwicklung indirekter Techniken, die Individuen führen und anleiten, ohne für sie verantwortlich zu sein.“ (Lemke, 2000a, S. 37 f.).

3 Inwiefern die von Foucault beschriebenen Folgen der individuellen Selbstkontrolle tatsächlich übernommen werden, ist eine noch empirisch offene Frage. Möchte man einen Eindruck davon erhalten, wie weitreichend die Rationalität der liberalen Ökonomie von den Menschen bereits übernommen worden ist, so muss man die gegenwärtige Entwicklung mit der Volkszählung von 1987 kontrastieren. Der damalige Volkszählungsboykott mobilisierte noch weite Teile der Bevölkerung, die einen Überwachungsstaat kommen sahen. Dabei hatte das Bundesverfassungsgericht sich in der Sache auch engagiert und hohe Auflagen zur Anonymisierung der Daten gemacht. Heute ist die technische Möglichkeit, Daten über die gesamte Bevölkerung zu sammeln, zu archivieren und nach willkürlichen Kriterien zu bearbeiten und Individuen zuzuordnen in einem Maße gegeben, wie es zu Anfang der achtziger Jahre vielleicht gerade mal einigen Informationstheoretikern denkbar erschien. Und eine kritische Öffentlichkeit, die sich mit dieser Möglichkeit auseinandersetzt, sie gar boykottiert, ist nicht auszumachen. Die politischen Auseinandersetzungen um die Einführung dieser Karte bleiben im Rahmen der Logik der wirtschaftlichen Liberalisierung und Ökonomisierung, die diese Form der Kontrolle notwendig braucht.

Für Psychotherapeuten und Psychosomatiker von einprägsamer Intensität ist Monica Greccos (1993) Analyse der Einbettung der Psychosomatik in die Gouvernamentalität. Ihre Analyse der Entwicklung psychosomatischer Krankheitskonzepte macht sichtbar, welche Bedeutung Gesundheit und Krankheit mit der neoliberalen Rationalität angenommen haben. Grecco macht kenntlich, was der Wechsel vom biomedizinischen Krankheitsmodell, das Krankheit als Folge einer körperlichen Ursache behandelt, zum psychosomatischen Krankheitsmodell mit seinem biographischen Krankheitsverständnis für die Bewertung von Krankheit bedeutet. Der Fortschritt des biomedizinischen Krankheitsverständnisses gegenüber dem vorausgeklärten, christlich konnotierten Verständnis war die Ablösung der Krankheit von Schuld und Verfehlung, Sühne oder Prüfung. Die Krankheit wurde mit dem naturwissenschaftlichen Verständnis ein regelwidriger Zustand des Körpers und der Kranke war für diesen Zustand nicht verantwortlich. Mit dem vom Medizinsoziologen Talcott Parson formulierten Rollenverständnis des Patienten fand dieses Krankheitsmodell seinen sozialen Ausdruck: Der Patient war an seiner Krankheit unschuldig, bekam Rechte als Kranker und die Pflicht, an seiner Genesung mitzuwirken. Grecco weist nun darauf hin, dass sich im Zuge des psychosomatischen Krankheitsmodells ein Verständnis von Krankheit durchgesetzt hat, das unter der Hand die moralische Bewertung wieder einführt. Jeder Einzelne ist dafür verantwortlich, mögliche Noxen in seiner Lebensführung auszuschließen. Was für das Rauchen gilt, gilt nun auch für krankheits-

versursachenden Stress: Beide sind mit einer rationalen Lebensführung nicht in Einklang zu bringen. Wie bei Erkrankungen in Folge eines Zigarettenkonsums, so zeigen psychosomatische Erkrankungen, dass das Individuum unfähig ist, ein freies und rational handelndes Subjekt zu sein. Wie auf das Rauchen zu verzichten ist, so hätte es auch frühzeitig die Stressentwicklung erkennen müssen und etwa mit therapeutisch begleiteter Entwicklung von Copingstrategien dem Stress begegnen müssen. Krankheit und Gesundheit unterliegen insgesamt nicht mehr den Kategorien von Zufall oder Schicksal, sondern stehen im Kontext einer rationalen Lebensführung und verweisen damit auf die Eigenverantwortlichkeit des Individuums für seinen Zustand. Die Gesundheitskarte erlaubt die Dokumentation etwa der ausreichenden Teilnahme an präventiven Maßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen, die zur Pflicht eines rational handelnden Subjekts gehören. Dass dabei „ausreichend“ eine Kategorie ist, die sich erst mit der Erkrankung, bzw. mit ihrem ausbleiben evaluiert, hat hier keine Relevanz. Es verschärft eher noch die Individualisierung des Risikos zu erkranken, weil das Damoklesschwert jederzeit nieder gehen kann. So wird es zu einer Verstärkung der Rituale der Selbstkontrolle kommen, um sich und anderen das Engagement für die eigene Gesundheit zu dokumentieren. In der elektronischen Patientenakte lässt sich der verdienstvolle Lebenswandel niederschreiben. Dass die Teilnahme an präventiven Maßnahmen bereits jetzt ein präventiver Zwang geworden ist, lässt sich bei den Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaften

ablesen (Weir, 1996). Die Logik der Gouvernamentalität durchzieht ebenfalls die Genetik, steht doch das Versprechen im Raum, dass das statistische Risiko einer Erkrankung sich bestimmen lässt. Ist das Risiko aber individuell und nicht mehr nur als epidemiologisches Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiko zu bestimmen, so führt es zu einer Individualisierung des Risikos: „Die Einzelnen sollen sich zugleich durch eine explizite Risikobereitschaft auszeichnen und ein vorausschauendes Risikomanagement betreiben.“ (Lemke, 2000b, S. 239).

Dass dieser liberale Zwang, die technischmedizinischen Möglichkeiten der Früherkennung und Behandlung zu nutzen, in einem Kontext mit der Gesundheitskarte stehen, kann abschließend ein Blick auf die Zukunft des Krankenversicherungsmarktes deutlich machen. Schmidt-Semisch (2000) untersucht die Logik, die der „versicherungsmathematischen Gerechtigkeit“ (ebenda, S. 169) zugrunde liegt. Bisherige Sozialversicherungen wie die Krankenkasse lag ein „sozialer“ Gerechtigkeitsbegriff zugrunde: Risiken werden durch ein System getragen, in das alle unabhängig vom individuellen Risiko einzahlen. „Wir haben es also mit zwei Grammatiken von Solidarität und Gerechtigkeit zu tun: Die erste ist die über den Markt vermittelte, freiwillig erworbene Solidarität des Versicherungskollektives, die entsprechend der versicherungsmathematischen Gerechtigkeit hohe Risiken mit hohen und geringere Risiken mit geringen Tarifen belegt (...); die zweite ist die vom Staat erzwungene, de-kommodifizierte Solidarität des Sozialversicherungskollektives, die entsprechend einer

1/4 quer

sozialen Gerechtigkeit die Tarife an das Einkommen und Kompensationsleistungen an soziale Bedürftigkeit knüpft.“ (ebenda, S. 170 f.).

Nachdem das solidarische Gesundheitssystem durch den Wandel der Arbeitsgesellschaft⁴ unter Druck geraten ist, sehen die derzeit in der Diskussion befindlichen Finanzierungsmodelle in der Regel mindestens eine privatwirtschaftliche Zusatzversicherung zum Solidarmodell vor. Das bedeutet, dass neben einer bestimmten Sockelsicherung durch ein Solidarsystem mindestens zusätzliche medizinische Leistungen nur durch eine individuell abzuschließende private Krankenversicherung zu sichern sind – wenn diese nicht das ganze Solidarsystem ersetzen wird. „Der als Um- oder Abbau bezeichnete Rückzug des Sozialstaats kann dementsprechend als Durchsetzung der versicherungsmathematischen gegen die soziale Gerechtigkeit verstanden werden.“ (ebenda, S. 171). Diese versicherungsmathematische Gerechtigkeit macht aber eine Kontrolle notwendig: „Der Arbeitsunwillige“, der Raucher, der Übergewichtige (und viele mehr), sie alle werden tendenziell zu Präventionsverweigerern, die ihre unnötigen, weil vermeidbaren Schäden selbst verursacht haben, und damit schließlich zu Versicherungsbetrügnern. Die „Rede vom sozialen Netz als soziale Hängematte im Freizeitpark Deutschland (Freyberg, 1997, S. 185) macht tendenziell alle „Netto-Empfänger“ der Sozialversicherung verdächtig. Nur die propagierte versicherungsmathematische Rationalität – so die implizite Botschaft – kann dieser (betrügerischen) „Vollkasko-Mentalität“ ein Ende setzen, weil sie alle Risikounterschiede der Personen berücksichtigt. Wenn diese Rationalität auf das Rechtswesen der Gesellschaft übergreift und damit auch soziale Kontrolle der Grammatik versicherungsmathematischer Gerechtigkeit unterstellt, wird der Verdacht gleichsam allgemein. In der „verdächtigen Gesellschaft“ (Kreissl, 1989) wird tendenziell jeder zu einem potenziellen „Täter“, dessen Risikokombination es zu durchdringen gilt.“ (ebenda, S. 178).

Die neoliberale Rationalität des Marktes ist dann am besten durchzusetzen, wenn ihre Einhaltung von den Menschen übernom-

men wird: Das Selbst nimmt sich zum Objekt einer ständigen Prüfung, inwieweit es der herrschenden Rationalität entspricht und übernimmt damit den Job seines eigenen Wächters. Zwar ist die liberale Wirtschaftsordnung bereits jetzt von den meisten Mitgliedern der Gesellschaft introjiziert. Mit der Einführung der Gesundheitskarte wird die Kontrolltechnologie jedoch verfeinert werden, indem sie zusätzlich in das Subjekt verlagert werden. Die Gesundheitskarte ist das Panoptikum, durch welches die Einhaltung der Regeln durch das Subjekt durch dieses selbst kontrolliert wird, indem es zu seinem eigenen Überwachungsorgan wird. Dies führt gleichzeitig zu einer paradoxen Situation: Die Zunahme individueller Verfügungsmöglichkeiten (beispielsweise an Informationen) gehen einher mit dieser Verlagerung der Kontrolle an die Individuen selbst, so dass die Repression individuell als Freiheitsgewinn erfahren werden kann. Die Mitglieder der Gesellschaft werden in einer doppelten Logik gleichzeitig ermächtigt und ohnmächtig gegenüber den entindividualisierten Instanzen der Herrschaft.

Literatur:

- Bales, S. (2005). Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48, 727-731.
- Böckling, U., Krasmann, S. & Lemke, Th. (2000) (Hrsg.). *Gouvernementalität der Gegenwart*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bundesregierung (1999). *Moderner Staat – Moderne Verwaltung*. <http://www.staat-modern.de/-/10010/E-Government.htm> [10.08.2005]
- Bundesregierung (2005). *Bundeskabinett beschließt gemeinsame eCard Strategie*. http://www.staat-modern.de/dokumente/sm_artikel_staat_modern/799625/dok.htm [10.08.2005]
- Crary, J. & Kwinter, S. (1992). *Incorporations*. New York: Zone.
- Decker, O. & Brähler, E. Vermessene Psychotherapie – Überlegungen zu ökonomischen und zivilisatorischen Aspekten der Qualitätssicherung. *VPP – Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 34, 875-887.
- Deppe, H.-U. (2002). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems*. Neo-

liberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt: VAS.

- DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2004). *Die Telematikrahmenarchitektur als Bebauungsplan des Medizinnetzes*. <http://www.dimdi.de/static/de/health/karte/technik/rahmenarchitektur/index.htm> [10.08.2005]
- Engemann, Chr. (2002). Das Internet und die neue Gestalt bürgerlicher Herrschaft: Electronic Government. *Utopie kreativ, Heft 135*, 45-54.
- Foucault, M. (1975). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (1977).
- Foucault, M. (1984). Technologien des Selbst. In: L. H. Martin, H. Gutmann & P. Hutton (Hrsg.) (1993). *Technologien des Selbst*. S. 24-62. Frankfurt/M.: Fischer.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In: G. Burchall, C. Gordon & P. Miller (Hrsg.).

4 In Erinnerung zu behalten ist hierbei immer, dass das Solidarsystem nicht etwa an sich selbst oder der ausufernden Inanspruchnahme zugrunde gegangen ist: Die Kosten sind inflationsbereinigt seit den neunziger Jahren nicht gestiegen (Deppe, 2002). Die Krise im Sozialsystem ist dem Umstand geschuldet, dass der Rückgang der sozialversichert Beschäftigten bei gleich bleibender Zahl der Leistungsbezieher nicht durch andere Modelle der Finanzierung abgedeckt worden sind. Anfang der achtziger Jahre hat noch der Deutsche Gewerkschaftsbund Modelle der Finanzierung diskutiert, die dem Rationalisierungsbedingten Abbau an Arbeitsplätzen mit einem Einbezug der Maschinen in das Sozialsystem begegnen wollten. Das diese ja keinesfalls revolutionären Ideen nie eine Chance hatten, merkt man daran, wie utopisch sie heute erscheinen. Die von der CDU im Bundestagswahlkampf 2005 präferierte Erhöhung der Mehrwertsteuer zur Senkung der Lohnnebenkosten bedeutet nur noch einmal den Abschied der Arbeitgeber aus dem staatlich vermittelten Solidarsystem und wird den hier beschriebenen Prozess durch Aushöhlung des Solidarsystems beschleunigen. Das perfide an diesem Vorschlag ist zweierlei: Zum einen werden durch die Erhöhung einer indirekten Steuer die Bezieher kleiner Einkommen stärker belastet, es handelt sich eben nicht um eine einkommensabhängige Beteiligung an den Kosten. Zum anderen sind Selbstständige/Unternehmer steuerrechtlich in der Regel Mehrwertsteuerabzugsberechtigt, sprich die Unternehmer können anders als private Haushalte die Steuererhöhung tatsächlich an anderer Stelle vom Staat wieder zurückholen.

- The Foucault Effect. Studies in Governmentality.* S. 87-104. Hemel Hempstead.
- Franzius, C. (2003). "Der Gewährleistungsstaat" – Ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat. *Der Staat* 42, 493-517.
- Goetz, C. F.-J. (2005). Elektronische Heilberufsausweise als unverzichtbare Elemente der kommenden Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48, 747-754.
- Grätzel von Grätz, P. (2004). *Vernetzte Medizin. Patientenempowerment und Netzinfrastrukturen in der Medizin des 21. Jahrhunderts.* Hannover: Heise.
- Grecco, M. (1993). Psychosomatic Subjects and the „Duty to be well“: Personal Agency Within Medical Rationality. *Economy & Society* 22, 357-372.
- Haas, P. (2005). Kritische Thesen zu patientenbezogenen Anwendungen der Gesundheitstelematik. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48, 771-777.
- Juma, C. & Yee-Cheong, L. (2005). Reinventing global health: the role of science, technology, and innovation. *Lancet* 365, 1105-1107.
- Krasmann, S. (1999). Regieren über Freiheit. Zur Analyse der Kontrollgesellschaft in foucaultscher Perspektive. *Kriminologisches Journal* 31, 107-121.
- Lemke, Th. (1997). *Eine Kritik der politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität.* Berlin: Argument.
- Lemke, Th. (2000a). Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologie. Ein kritischer Überblick über die governmentality studies. *Politische Vierteljahresschrift* 41, 31-47.
- Lemke, Th. (2000b). Die Regierung der Risiken. Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität. In: U. Bröckling, S. Krasmann & Th. Lemke (Hrsg.). *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen.* S. 227-264. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lyon, D. (1994). From Big Brother to Electronic Panopticon. In: ders. *The Electronic Eye: The Rise of Surveillance Society,* S. 57-80. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is eHealth?: a systematic review of published definitions. *World Hospital Health Service* 41, 32-40.
- Paland, N. & Riepe, C. (2005). Politische Aspekte und Ziele der Gesundheitstelematik. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 46, 623-628.
- Petersen, A. & Bunton, R. (Hrsg.). *Foucault, Health and Medicine.* London/New York.
- Prisching, M. (2001). Der sorgende Staat: Das kontinentale Modell der Sozialstaatsentstehung. In: Th. Engelbert (Hrsg.). *Der Sozialstaat an der Jahrtausendwende: Analysen und Perspektiven.* S. 1-29. Heidelberg: Physica.
- Schmidt, S. & Koch, U. (2005). Akzeptanz der Gesundheitstelematik bei ihren Anwendern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48, 778-788.
- Schmidt-Semisch, H. (2000). Selber schuld – Skizzen versicherungsmathematischer Gerechtigkeit. In: U. Bröckling, T. Lemke, & S. Krasmann (Hrsg.). *Gouvernementalität der Gegenwart,* S. 168-193. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schug, S. H. & Redders, M. (2005). Gesundheitstelematik-Projekte in Deutschland aus Ländersicht. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 46, 649-656.
- Warda, F. & Noelle, G. (2002). *Telemedizin und eHealth in Deutschland: Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform.* Köln: DIMDI.
- Weichert, Th. (2004). Die elektronische Gesundheitskarte. *Datenschutz und Datensicherheit* 28, 391-403.
- Weichert, Th. (2005). *Vertraulichkeitsschutz durch IT-Sicherheit bei der elektronischen Gesundheitskarte.* http://www.datenschutzzentrum.de/vortraege/050510_weichert_bsi.htm [04.08.05]
- Weir, L. (1996). *Research Developments in the Government of pregnancy.* *Economy & Society* 25, 372-392.

Dipl.-Psych. Dr. phil. Oliver Decker

Abteilung für Med. Psychologie und Med. Soziologie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
Stephanstr. 11
04103 Leipzig
E-Mail: oliver.decker@medizin.uni-leipzig.de

1/4 quer