



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Konstanz, Wandel und Spannungen des
ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses im Spiegel
multidisziplinärer Expertisen:
eine ExpertInnenbefragung“

verfasst von / submitted by

Andreas Ronge-Toloraya, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajcic

INHALT

1. Einleitung.....	3
A: Das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis in der wissenschaftlichen Literatur	5
2. (Sozial-)Geschichtliche Einbettung und Entwicklungslinien	5
2.1 Krankenbettmedizin.....	10
2.2 Hospitalisierung	12
2.3 Professionalisierung des Arztstandes	16
2.4 Entwicklungen nach 1945	19
2.5 Empowerment-Bewegung & Patient-Empowerment	22
2.6 Verschiebungen hinsichtlich Krankheitsbegriff und Krankheitsspektrum	25
3. Marktwirtschaftlicher Umbau des Krankenhauses & Behandlungsnetzwerk	27
3.1 Die ärztliche Profession unter Druck	29
3.2 Das Krankenhaus als Professionelle Organisation.....	31
3.3 Unterwegs zum Behandlungsnetzwerk	34
4. Evidence Based Medicine (EBM) als Paradigma der medizinischen Wissenschaft	37
4.1 Das problematische Verhältnis von Labor und medizinischer Praxis.....	37
4.2 EBM & Leitlinien.....	39
4.3 Pierre Bourdieus praxeologischer Ansatz als Beobachtungsangebot der Soziologie	41
4.4 Wissenschaft & Performativität.....	43
5. Schwerpunkt ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis.....	49
5.1 Das strukturfunktionalistisch-normative Rollenmodell.....	49
5.2 Kritik des Paternalismus.....	51
5.3 Compliance, Adherence, Concordance.....	53
5.4 Shared Decision Making (SDM) / Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)	54
5.5 Krankenhaus & Visite – Das Behandlungssetting	56
5.6 Empirische Befunde zum ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis	58
5.7 PatientInnen.....	64
B: Veränderungen des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses aus der Perspektive österreichischer ExpertInnen	67
6. Methodologie	68
6.1 Die leitfadengestützte ExpertInnenbefragung	68
6.2 Feldzugang und Wahl der ExpertInnen	69
6.3 Forschungsdesign.....	70
6.4 Der Forscher als Co-Experte	72
7. Ergebnisse der ExpertInnenbefragung.....	74

7.1 Erklärungsansätze des Wandels	74
7.2 Spannungslinie Talk vs. Action.....	77
7.3 Spannungslinie Daten vs. Wissen	80
7.4 Spannungslinie bewusste Regelbefolgung vs. strategisches Agieren im Feld.....	84
7.5 Spannungslinie Spezialisierung vs. (Re-)Integration.....	86
7.6 Spannungslinie Teamkultur Health Care Professional vs. Teamkultur ÄrztIn-PatientIn.....	91
7.7 Spannungslinie Paternalismus vs. Partnerschaft.....	94
8. Typen von PatientInnen	95
8.1 Der »informierte« Patient.....	96
8.2 PatientIn als hilfesuchend.....	97
8.3 Patientin als Ressource	98
8.4 PatientIn als ExpertIn	100
9. Fazit	105
10. Literatur	110
11. Anhang.....	123
11.1 Abstract.....	123

„Denn da die Medizin ein Kompendium aufeinanderfolgender und einander widersprechender Irrtümer der Ärzte ist, hat man, wenn man die vorzüglichsten unter ihnen an sein Krankenbett ruft, beste Aussicht, eine Wahrheit um Hilfe anzufragen, die wenige Jahre darauf als falsch erkannt sein wird. An die Medizin zu glauben wäre also der größte Wahnwitz, wofern es nicht ein noch größerer wäre, nicht an sie zu glauben, denn aus dieser Häufung von Irrtümern sind auf lange Sicht ein paar Wahrheiten hervorgegangen“ (Marcel Proust, Auf der Suche nach der Verlorenen Zeit, Band III, S.418).

1. EINLEITUNG

Das Verhältnis von ÄrztInnen¹ zu ihren PatientInnen, ist ein Thema, welches wohl fast jeden Menschen bereits betroffen hat, sei dies auf intensivere oder weniger intensive, mittelbare oder unmittelbare Art und Weise. Beschäftigt man sich eingehender mit der Thematik auch über den Horizont der eigenen wissenschaftlichen Disziplin hinweg, so wird dieser Punkt besonders deutlich. Es finden sich Beiträge aus den verschiedensten Disziplinen, die bei der Behandlung desselben Themas, eine Vielzahl von Beobachtungsperspektiven anbieten. Diese Perspektivenvielfalt zu erkunden um dem Phänomen des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses näher zu kommen, bildet die Motivation der vorliegenden Untersuchung.

Auch wenn das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis häufig in Zusammenhang mit medizinischen Fragestellungen erörtert wird, bei welchen ein Anspruch auf strenge, evidenz-basierte Wissenschaftlichkeit besteht, wird der Fokus der nachfolgenden Ausführungen nicht auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge liegen, sondern es wird versucht werden, die Perspektivenvielfalt hinsichtlich dieser Zusammenhänge sichtbar zu machen und ein soziologisches Interpretationsangebot vorzulegen, wie man mit dieser Mannigfaltigkeit umgehen könnte. Es werden vier Handlungsstränge verfolgt werden, die eng miteinander verbunden sind und ineinandergreifen: Die Geschichte der Krankenbehandlung von ihren Anfängen bis zur modernen Klinik, die Geschichte der Entwicklung des Krankenhauses vom Armenhaus zum modernen Spital innerhalb des Behandlungsnetzwerks, die Geschichte des Patient-Empowerment, in deren Verlauf sich PatientInnen zunehmend vom paternalistisch überwachten Objekt zum aktiven und mündigen Subjekt wandeln und die Geschichte der Entwicklung des medizinischen Wissens und der Rolle, welche die Ärzteschaft innerhalb

¹ Vorliegend wird die Perspektive eingenommen, dass die Art und Weise, wie wir Wirklichkeit beschreiben, diese (mit) hervorbringt. Als Konsequenz daraus wird der Versuch einer inklusiveren Sprachgestaltung unternommen, die sich jedoch nicht an einem einheitlichen Sprachschema ausrichtet; vor allem aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Wenn Geschlecht und damit verbunden der Kasus als Analysekategorie relevant wird, werde ich im Text darauf aufmerksam machen. Ansonsten sind ausdrücklich alle Menschen dazu aufgefordert, sich als mitgemeint zu verstehen, wenn von ÄrztInnen, Ärztinnen und Ärzten, die Rede sein wird und ihren PatientInnen, Patientinnen und Patienten. Ausgenommen davon sind die Bezeichnungen der ExpertInnen.

dieser Entwicklung spielt. Es wird sich zeigen, dass sich die Stränge mittels des übergeordneten Rahmens einer Wissenssoziologie ordnen lassen, da es häufig Wissensbestände sind, die zentrale Momente der Analyse bilden.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. In Teil A wird der Fokus auf dem Arzt-Patienten-Verhältnis innerhalb der wissenschaftlichen Literatur liegen und gleichzeitig eine breite Kontextualisierung dieses Verhältnisses angestrebt. Unter Berücksichtigung nicht nur soziologischer Expertisen, werden Momente der Konstanz und des Wandels des Arzt-Patienten-Verhältnisses beleuchtet. Dabei werden historische Prozesse einbezogen um das »Gewordensein« von uns heute als selbstverständlich entgegertretenden Gegebenheiten sichtbar zu machen und daran zu erinnern, dass die Organisation der Krankenbehandlung je nach zeitlichem, kulturellem, geographischem, etc. Kontext stark variieren und sich wandeln kann, sie aber auch Momente der Gemeinsamkeit und Kontinuität aufzeigen.

Nach diesem »Streifzug« durch die Forschungsliteratur werden uns in Teil B InformantInnen, die sich durch hohe Positionierung innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems und einiger als eng mit diesem verknüpft verstandener Bereiche auszeichnen, dabei helfen, die Handlungsstränge mit ihren professionellen Standpunkten und ExpertInnen-Meinungen zu integrieren, zu bereichern, und durch Rückkopplung an die Praxis zu aktualisieren. Dabei werden die im ersten Teil herausgearbeiteten Befunde und Entwicklungen in ExpertInnen-Interviews erörtert und die aufgefundenen Momente von Wandel und Kontinuität und die damit einhergehenden Widersprüchlichkeiten beleuchtet. Es wird sich zeigen, dass sich auch in den Interviews die Uneindeutigkeiten fortsetzen. Folglich wird bei der Darstellung der Ergebnisse diesen nicht versucht Eindeutigkeit aufzuzwingen, sondern angestrebt auch hier die aufgefundene Vielfalt abzubilden und deutlich zu machen. Um das zu erreichen wird der Begriff der „Spannungslinien“ gewählt welcher einem von den InformantInnen häufig und in vielen Interviews selbst verwendeten Begriff der „Spannungsfelder“ nahekommen und die Gleichzeitigkeit von zum Teil widerstreitenden Gegebenheiten in der Praxis der Krankenbehandlung und mit diesen einhergehende Spannungen hervorheben soll.

Da sich in sozialen Feldern auch immer konkrete Akteure bewegen, die Positionen im sozialen Gefüge einnehmen, werden abschließend Akteurskonstruktionen beschrieben, welche in der wissenschaftlichen Literatur häufig Verwendung finden *und* in der empirischen Untersuchung (re)aktiviert werden. So erscheint auch die Position der PatientInnen im Feld als uneindeutig und ich werde aufzeigen, wie versucht wird, sich den AkteurInnen mit verschiedenen Begrifflichkeiten wie „»informierter« Patient“, „hilfesuchende/r PatientIn“, des „Patientin als Ressource“ und der/s „PatientIn als ExpertIn“ zu nähern. Trotz des Anspruchs auf Multidisziplinarität, bleibt die Haupterzählung von der

soziologischen Analyse gerahmt und mündet in einer Machtanalyse mittels Bourdieuscher Kategorien, um unter anderem ein Angebot vorzulegen, wie Autonomieräume von PatientInnen innerhalb der organisierten Krankenbehandlung beleuchtet werden könnten.

A: DAS ÄRZTIN-PATIENTIN-VERHÄLTNIS IN DER WISSENSCHAFTLICHEN LITERATUR

2. (SOZIAL-)GESCHICHTLICHE EINBETTUNG UND ENTWICKLUNGSLINIEN

Bereits die ägyptische Medizin war weit entwickelt. (vgl. Ranke 1941, Rohde 1974). Eine „gewisse historische Kontinuität“ stellt Eckart (2005: 5f.) zwischen dem ägyptischen und dem im 6. Jahrhundert v.Chr., auf Basis der theurgischen Medizin, praktizierten Asklepios-Heilkultes fest. Der theurgischen Medizin liegen die Annahmen zugrunde, dass Gott körperliches Wohlbefinden beeinflusst und Krankheiten auslöst oder Gesundheit garantiert. Die hier stattfindende „kultische Handlung“ (ebd.: 6) bestand aus komplexen Abläufen, die mit ausführlicher Anamnese, Bädern, Gebeten und Opfern und dem Tempelschlaf in gleichem Maße auf den Körper und auf die Seele zielten. Die Tempel des Aeskulap-Kults spielten bei der Krankenbehandlung als „teilweise säkularisierte Stätten medizinischer Praxis eine große Rolle“ (Rhode 1974: 62). Neben des göttlichen war der ärztliche Beistand von großer Bedeutung (vgl. Eckart 2005: 7f.). Da „Asklepios auch als Gott der Armen und Bedürftigen“ (Eckart 2005: 8) galt, kam diesen Anlagen zusätzlich eine nicht zu unterschätzende soziale Funktion bei Pflege und Behandlung ärmster Bevölkerungsschichten zu.

Aus den Asklepiaden ging einer der wohl bekanntesten Ärzte der Geschichte hervor: Hippokrates von Kos (ca. 460–375 v. Chr.). Mit seinem, – bzw. zum Teil unter seinem Namen überlieferten (vgl. Eckart 2005: 12) – Werk, dem »Corpus Hippocraticum«, wies er der Medizin noch bis ins 17. Jahrhundert den Weg. Seine Lehre geht unter anderem auf die Qualitätenpathologie zurück, die Gesundheit als eine „gleichmäßige[...] Mischung“ (Eckart 2005: 9) der vier Elementarqualitäten warm (Feuer), feucht (Wasser), trocken (Luft) und kalt (Erde) verstand und „sich in der Antike mit der Humoralpathologie“ (ebd.) und dem Namen Galenos von Pergamon (130-200 v.Chr.) oder Galen verbindet. Die Humoralpathologie oder Säftelehre, steht im Einklang mit der Qualitätenpathologie und definiert Krankheit als „schlechte Mischung (Dyskrasie) aller Körpersäfte“ (Eckart 2005: 28). Diese Säfte umfassen vor allem Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle. Die gleichmäßige Mischung der

Elementarqualitäten wurde als »isonomia« bezeichnet, die harmonische Mischung der Säfte als »Synkrasie« oder »Eukrasie«.

„Die Humoralpathologie bleibt Leitkonzept professioneller Medizin bis in die frühe Neuzeit. Seit dem Mittelalter ist ihre wichtigste diagnostische Methode die Harnschau (Uroskopie). In der Therapie, die auf die Wiederherstellung der Eukrasie zielt, sind evakuierende Maßnahmen (Aderlass, Schröpfen, Abführen, Erbrechen und Niesenlassen) typisch“ (Eckhart 2005: 28).

Vom hohen Stellenwert des Gesprächs innerhalb der medizinischen Behandlung in der Antike, zeugen die Ausführungen Platons (ca. 428- 347 v. Chr.) und lassen darüber hinaus Rückschlüsse auf die Organisation der Krankenbehandlung zu (vgl. Hess-Lüttich 2018: 31). Diese könnte mit »drei-Klassen-Medizin« umschrieben werden, in welcher die Behandlung von Sklaven, Angehörigen der freien Mittelschicht und Angehörigen der Oberschicht jeweils voneinander getrennt war. Es existierten noch keine Krankenhäuser und die PatientInnen wurden ambulant behandelt (vgl. Dierkesmann/Waldmann 2010: 332). Während Sklaven nur rudimentäre und generalisierende Behandlung zu Teil wurde, stand beim Arbeiter oder Handwerker bereits die Heilung im Mittelpunkt. Half ihm die verschriebene (medikamentöse) Therapie jedoch nicht, so wurden keine weiteren Interventionen gesetzt. Als „echte »Heilkunst«“ und „Krone medizinischer Versorgung“ (Hess-Lüttich 2018: 31), trat für die Oberschicht die „kommunikative Therapie hinzu. [...] In den Nomoi wird mehrfach beschrieben, wie ein freier Arzt einen freien Patienten individuell berät, überzeugt und therapiert“ (ebd.).

Im Mittelalter lassen sich zwei Zentren der Medizin ausmachen: das arabisch-islamische Weltreich im Osten und die christliche Welt im Westen (vgl. Sigerist 1941: 44). In beiden Reichen wurden die überlieferten griechischen Texte gesammelt und ins Arabische, bzw. Lateinische übersetzt. Bis zum 10. Und 11. Jahrhundert hatten die arabischen Gelehrten einen großen Vorsprung gegenüber der christlich-westlichen Welt. Hospitäler wurden errichtet, die diejenigen der Christen bei weitem übertrafen.

„They were not poor houses or almshouses like the Western hospitals of that period. They were places where sick people were treated, where physicians gathered experience and instructed students“ (Sigerist 1941: 49f.).

Die christlichen Hospitäler auch Hospize genannt (vgl. Murken 1988: 13), entstanden ab dem 4. Jahrhundert. Bischöfe wurden verpflichtet, solcherlei Herbergen zu errichten. Parallel dazu gründeten die Römer Fremdenherbergen, die *Xenodochien* nach Vorbild christlicher Einrichtungen, um ihnen „nicht allein das Verdienst der Fürsorge für Fremde,

Heimatlose und Arme zu überlassen“ (Rohde 1974: 64). Eine weitere Bezeichnung für diese Einrichtungen trat mit dem „*Nosokomeon* (griech.: *nosos* = die Krankheit, *komeo* = ich pflege) für das Krankenhaus hinzu“ (Murken 1988: 13). In diesen Hospitälern gab es zwar bereits Ansätze von funktionaler Differenzierung in Herbergen, Krankenpflegehäuser, Armenpflegehäuser und Altersheime, diese war jedoch nicht sehr ausgeprägt und so wurden „Armut, Krankheit und Sündigkeit ineingesetzt“ (Rohde 1974: 65). Die Einrichtungen dienten als Auffangstationen für allerlei vagabundierendes Volk, Menschen ohne Obdach, Heimat, Arbeit und Familie.

Ab dem 8. bis zum 12. Jahrhundert nahm die Spezialisierung der Hospitäler zu. Zunächst durch die Gründung von „Findelhäusern und Leprosorien“ (Rohde 1974: 68). Das noch unterentwickelte medizinische Wissen hielt jedoch noch nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang Einzug in die Einrichtungen, denn „Gesundheit und Krankheit standen wesentlich jenseits des menschlichen Verfügungsbereiches“ (Rohde 1974: 68). Das Aufblühen der Städte im Mittelalter und die damit verbundene Ausweitung der städtischen Verwaltung, die ihre Ansprüche zunehmend auch gegenüber der Kirche geltend machte, führte zu „einer steten Verbürgerlichung des städtischen Spitalwesens“ (Eckert 2005: 73). Befanden sich die Hospitäler über lange Zeit fest in der Hand von Spitalsgemeinschaften, bürgerlichen Hospitalorden und ritterlichen Hospitalorden (vgl. Rohde 1974: 71), rückten diese zunehmend an deren Randbereiche.

Nach einer Reihe von Gründungen weltlicher Medizinschulen ab dem Jahre 900, entstanden zwischen dem 12. und 15. Jahrhundert, die ersten Universitäten „und übernahmen in einer eigenen Fakultät [...] auch den medizinischen Unterricht“ (Eckert 2005: 61). Hier wurden angehende Mediziner zu Akademikern „hoher Beredsamkeit und scholastischer Gelehrtheit“ (Rohde 1974: 77) ausgebildet, die der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens jedoch nicht unbedingt förderlich waren. Die griechischen Autoritäten standen unantastbar im Zentrum des medizinischen Wissens und auch die zunehmende Durchführung von Autopsien änderte daran wenig. So lag der Sinn dieser Übungen darin, die auf Galen zurückgehenden, überlieferten anatomischen und physiologischen Erkenntnisse zu bestätigen und nicht darin, sie zu revidieren (vgl. Eckert 2005: 84).

Neben der Säkularisierung des medizinischen Wissens und dem kommunalen Zugriff auf das Gesundheitswesen, wurden im Mittelalter auch die ersten staatlich verordneten Maßnahmen zur Eindämmung von Epidemien implementiert, die vor allem darauf abzielten, den erkrankten Teil der Bevölkerung vom gesunden zu isolieren und die hygienischen Bedingungen in den Städten zu verbessern:

„Als Desinfektion setzte man auch Räucherungen ein oder nutzte Essigwasser, verbrannte kontagiösen Hausrat, oft auch ganze Ortschaften, und ging gegen die verbreitete Rattenplage vor“ (Eckert 2005: 68).

Neben Lepra und Pest kannten die Menschen bereits Masern, Pocken und grippale Infekte und ab dem 16. Jahrhundert die über Frankreich eingeschleppte Syphilis, welche die verschwindende Lepra langsam ablöste. Hinweise auf Asyle zur Seuchenbekämpfung im Mittelalter lassen sich auch heute noch finden, wenn in Orts- oder Straßenbezeichnungen Begriffe aufscheinen, wie „Melaten (frz.: *malade* = krank), Kinderhaus (Leprakranke = Gottes Kinder), Gutleuthaus, Lazarett, Franzosenhaus, Brechhaus oder Siechhaus“ (Murken 1988: 15).

Im Zuge der Reformation (1517 bis 1648) und dem damit einhergehenden Rückgang von Ordensgemeinschaften und Klöstern, die in der Pflege der Kranken nach wie vor eine entscheidende Rolle spielten, wurde der noch jungen institutionellen Krankenpflege in den Spitälern die Basis entzogen und musste im 16. Jahrhundert durch die Wiederbelebung der Caritas aufgefangen werden (vgl. Rohde 1974: 75). Hier sind vor allem die Barmherzigen Brüder zu nennen, die früh dafür sorgten, „daß sie in ihren Reihen Wundärzte, Apotheker und geschulte Pfleger hatten“ (Murken 1988: 19), welche sich in sehr zweckmäßig gestalteten Einrichtungen bewegten und zu Beginn des 17. Jahrhunderts damit zugleich den Weg hin zum modernen Krankenhaus bereiteten. Dass hier ausschließlich Männer behandelt wurden, führte bald dazu, dass sich Frauen zusammenschlossen und eigene Anstalten gründeten, um ihren Geschlechtsgenossinnen, eine stationäre Krankenbehandlung zu ermöglichen. Exemplarisch sind die Filles de la Charité in Paris zu nennen, die sich 1634 gründeten und sich unter dem Namen Barmherzige Schwestern etablierten. Auch die Augustinerinnen hatten sich im Hôtel Dieu in Paris der Krankenpflege verschrieben. „Diese weiblichen Pflegeorden bereiteten früh die Basis für eine qualifizierte, geordnete Krankenpflege in den Hospitälern und sollten ihre Renaissance in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erleben“ (Murken 1988: 21).

Damals schreitet auch der unter anderem von den Anatomen Andreas Vesalius (1514 – 1564) und Theophrast von Hohenheim (ca. 1493 – 1541), genannt Paracelsus, „begonnene Ablösungsprozess von den klassischen antiken und arabisch-mittelalterlichen Personalautoritäten konsequent fort“ (Eckart 2005: 109). Nach und nach entsteht eine neue Erkenntnismethode, welche der empirischen Hinwendung zur Natur den Vorzug geben wird und in „induktiven Erkenntnisverfahren“ (Eckart 2005: 110) zu ihren wissenschaftlichen Überzeugungen gelangt; mit Hilfe von genauer Beobachtung und Experiment. Trotzdem genügte dieser »Empirismus« noch nicht aus, um einen mehr oder weniger gleichmäßigen

Fortschritt des medizinischen Wissens anzuleiten, sondern war zunächst konfrontiert mit neuen Spannungen und Entwicklungshemmungen – musste die Fülle der empirisch gesammelten Fakten doch erst in eine neue Ordnung gebracht werden. Diese Neu-Ordnung des Wissens vollzog sich am Ende des 18. Jahrhunderts (vgl. Foucault 2016):

„Die moderne Medizin hat selber ihr Geburtsdatum in den letzten Jahren des 18. Jahrhunderts angesetzt. Sobald sie über sich selber reflektiert, identifiziert sie den Ursprung ihrer Positivität mit einer Rückkehr von der Theorie zur wirksamen Bescheidenheit des Wahrgenommenen“ (ebd.: 9).

Die Entwicklung hin zum modernen Krankenhaus beginnt. Die medizinische Versorgung hält Einzug in die Krankenhäuser. Es geht nicht mehr darum, „den auferlegten Tod zu erleichtern, sondern um die Bekämpfung von Tod und Leiden mitten in der Gesellschaft“ (Rohde 1974: 88). Die „Stärkung der Medizin“ (Lachmund 1997: 54) bestand vor allem in medizinischer Forschung, Ausbildung und Versorgung bedürftiger Kranker (vgl. ebd.). Doch obwohl es ab sofort die Medizin war, welche die Geschicke des Krankenhauses lenkte; wer es sich leisten konnte, mied die Anstalten noch bis hinein in die Mitte des 19. Jahrhunderts und bevorzugte die Krankenbehandlung am heimischen Bett. Noch gab es nur wenig Erfolge nachzuweisen und in diesen Einrichtungen herrschten katastrophale (hygienische) Bedingungen.

Neben solch »pragmatischen« Gründen, das Spital zu meiden, spielte vor allem das vorherrschende Verständnis, was eine Krankheit am ausgehenden 18. Jahrhundert war, hierfür eine wichtige Rolle. Dieses Verständnis wies ihr zugleich den privilegierten Ort der Behandlung zu: die Familie. Krankheit wurde als eine bestimmte Art, einer bestimmten Gattung, begriffen, die ähnlich der botanischen Erfassung von Pflanzen mit Hilfe eines zweidimensionalen »nosologischen Tableaus« angeordnet und verortet wurde und darin ihre Bedeutung erhielt.

„Es gibt eine »wilde« Natur der Krankheit, die zugleich ihre wahre Natur ist und ihr vernünftigster Verlauf: allein, frei von Intervention, ohne medizinische Künstlichkeit bringt sie die fast pflanzenhafte Ordnung ihres Wesens zur Erscheinung“ (Foucault 2016: 33).

So existierten ein natürlicher Verlauf einer Krankheit und ein natürlicher Ort, an dem sich diese »artgerecht« verhalten und entwickeln würde:

„Der natürliche Ort der Krankheit ist der natürliche Ort des Lebens – die Familie: die Zartheit der spontanen Fürsorge, die Bezeugung des hingebenden Eifers, der gemeinsame Wunsch nach Genesung – alles hilft zusammen, um der Natur, die gegen die Krankheit kämpft,

beizustehen, und um die Krankheit selber in ihrer Wahrheit hervorgehen zu lassen“ (Foucault 2016: 34).

Das Krankenhaus wurde dagegen als widernatürlicher Ort verstanden, welcher der Krankheit, im Gegensatz zur Familie, andere Elemente hinzufügte, die ihren Verlauf verkomplizieren. Vor diesem Hintergrund wurde in der Nationalversammlung Frankreichs sogar über die Abschaffung der Spitäler diskutiert und medizinische Gesellschaften und Akademien wurden aufgelöst (vgl. ebd.: 54 ff.). Doch das Kurieren komplexer Krankheiten konnte die Familie nicht (mehr) leisten, ansteckende Krankheiten machten die Absonderung der Kranken von den Gesunden (weiterhin) notwendig und auch das immer größer werdende Elend in den Städten forderte eine ausgeprägte(re) Spitalsstruktur (vgl. Foucault 2016: 98).

2.1 Krankenbettmedizin

Noch im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert bildete das heimische Krankenbett den bevorzugten Ort der Krankenbehandlung. Das Gespräch oder „Krankenexamen“ (Lachmund 1997: 31) bildete das wichtigste Diagnoseinstrument, welches im „Spruch“ oder der „Erklärung“ des Arztes“ (ebd.: 45) gipfelte. Neben dem Dialog zwischen Arzt und Patient bestand die Möglichkeit, sich den äußeren Anzeichen der Krankheit zuzuwenden und vornehmlich dem, was der Körper absonderte: „Gesichtsfarbe, Hitze, Puls und Exkreme wie Blut, Stuhl, Urin und Auswurf“ (Lachmund 1997: 38). Körperliche Behandlungsmethoden waren allerdings noch kaum vorgesehen, wurden höchstens in rudimentärer Form praktiziert und erschöpften sich meist in der Messung des Pulses (vgl. Huerkamp 1985: 23). Der direkte Zugriff auf den Patientenkörper blieb, nicht zuletzt aufgrund von Schamgrenzen, verwehrt. Einen entscheidenderen Grund für die noch vorherrschende Bedeutungslosigkeit von leiblichen Untersuchungen, bildete die Struktur der medizinischen Wissensproduktion, die als „Medizin der Krankheiten“ (Foucault 2016: 204) mit einem Krankheitsbegriff operierte, welcher sich noch nicht um Entdeckung pathologischer Körperstrukturen, den Läsionen bemühte, ja, bemühen konnte. Die Krankheiten bildeten eine das Leben bedrohende „Gegen-Natur“ (ebd. 207). Es waren Wesenheiten, die sich in die Körper einnisteten „die über dem Leben kreisten und es bedrohten“ (ebd.: 167), wurden aber noch nicht als das kranke Leben selbst verstanden. Dies beginnt sich erst mit dem Aufkommen der Pariser klinischen Schule und der dort neu aufkommenden Methode der pathologischen Anatomie zu ändern. Einige Protagonisten dieser Neuerung waren Philippe Pinel (1745-1826), Marie François Xavier Bichat (1771-1802), François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) und Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) (vgl. Eckart 2005).

Noch bildeten Erkrankungen keine punktuellen Episoden. Sie waren Produkte historischer Prozesse, einer „oft verwickelten Geschichte des Körpers und seiner Beziehungen zur sozialen und natürlichen Umwelt“ (Foucault 2016: 34). Die Geschichte oder die Erzählung des Erkrankten nahm daher bei der Untersuchung am Krankenbett einen nicht zu überschätzenden Stellenwert ein. Ausschließlich „der Kranke ist hier Träger eines körperlichen Empfindungswissens, das sich dem äußeren Beobachter entzieht“ (Lachmund 1997: 33). Die Bestimmung der Krankheit hängt damit fast zur Gänze von der Perspektive der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten ab. Die Examina am heimischen Krankenbett fanden nicht in der Privatheit einer dyadischen Beziehung statt. Die Konsultation bildete ein „komplexes soziales Ereignis, an dem außer dem Arzt und dem Patienten meist auch ein mehr oder weniger großer Kreis von „Umstehenden“ teilnimmt (Verwandte, Nachbarn, ratgebende „weise Frauen“ usw.)“ (Lachmund 1997: 29 f.). Auch auf Seiten der Ärzteschaft war es keine Seltenheit, dass mehrere Ärzte an der Behandlung partizipierten: entweder auf eigene Initiative hin, da „ein „Spruch, der von zwei Ärzten getragen wird, [...] in den Augen des Publikums höhere Glaubwürdigkeit“ (ebd.: 48) besitzt, aber oftmals auch gegen deren Willen auf Initiative der PatientInnen (vgl. ebd.). Die akademisch ausgebildeten Ärzte bildeten nur einen kleinen Teil der heilenden Berufe. Ihr Professionalisierungsprozess begann erst langsam einzusetzen und so waren es vornehmlich Wundärzte, als mehr oder weniger umfangreich in der Theorie unterwiesene Praktiker, aus denen sich der weitaus größere Teil der Medizinerschaft rekrutierte. Was Lachmund als „vielschichtige[s] System von Experten“ (1997: 28) bezeichnet, umschließt auch einen Kreis von Personen den Huerkamp mit „Laienheilern“ (1985: 25) betitelt:

„»Ein Schäfer, ein Barbiergeselle, eine abgelebte Hebamme, ein Urinbeseher und ähnliche Menschen haben sich . . . sehr oft bei manchen Layen einen bedeutenden Kredit erworben und erhalten in vielen Fällen den Vorzug vor dem einsichtsvollsten Heilkünstler«, klagte ein Mediziner 1806“ (ebd.).

Hier zeigt sich, wie schwer eine Trennung zwischen ExpertIn und LaiIn zu dieser Zeit noch fällt, wie unscharf und nur bedingt anwendbar die Terminologie hier ist (vgl. Lachmund/Stollberg 1995: 21). Auch Henker und umherziehende Wunderheiler konnten an der Krankenbehandlung partizipieren und nicht selten kurierten die Pfarrer und bildeten einen Teil der „oft bunten Krankenbettgesellschaft“ (Lachmund/Stollberg 1995: 53). Die Expertise der akademisch gebildeten Ärzte war ausgesprochen fragil und ihre Empfehlungen wurden alles andere als selbstverständlich befolgt. Durch ihr Erfahrungswissen „von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (Huerkamp 1985: 26) schienen besonders Frauen „eine Art von natürlicher Autorität in allen den Körper betreffenden Fragen

innezuhaben“ (ebd.) und konnten sich häufig mit eigenen Heilmethoden am Krankenbett durchsetzen. Ein weiteres Problem, das einer früheren Professionalisierung der Ärzteschaft entgegen stand, waren die noch geringen Behandlungserfolge, die sie vorweisen konnte, bildeten doch gerade diese Erfolge das wichtigste Kriterium, um beim umstehenden Publikum Wohlgefallen und einen »guten Ruf« zu erlangen, welcher wiederum größere PatientInnenkreise erschloss und letztlich zu mehr Einkommen führte.

„Es ist daher eine beliebte Strategie der Ärzte, ihren Spruch möglichst lange aufzuschieben und sich vor allem bei der Aussprache von Prognosen „klug und behutsam“ (anonym 1792: 26), zu äußern, sich also nicht zu sehr festzulegen und den dahingehenden Fragen des Kranken so lange wie möglich auszuweichen“ (Ploucquet 1797: 167, zit. nach Lachmund 1997: 47).

Eine performative Seite, als Darstellungspraxis ärztlicher Heilkunst, kommt hier zum Vorschein. Medizinisches Wissen muss vor einem Publikum in Szene gesetzt werden, das maßgeblich über den Erfolg der Behandlung entscheidet. Die Ärzteschaft befindet sich noch in der Kontrollsphäre der PatientInnen, der sogenannte „Laienkontrolle“ (Lachmund 1987: 354). Der Arzt konnte nicht tonangebend auftreten und verfügte nicht über ein von der Laiensphäre unabhängiges Wissen. Er war bei der Behandlung fast vollständig auf die Ausführungen, Einschätzungen, Beschreibungen, Interpretationen und letztlich das Wohlwollen der PatientInnen angewiesen, auch wenn diese im Gespräch ein gemeinsames diskursives Wissen generierten (vgl. Lachmund/Stollberg 1995: 118f.). „Sowohl aus ihrem höheren sozialen Status wie aus ihrer Marktlage als Nachfragemonopol ergab sich eine relative Dominanz des Patienten gegenüber dem Arzt“ (ebd.: 354).

2.2 Hospitalisierung

Auch wenn die Krankenbettmedizin im Verlauf des 19. Jahrhunderts das vorherrschende Modell ist, löst sich der bevorzugte Ort der Krankenbehandlung langsam vom heimischen Bett und verlagert sich in die Krankenanstalten. Bereits um 1800 werden die Krankenhäuser zu wichtigen Schauplätzen medizinischer Praxis“ (Lachmund 1997: 53). Vor allem in der Pariser Klinik kulminierten Entwicklungen zu ihrem vorläufigen Höhepunkt, mit der Entstehung einer modernen Medizin, die sich dadurch kennzeichnet, „dass der Patient durch die Anwendung physikalischer und chemischer Untersuchungsmethoden zum messbaren Patienten wird“ (Eckart 2005: 184). Im Krankenhaus findet sich jetzt nur noch derjenige wieder, der auch tatsächlich erkrankt ist. „die Fürsorge für andere Formen der Hilfsbedürftigkeit wird entsprechend spezialisierten alternativen Institutionen überantwortet“ (Lachmund 1997: 56). Man verfügte durch die Belegung mit vornehmlich

mittellosen und statusniederen PatientInnen über Menschen, die in der von der häuslichen Privatpraxis radikal verschiedenen Krankenhaussituation, als Objekte der klinischen Forschung dienten. Ihre Kontroll- und Einflussmöglichkeiten schwanden und ihnen wurde für die kostenfreie Krankenbehandlung „eine nahezu bedingungslose Folgebereitschaft gegenüber den Anordnungen des Personals abverlangt“ (Lachmund 1997: 56).

Über sie wird fortan ein Netz von Disziplartechniken gebreitet. „Die Disziplin macht sich zunächst an die Verteilung der Individuen im Raum“ (Foucault 1994: 181). Sie werden aus ihren interpersonellen Bezugsnetzen herausgelöst, vereinzelt und auf Stationen verteilt. Das Publikum verschwindet und mit einem am Krankenbett angebrachten Schild, erhält der Patient seine „institutionelle Identitätszuschreibung“ (Lachmund/Stollberg 1995: 168). WärterInnen werden zur Überwachung eingesetzt und die Hospitalisierten einem strengen zeitlichen Regime unterworfen (vgl. Foucault 1994: 192 ff.). Sie werden den Beobachtungen des ärztlichen Blicks zugänglich gemacht. Für sie ist fortan „nicht die Objektivierung, sondern die Erfahrung des Objektiviertwerdens für das Krankenhaus typisch“ (Lachmund/Stollberg 1995: 176).

“The four great innovations of Hospital Medicine were structural nosology, localized pathology, physical examination and statistical analysis” (Jewson 2009: 625).

In diesem „Objektivierungsklima“ (Göckenjan 1985: 216) bleibt vom vormals ausgedehnten Krankenexamen nurmehr eine „formalisierte Anamnese“ (Lachmund 1997: 62) zurück, von der der behandelnde Arzt bei Weitem nicht mehr so abhängig war, wie zuvor vom Examen. Der Körper rückt in den Vordergrund der Untersuchungen. Die Wahrnehmung des Klinikers verbreitert und verschiebt sich. „An die Stelle des auf ein Sprechen gespannten Ohres tritt der Finger, der an die Tiefe rührt“ (Foucault 2016: 136). Diese Tiefe tritt in Erscheinung mit der Praxis der Leichenöffnung. Sie gilt fortan als „das privilegierte Erkenntnismittel der Medizin“ (Lachmund 1997: 52) und ihr Ziel ist es nicht mehr „überlieferte [...] Lehrauffassungen zu reproduzieren und dadurch zu verifizieren“ (Eckert 2005: 84).

„Die Medizin der Symptome tritt langsam vor der Medizin der Organe, des Krankheitsherdes und der Krankheitsursachen zurück, vor einer Klinik, die ganz an der pathologischen Anatomie orientiert ist“ (Foucault 2016: 136).

Die Anordnung im Tableau wird durch die räumliche Tiefe des Körpers abgelöst. Nur noch anatomische Phänomene bieten „als dauerhafte Aspekte der Krankheit allein einen festen Orientierungspunkt“ (Lachmund 1997: 66). Symptome verweisen von nun an lediglich auf verborgene Läsionen im Körper und sind nicht mehr Erscheinungsform der Krankheiten selbst.

„Die Krankheit ist nicht mehr eine pathologische Art, die sich in den Körper einfügt, wo das möglich ist; die Krankheit ist der krank gewordene Körper selber“ (Foucault 2016: 150).

Der ärztliche Blick ist konfrontiert mit einer Unsichtbarkeit und Undurchdringbarkeit der Tiefe der Körper. Eine „*Triangulierung der Sinne*“ (Foucault 2016: 176, Herv. i. O.) wird notwendig: zum Sehen tritt das Berühren zum Berühren das Hören. „In den Blick des Arztes gehen nun mehrere Sinne ein: es ist ein Blick, der berührt, der horcht, und der außerdem – aber nicht wesensnotwendig – sieht“ (Foucault 2016: 178). Die sinnlich-technische Erweiterung des ärztlichen Blicks, zum Beispiel mit Hilfe des Stethoskops bleibt ein Provisorium, welches solange notwendig zum Einsatz kommt,

„bis der Tod der Wahrheit die lichtvolle Gegenwart des Sichtbaren zurückgibt; in der Nacht des Lebens werden die Dinge nur abgetastet und belauscht, damit sie verraten, was sie in der weißen Helligkeit des Todes sein werden“ (Foucault 2016: 178, Herv. i. O.).

In dem, was Michel Foucault hier beschreibt, entfaltet sich keine Fortschrittsgeschichte der Wissenschaften, verstanden als eines kontinuierlichen »Wissenszuwachses« durch Entdeckung neuer Erkenntnisse und Methoden. Es wird kein »linearer« Zusammenhang von angelegter Methode oder Technik und Erkenntnisgewinn eines zunehmend „wirklichkeitskongruenten Wissens“ (Elias 2001: 221) behauptet und so fällt es schwer, Wirkungszusammenhänge herauszustellen, bei welchem ein Faktor als Ursache für den anderen dienen kann. In diesem Verständnis sind wir auf die Beschreibung komplexer, parallel ablaufender und sich gegenseitig bedingender Entwicklungen zurückgeworfen und darauf, die Brüche in den Modi der Wissensproduktion aufzudecken, die zu Veränderungen der *episteme* führen, also letztlich der Frage, „nach welchem Ordnungsraum das Wissen sich konstituiert hat“ (Foucault 2012: 24):

Ähnlich beschreibt Jewson die historischen Entwicklungen als Änderungen im „mode of production of medical knowledge“ (2009: 623) und arbeitet mit Hilfe seines Konzepts der „Medical Cosmology“ (ebd.: 622) drei Typen dieser Kosmologien heraus: „Bedside Medicine, Hospital Medicine and Laboratory Medicine“ (ebd.). Der Übergang von der Krankenbettmedizin zur Krankenhausmedizin, ist das, was mit der Ablösung der Krankenbehandlung vom heimischen Bett hin zum Spitalsbett beschrieben wurde. Den zweiten Übergang, von der Krankenhausmedizin zur Labormedizin, verortet er kurze Zeit später in der Mitte des 19. Jahrhunderts, wenn die Zelltheorie und damit Prozesse auf zellulärer Ebene bei der medizinischen Wissensproduktion immer mehr Raum einnehmen.

„Clinical diagnosis was reorganized around the application of a series of chemical tests of body substances designed to identify morbid physiological processes. Medical practice became an appendage to the laboratory“ (Jewson 2009: 625).

Als Ergebnis dieser Entwicklungen in der Zeit von 1770 bis 1870 steht bei Jewson „The disappearance of the sick man from medical cosmology“ (2009). Der Patient tritt nicht mehr als „conscious human totality“ (ebd.: 623) auf, sondern als „material thing to be analysed, and disease as a physico-chemical process to be explained according to the blind inexorable laws of natural science“ (ebd.: 629).

Auch bei Michel Foucault werden zwei große Übergänge historischer Formen der Wissensproduktion herausgestellt. Diese Übergänge sieht er am Ende des Zeitalters der Renaissance am ausgehenden 16. Jahrhundert, welches seine Erkenntnisse mittels Auffinden von Ähnlichkeiten sichtbarer Zeichen der Objektwelt hervorbringt (vgl. Foucault 2012: 49), hin zum klassischen und damit klassifizierenden Zeitalter, in welchem sich das Denken fortan in Unterscheidungen und der Anordnung der Dinge mittels Taxonomia und Mathesis vollzieht. „Das Zentrum des Wissens im siebzehnten und achtzehnten Jahrhundert ist das Tableau“ (Foucault 2012: 111). Am Ende des 18. Jahrhunderts schließlich – und damit fallen die oben ausgeführten Entwicklungen in diese Übergangszeit – erscheint schließlich „der Mensch mit seiner nicht eindeutigen Position als Objekt für ein Wissen und als Subjekt, das erkennt“ (Foucault 2012: 377). Der lebendige Mensch, der sich selbst zum Objekt machen kann und gleichzeitig als Beobachter auftritt, ist das radikal neue Ordnungsprinzip der modernen episteme und äußert sich exemplarisch in Kants anthropologischer Frage »Was ist der Mensch?«. (zit. nach Foucault 2012: 410).

Ein weiteres Angebot der Einteilung der Phasen medizinischer Entwicklung liefert Edward Shorter (1991), der zunächst eine „traditionelle Medizin von Galen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts“ (ebd.: 17) postuliert, die dann von der »modernen Medizin« abgelöst wurde, die wiederum bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts andauern sollte (vgl. ebd.: 24) und schließlich in die „postmoderne Medizin“ (ebd.: 45) mündet und für ihn erst dann beginnt „als die für diese neuen Therapien wesentlichen naturwissenschaftlichen Erkenntnisse auch in das Studium der Medizin Eingang fanden.“ (ebd.: 46f.).

Veränderungen von Produktionsweisen legitimen Wissens, könnte man auch mit Thomas Kuhn als „Paradigmenwechsel“ benennen. Auch er nimmt damit Abstand von „der Idee des langsamen, aber stetigen (und unaufhaltsamen) Fortschritts der Wissenschaft“ (Schüle/Reitze 2021: 168). Mit dem Paradigmenbegriff werden vielmehr „ontologische, methodologische und theoretische Leitvorstellungen und –konzepte“ (ebd.) zu fassen

versucht. Stößt die Erklärungskraft des Leitparadigmas an seine Grenze, setzt die „kritische Phase“ (ebd.: 167) ein.

„Sie beginnt mit einem breiten Aufstand gegen das „herrschende Paradigma“. Es werden neue Wege gesucht und propagiert, die alten geraten unter Beschuss. Die Vertreter des „herrschenden Paradigmas“ halten dagegen“ (ebd.).

Letztlich sind es die konkreten Akteure, die Veränderungen herbeiführen. Dabei geht es immer auch um Fragen von Macht und damit um die Einflussnahme durch Besetzen mehr oder wenig hoher Positionen. Der Begriff der Revolution bei Kuhn verweist deutlich, auf die sozial-(politische) Komponente dieser Veränderungen auch innerhalb der Wissenschaften.

Dafür sprechen auch die Untersuchungen Lachmunds (1997) hinsichtlich der Einführung des Stethoskops bzw. der Auskultation und Perkussion als körperliche Untersuchungsverfahren, welches bereits 1761 vom österreichischen Mediziner Johann Leopold Auenbrugger entdeckt wurde, der „das Abklopfen des Kranken als neues Mittel zur Diagnose von Brustkrankheiten vorschlug“ (Lachmund 1997: 27). Beachtung fand diese Methode erst mit Corvisart und damit einem „Verbündeten, der im Zentrum sowohl der politischen wie der wissenschaftlichen Macht steht“ (Lachmund 1997: 74). Nicht zuletzt durch seine (Text-)gestalterische Aneignung und Reorganisation der Argumentation Auenbruggers bei der Übersetzung ins Französische verhalf er der neuen Methode zu Bekanntheit und damit zum Einzug in die moderne (Pariser) Klinik. Was letztlich zum Wandel führt, liegt damit nicht in der Einführung neuer Techniken allein begründet. Vielmehr handelt es sich um komplexe Verflechtungen, die sich gegenseitig bedingen und perpetuieren, an welchen konkrete Akteure mit unterschiedlichen Interessen und Einfluss- und Gestaltungspotentialen beteiligt sind und die Momente der Hemmung und der Widerstände kennen.

2.3 Professionalisierung des Arztstandes

Nach Huerkamp (1985) liegen in den Entwicklungen im 19. und frühen 20. Jahrhundert auch die Anfänge eines Professionalisierungsprozesses des Ärztstandes begründet. ÄrztInnen stehen fortan vermehrt außer Konkurrenz bei der Krankenbehandlung und finden sich zunehmend „in der Rolle des unverzichtbaren wissensbasierten Experten“ (Schubert/Vogd 2009: 31) wieder, die bei den PatientInnen anerkannt, unter staatlich gesicherter „Berufsautonomie“ (Freidson 1979: 23) Produktion, Anwendung und Zugang zu medizinischem Fachwissen kontrollieren. Einheitliche Ausbildung und alleinige Kontrolle über das Fachwissen, auch über neue technologische Instrumente und die Veränderungen

der Behandlungen durch die Objektivierung der Patienten weg, von der Person hin zum medizinischen Fall (vgl. Schubert/Vogd 2009: 30, Klatetzki 2012: 169), sind entscheidende Faktoren, die dazu beitragen, dass sich die Ärzteschaft immer weiter aus der Laienkontrolle lösen und die Behandlungssituation und Medizin selbst fast vollständig ihrer kollegialen Expertenkontrolle unterwerfen kann. Das zwingt die Behandlungssituation unter eine Befehlslogik, in der sich auch der gebildete, statushöhere Patient immer seltener einem Gesprächspartner auf Augenhöhe gegenüber sah, sondern sich immer häufiger in der „Rolle des reinen Befehlsempfängers“ (Huerkamp 1985: 154) wiederfand.

Dazu war es notwendig, dass aus der Fülle von medizinischen ExpertInnen, »Laien-ExpertInnen« und LaiInnen, die sich alle an der Krankenbehandlung beteiligen konnten, ein ärztlicher Einheitsstand emergierte. In Preußen regelte die Prüfungsverordnung von 1825 die Klassifikation des Heilpersonals neu und strebte an, „die wissenschaftlich obsolet gewordene Trennung der Heilkunde in Chirurgie und Medizin“ (Huerkamp 1985: 45) aufzuheben. Im Medizinstudium wurden die chirurgischen Fächer zur Pflicht und die Studierenden konnten wählen ob sie sich in weiterer Folge „als reine Mediker (medici puri) oder als Ärzte und Wundärzte zugleich (Mediko-Chirurgen) approbieren lassen wollten“ (Huerkamp 1985: 45).

Neben Vereinheitlichungstendenzen an der Akademie, treten Entwicklungen in der Praxisausübung hinzu. Konfrontiert mit aus einer angespannten Konkurrenzsituation entstandenen Konflikten bei der Gründung von Arztpraxen, war das Bild, welches die Bevölkerung von den Ärzten hatte, geprägt „von Brotneid und Streitsucht“ (Huerkamp 1985: 129). Die immer einflussreicher werdenden ärztlichen Vereine sahen sich gezwungen „Standesordnungen“ zu erlassen, die das kollegiale Verhältnis regelten, um so die »Würde ihres Standes« zu gewährleisten (ebd.: 128). Huerkamp kommt in ihren empirischen Analysen zu dem Schluss, dass sich diese Ehrenkodizes, nicht, wie oft behauptet wird, vornehmlich aufgrund eines Schutzgedankens gegenüber den PatientInnen entwickelten, sondern vielmehr „als Antwort auf das Problem der sozialen Kontrolle professioneller Leistungen“ (Huerkamp 1985: 128). Sich mit den Kollegen gut zu stellen erhält fortan einen immer bedeutenderen Stellenwert.

„Ein Arzt, der die Normen kollegialen Verhaltens beachtete, konnte mit mehr Überweisungen und Zuziehungen zu Konsilien rechnen und konnte zudem darauf hoffen, bei allen Schwierigkeiten mit Patienten die Rückendeckung seiner Standesgenossen zu haben“ (Huerkamp 1985: 130).

Mit dem Wandel zur von Jewson (2009) so betitelten „Labormedizin“, erweitert sich das medizinische Fachwissen um neue Disziplinen, die „auf der Grenze zwischen Medizin und Biologie bzw. Chemie“ (Huerkamp 1985: 93) liegen. Vormalig unbekannte Akteure wie Mikroben (vgl. Latour 1993) treten aus den Laboren hervor. Eine breite Hygienebewegung formiert sich (vgl. Eckart 2005: 203) und Hygiene wird zum Pflichtfach in der medizinischen Ausbildung. Die Chirurgie profitiert vom Aufkommen von Asepsis (Keimfreiheit) und Antisepsis (Wunddesinfektion). Dadurch ermöglichte Erfolge, machen den Gang ins Krankenhaus für eine immer breitere Bevölkerungsschicht attraktiver und sicherer. Die nur hier verfügbaren Techniken und das zunehmende Spezialwissen der Ärzteschaft verstärkt das „Kompetenz- und Autoritätsgefälle“ (Huerkamp 1985: 136) gegenüber den PatientInnen.

Schon von Beginn des 19. Jahrhunderts an zeichnet sich eine fortschreitende „Differenzierung und Expansion des medizinischen Wissens“ (Huerkamp 1985: 94) ab und führt zu ihrer Spezialisierung. Dem einzelnen Arzt wird nicht mehr zugetraut, allein die Summe der medizinischen Teilgebiete zu überblicken. Im Jahre 1901 treten zur Ausbildung der Studierenden folgende Fächer hinzu:

„die medizinische Poliklinik, die Kinderklinik oder Kinder-Poliklinik, die psychiatrische Klinik, die Klinik oder Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten, die für Ohrenkrankheiten sowie die für Haut- und syphilitische Krankheiten [...]“ (Huerkamp 1985: 109).

Der Prozess der Professionalisierung der Mediziner findet in der Mitte des 20. Jahrhunderts seinen Endpunkt. Von da an gilt sie „als Prototyp einer Profession“ (Lachmund 1987: 354). Dazu trugen maßgeblich auch gesellschaftspolitische Neuerungen wie staatlich verordnete Impfprogramme, der Ausbau der Armenversorgung und die ärztliche Versorgung an Schulen bei, die den „Kompetenz- und Funktionsbereich der Ärzte“ (Huerkamp 1985: 304) erweiterten.

Die Einführung „der Kranken-, Unfall-, Alters- und Invalidenversicherung“ (Eckart 2005: 182), erhöhte die Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen der akademischen Ärzte, nachdem die ärztlichen Standesvertretungen bei den Krankenkassen ihren Anspruch auf Autonomie und eines professionellen Expertentums durchsetzen konnten. „Durch rigide Reglements für die Kassenmitglieder und scharfe Sanktionen, falls ein Mitglied den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwider handelte“ (Huerkamp 1985: 305) erhalten sie enorme Autorität. Hier findet sich der Beginn dessen, was später unter dem Begriff des »paternalistischen Modells der Arzt-Patient-Beziehung« scharfe Kritik erfuhr (vgl. Coulter 2002). Gleichzeitig wurde mit dem nun bestehenden Rechtsanspruch der Versicherten auf

Krankenbehandlung, das umfassende Ausgeliefertsein gegenüber des Arztes, wie dies den mittellosen PatientInnen im Armenhospital noch zu Teil wurde, entschärft. Die grundlegende Dominanz der ÄrztInnen bleibt jedoch bestehen, bis weit in die Mitte des 20. Jahrhunderts und darüber hinaus (vgl. Huerkamp 1985: 145f.).

2.4 Entwicklungen nach 1945

Die Diktatur der Nationalsozialisten bildet eine historische Zäsur im 20. Jahrhundert. Was im Nürnberger Ärzteprozess verhandelt wurde, „stellte am Beispiel geschändeter Arzt-Patient-Beziehungen die zivilisatorischen Grundregeln in Frage“ (Ebbinghaus 2000: 11). Neben der Neuordnung der Welt und dem Wiederaufbau zerstörter Länder, zielten die Bemühungen nach dem Zweiten Weltkrieg unter anderem darauf ab, Grundregeln (wieder) zu etablieren und ihnen stabile(re) Fundamente zu verleihen. Die hier in Gang gesetzten Dynamiken schließen nicht zuletzt an Demokratisierungsprozesse an, die in der Französischen Revolution von 1789 wurzeln und ihren Ausdruck finden in Forderungen nach mehr Freiheit und Gleichheit aller Menschen. Aus den Vereinten Nationen (UN), die als Nachfolgeorganisation des Völkerbundes, 1946 ins Leben gerufen wurde, ging 1948 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor. In diesem Jahr wurde von der Generalversammlung der Vereinten Nationen auch die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte verabschiedet. Mit dem aus dem Ärzteprozess hervorgegangenen »Nürnberger Codex« wurden ethische Grundsätze für Experimente am Menschen formuliert, auf die auch die 1964 vom Weltärztebund (gegr. 1946) verabschiedete und 2013 zuletzt revidierte Deklaration von Helsinki zurückgeht, die wiederum mit der Good Clinical Practice (ICH-GCP) und den nationalen Arzneimittel- und Medizinproduktegesetzen, die heutigen Rahmenbedingungen einer jeden klinischen Studie bilden.

Laclau und Mouffe (2012) analysieren die Neuordnung nach dem Zweiten Weltkrieg als „neue hegemoniale Formation“ (ebd.: 2019); als die Fortführung dessen, was sie als grundlegende „Veränderung im politischen Imaginären des Westens“ (Marchart 2007: 114) beschreiben. Konkret ist das Auftauchen positiver Freiheitsrechte gemeint, welche ihren Ausdruck „symbolisch verdichtet in der Erklärung der Menschenrechte“ (ebd.) finden. An diese positiven, allen Menschen eigenen unveräußerlichen und letztlich einforderbaren Rechten, „können emanzipatorische Kämpfe bis heute ansetzen, wollen sie verschiedene Formen der Ungleichheit und Unterordnung als illegitim darstellen“ (ebd.). Mit der zunehmenden Durchdringung gesellschaftlicher Bereiche mit diesen allgemeinen Prinzipien, sind die protesthaften Widerstände gegen soziale Ungerechtigkeiten nicht mehr an ein mehr oder weniger einheitliches »Protestsubjekt« gebunden, wie es exemplarisch mit

der Gestalt »des Arbeiters« innerhalb der Arbeiterbewegung unterstellt wurde. Widerstände können fortan sehr viel punktueller und unter einer Vielzahl von Labeln im Sinne einer „Pluralität des Sozialen“ (Laclau/Mouffe 2012: 208) aufflammen und damit hoch anschlussfähig werden, für mannigfaltigere Arten emanzipatorischer Kämpfe, die auch vergleichsweise kleinen Gruppen, wie zum Beispiel Zusammenschlüssen von PatientInnen erlaubt, Widerstand zu leisten (vgl. Marchart 2007: 114).

In der »Ausweitung von Gleichheit und Freiheit auf immer größere Bereiche« bestehe, so Laclau und Mouffe, die »tiefe subversive Macht des demokratischen Diskurses« (215)“ (ebd.).

Mit dem, was in diesem Verständnis als Prozess zunehmender »Demokratisierung« angesprochen ist, gehen einschneidende Veränderungen der sozialen Verhältnisse einher. In ökonomischer Hinsicht konstatieren die AutorInnen eine in dieser Form noch nicht dagewesene „Ausdehnung kapitalistischer Produktionsverhältnisse auf alle sozialen Verhältnisse und ihre Unterordnung unter die Logik der Profitproduktion“ (Laclau/Mouffe 2012: 201), die vor keinem Lebensbereich halt macht und letztlich eine „demokratische Konsumentenkultur“ (Laclau/Mouffe 2012: 205) schafft. Die Kommodifizierung, als Umwandlung von nicht der kapitalistischen Produktionsweise entsprungenen Gegebenheiten, wie beispielsweise Grund und Boden, Arbeitskraft und Geld in fiktive Waren (vgl. Polanyi 2001: 71ff.), betrifft immer weitere Bereiche des menschlichen Zusammenlebens. Fast uneingeschränkt um sich greifend und alles einvernehmend, provoziert sie gleichzeitig dem gegenläufige Tendenzen im Sinne einer Dekommodifizierung, aus welcher nicht zuletzt die Intensivierung und Fortführung moderner wohlfahrtsstaatlicher Fürsorge entspringen musste, die die vermeintlichen Waren der reinen Akkumulationslogik bis zu einem gewissen Grade wieder entreißt und so zu einer mehr oder weniger brüchigen „Übereinkunft zwischen Kapital und Arbeit nach dem Zweiten Weltkrieg“ (Bowles/Gintis 1982, zit. nach Laclau/Mouffe 2012: 203) führte. Zu nennen ist hier exemplarisch die unter dem Druck der Arbeiterbewegungen entstandenen sozialen Errungenschaften, wie ein garantierter Mindestlohn, die Begrenzung der Tagesarbeitszeit – in Österreich zum Beispiel mit dem Arbeitszeitgesetz (AZG) des Jahres 1969 –, die Einführung von Soziallöhnen und vieles mehr. Auch die Einrichtung sozialer Dienstleistungen, zu welcher sich der Staat, durch die zunehmende Arbeitstätigkeit von Frauen und dem Wegbrechen traditioneller Familienverhältnisse in der kapitalistischen Wirtschaftsweise gezwungen sah, also die Fürsorge für Arbeitslose, ältere MitbürgerInnen und Kranke und damit verbunden eine „niederschwellige Zugänglichkeit medizinischer Leistungen“ (Löffler-Stastka/Krajic 2021: 3), sind zu nennen.

In Zusammenhang mit dem zunehmenden staatlichen Engagement machen die AutorInnen eine zweite größere Entwicklungslinie aus, nämlich die mit diesen Fürsorgebemühungen einhergehende Zunahme bürokratischer Praktiken, „die zusammen mit der Kommodifizierung zu einer der wesentlichen Quellen von Ungleichheiten und Konflikten geworden ist“ (Laclau/Mouffe 2012: 203). Was hier als „doppelte Transformation sozialer Verhältnisse“ (ebd.) angesprochen ist, findet, folgt man Laclau und Mouffe, in ähnlicher Weise in fast allen Industrieländern statt.

Letztlich trägt die Neufassung des Bürgers oder der Bürgerin als KonsumentIn dazu bei, dass neue soziale Bewegungen und Kämpfe entstehen „die eine wichtige Rolle bei der Ablehnung aller Unterordnungsformen gespielt haben, wie zum Beispiel in den USA der Kampf der schwarzen Bürgerrechtsbewegung“ (Laclau/Mouffe 2012: 205). Da auch die Patient Empowerment Bewegung ihre Wurzeln letztlich in der Bürgerrechtsbewegung hat (vgl. Bröckling 2019: 185ff.), sind hier Tendenzen verknüpft, die uns zum einen im Ärztin-Patientin-Verhältnis selbst mit dem Patient als (selbstbewusstem) Konsumenten eines sogenannten „Consumerism“ (vgl. Ewert 2013) begegnen werden, als auch Prozesse der Ökonomisierung im Bereich der organisierten Krankenbehandlung und damit einhergehend und im Ansatz zunehmende Verrechtlichung der Krankenbehandlung. Diese findet ihren Ausdruck nicht zuletzt in der Kodifizierung von Patientenrechten innerhalb der nationalstaatlichen Rechtsordnungen (vgl. Ulsenheimer 2015: 758) und hat ihren Auftakt in der Amsterdamer Erklärung der WHO im Jahre 1994.

„Man kann die gegenwärtige Ausdehnung des Feldes sozialer Konfliktualität und das daraus folgende Auftauchen neuer politischer Subjekte nicht verstehen, ohne beide im Kontext der Kommodifizierung und Bürokratisierung sozialer Verhältnisse einerseits und andererseits der Reformulierung der liberal-demokratischen Ideologie – die aus der Ausdehnung der Kämpfe um Gleichheit resultiert – zu verorten“ (Laclau/Mouffe 2012: 204f.).

In den neueren politischen Bewegungen steht bei den Kämpfen nunmehr die Verwirklichung von Autonomiepotentialen also der Forderung nach einem Mehr an »Freiheit« im Mittelpunkt.

Die Pluralität sozialer Verhältnisse und damit auch der Subjekte, die sich innerhalb dieser Verhältnisse befinden, bildet ein Zentrum der hier verfolgten Überlegungen. In diesem Denken zeichnet sich ab, wie die Vorstellung einer a priori gefassten, „transzendentalen Subjektivität“ (Fischer 2016: 120), als substantialistisches Bild des Menschen, welcher sich als Konstante durch sich wandelnde soziale Kontexte bewegt, aufgegeben wird und der Mensch in seiner „ex-zentrischen Positionalität“ (ebd.: 130) ernst genommen werden soll, als Wesen, welches sich von sich selbst zu distanzieren vermag (vgl. Hülst 1999: 230) und

sich wandelt, je nach Ausgestaltung der sozialen Zusammenhänge in die er gestellt ist. Der Mensch lässt sich aufgrund seines eklatanten Mangels an Instinkten (vgl. Gehlen/Rehberg 2016: 32) letztlich nur als „animal symbolicum“ (Cassirer 1960: 40ff.) fassen, also als ein Wesen, „das sich durch symbolische Formen spezifiziert und in symbolischer Formung vollzieht“ (Krüger 2009: 208). Wir bewegen uns innerhalb einer Vielzahl von sozialen Verhältnissen, in einer zunehmend funktional differenzierten Gesellschaft, mit ihren unterschiedlichsten Bereichen, die Alfred Schütz als „geschlossene Sinnbereiche“ (Schütz 1971: 389f.), Niklas Luhmann als „soziale Systeme“ (Luhmann 1983a, 1983b, 1987, 1990) und Pierre Bourdieu als „soziale Felder“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 127) umschreibt. Akteure, erscheinen dann in der Theorie Sozialer Systeme als „Identifikationspunkte der Kommunikation“ (Kneer/Nassehi 1993: 87) (Luhmann), in der Feld- und Habitus Theorie Bourdieus als Habitus oder in diskurstheoretischer Perspektive als Subjektpositionen (vgl. Bosančić 2014). Je nachdem, welche soziologische Großtheorie man als Rahmung für die Analyse wählt, wird versucht, einer grundlegenden „Fragmentierung »einheitlicher« Subjekte“ (Laclau/Mouffe 2012: 208) Rechnung zu tragen, auch wenn die analytischen Konzepte im Sinne einer grundlegenden Inkommensurabilität der Perspektiven nicht Identisches bezeichnen.

„Der Verzicht auf die Kategorie des Subjekts als einer einheitlichen, transparenten [...] Entität öffnet den Weg für das Erkennen der Besonderheit der Antagonismen, die sich auf der Basis unterschiedlicher Subjektpositionen herausbilden, und damit auch für die Möglichkeit zur Vertiefung einer pluralistischen und demokratischen Konzeption“ (Laclau/Mouffe 2012: 208).

2.5 Empowerment-Bewegung & Patient-Empowerment

Die zunehmende Ablehnung eines paternalistischen Behandlungsstils, welcher sich im Zuge der historischen Entwicklung herausgebildet hat, fand schließlich im Rahmen der »Patient Empowerment- Bewegung« ihren gesellschaftspolitischen Ausdruck. PatientInnen wollen in höherem Maße Mitbestimmen was in Ihrer Krankenbehandlung geschieht, sie fordern bessere Aufklärung und Informationen, mehr Wahlfreiheit und ganz allgemein emanzipieren sie sich von der „Vaterfigur Arzt“ (Grätzel von Grätz 2004: 16).

Der Begriff des Empowerments entsprang der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der 1970er Jahre und entzieht sich einer abschließenden Begriffsbestimmung. Laclau und Mouffe weisen in diesem Zusammenhang auf die Logik eines politischen Kampfbegriffs hin, wenn sie ihn als „leeren Signifikanten“ (Marchart 2007: 113) fassen. Dabei handelt es sich um Symbole, die es ermöglichen, eine mehr oder weniger einheitliche politische

Bewegung zu formieren, unter der sich zwar ähnliche aber nie deckungsgleiche Einzelinteressen der am Protest beteiligten individuellen Akteure subsumieren lassen. Damit das Symbol die Integration der Gruppe trotz Disparitäten leisten kann, muss es Grade der Unbestimmtheit aufweisen. Eine zu exakte Definition, z.B. mit konkreten Ein- und Ausschlusskriterien, würde zu viele (potentielle) Beteiligte von vornherein ausschließen und die Bewegung würde in sich zusammenfallen. Die Ambivalenz und das große Integrationspotential des Empowerment-Begriffs, zeigt sich in der Tatsache, dass er sowohl im Rahmen der Black-Consciousness-Bewegung genutzt wurde, als auch von konservativen Gruppierungen, die ihrerseits ihre politischen Bestrebungen unter diesem Begriff bündelten.

„Auf eine Formel gebracht: »Die Linke setzt Empowerment ein, um politischen Widerstand zu mobilisieren, die Rechte, um rational kalkulierende und unternehmerische Akteure zu fabrizieren« (Cruikshank 1999: 68, zit. nach Bröckling 2019: 186).

Folgt man Ulrich Bröckling, nötigt der Einsatz des Konzepts bei der Analyse Vorsicht ab, weil es zwar einerseits mit dem Anspruch auftritt, einen theoretischen Begriff zu liefern, „um Transformationen auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene zu beschreiben“ (ebd.: 180) aber andererseits den Aspekt einer „Wertorientierung, an der sich das Handeln Einzelner oder von Gruppen ausrichten *soll*“ (ebd., Herv. ART) aufweist. So erhält er neben der deskriptiven auch eine „präskriptive Seite“ (ebd.), wenn man so will, eine »politisch-normative« Dimension. Für eine Definition bleibt damit folgendes zu sagen:

„Unter »empowerment« verstehe ich, daß es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen“ (Rappaport 1985: 269, zit. nach Bröckling 2019: 181).

In seiner Analyse führt Bröckling das „unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2019) ein und die These, dass durch die Verschmelzung von „Telos, Theorie und Technologie“ (ebd.: 184) Empowerment „zu einem Baustein zeitgenössischer Gouvernementalität wird“ (ebd.). Damit erfährt die vermeintlich durchgehend positive Konnotation des Begriffs eine Gegenkonnotation, beinhaltet ein solches Denken doch immer auch den Imperativ oder die „Maxime stets so zu handeln, dass dieses Handeln die Mündigkeit seiner Adressaten (einschließlich der des Handelnden selbst) fördert“ (ebd.). So wird Empowerment zum Herrschafts- und Selbststeuerungsinstrument zur Steigerung der „Selbstregierung“ (ebd.). Der Gedanke einer bestehenden Ohnmacht wird eingeführt und diese Ohnmacht weist auf ein Verbot von Untätigkeit, fordert sie doch unablässig vom Individuum sich (selbst zum Wohle aller) zu ermächtigen.

„Wie die Bemächtigung anderer folgt auch die Selbstbemächtigung dem demokratischen Ideal des mündigen Bürgers, der Verantwortung für sich übernimmt und das Gemeinwesen, in dem er lebt, aktiv mitgestaltet“ (Bröckling 2019: 213).

Salmon und Halls (2004) Kritik am Empowerment-Begriff zielt in eine Ähnliche Richtung: Wenn heute zunehmend auch auf Anbieterseite von Gesundheitsdienstleistungen, Patient-Empowerment stark gemacht und eingefordert wird, dann nicht (nur) deshalb, um den PatientInnen tatsächlich mehr Autonomie- und Einflusspotentiale bei ihrer Behandlung zu verschaffen. Was später noch detaillierter thematisiert werden wird, ist die Beobachtung, dass zwar viel von partizipativer Entscheidungsfindung (vgl. Biber et al. 2016) und partnerschaftlichen Ansätzen die Rede ist (»*talk*«), diese in der Praxis (»*action*«) jedoch oftmals kaum verwirklicht sind und die tatsächliche Umsetzung auch häufig nicht gewünscht ist.

„We therefore propose that, when doctors, nurses and managers implement patient empowerment, or even just use the language of empowerment, they are taking part in a redrawing of the boundaries of medical responsibility. That is, to the extent that they can regard patients as empowered, they can regard themselves as being freed from a degree of responsibility for them” (Salmon/Hall 2004: 55).

So soll durch eingeforderte Emanzipation und den Verweis auf Eigenverantwortung nicht zuletzt eine höhere Compliance in Form der Regeltreue ärztlicher Anweisungen erreicht werden, letztlich die Disziplinierung (vgl. Sosnowy 2014: S. 317) von Patientinnen angestrebt und damit genau das erreicht werden, gegen was sich der Empowerment-Diskurs wendet, nämlich eine Fortführung und Revitalisierung des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Dies liegt nicht zuletzt an der Unbestimmtheit und Anschlussfähigkeit des Begriffs für verschiedenste Bedeutungen und daher muss darauf verwiesen werden, kritisch zu bleiben, wenn von (umgesetztem) Patient Empowerment die Rede ist, muss dieser Begriff doch kontinuierlich mit Bedeutung gefüllt werden und sich an der tatsächlichen Praxis der Krankenbehandlung messen lassen. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf Prigge et al. (2015) verwiesen, die in ihrer Studie den Versuch unternehmen, das Patient Empowerment (PE)-Konzept in ein Modell zu überführen, mit klar abgegrenzten und der quantitativen Überprüfung zugänglichen Kriterien.

„Our study is the first to systematically explore major antecedents of PE. To do so, we base our conceptualization of PE on the well-established SDT [“Self-Determination Theory”, ART] and clearly define PE as a three-dimensional behavior including information search, knowledge development, and decision participation” (ebd.: 382).

Dies ist für den Nachvollzug und die wissenschaftliche Klarheit ein zielführendes Projekt, hat für die vorliegende qualitative Untersuchung jedoch wenig Bedeutung, nicht zuletzt da ich nicht auf den Patient Empowerment Begriff fokussiere. Trotzdem kommt dem Thema und der hier inhärenten Gleichzeitigkeit von Deskription und Normativität Bedeutung zu bei allen anderen noch vorzustellenden Modellen der Arzt-Patientin-Beziehung bzw. des (politisch erwünschten) Wandels dieser Konstellation.

2.6 Verschiebungen hinsichtlich Krankheitsbegriff und Krankheitsspektrum

Eine weitere Veränderung in der neueren Geschichte der Medizin liegt in der Verschiebung des Krankheitsbegriffs, von einem tendenziell biologistischen oder mechanistischen Verständnis der Pathogenese – „the human organism is a splendid system, a marvel of mechanical organization, which is now and then attacked by a pathogen and damaged, acutely or chronically or fatally“ (Antonovsky 1996: 13) –, hin zu einem auch andere Faktoren einschließenden Begriff von Krankheit *und* Gesundheit. Mit Antonovskys Konzept der Salutogenese wird der Fokus auf die (positive) Gesundheit verschoben wenn er die Frage in den Mittelpunkt rückt wie Gesundheit entsteht (vgl. Kickbusch 1996: 5f.). Krankheit und Gesundheit erscheinen nicht mehr als sich ausschließende Gegenparts, sondern als Pole eines Kontinuums. „Aus salutogenetischer Perspektive erscheint Krankheit so als ein niedrigeres Niveau von Gesundheit“ (Bröckling 2019: 202). Was einen Menschen gesund macht, ist in diesem Sinne nicht mehr die reine Abwesenheit von Krankheit, sondern beispielsweise auch emotionales Wohlbefinden, Selbstverwirklichungspotentiale des Einzelnen, das Gefühl nicht einsam zu sein, uvm. Die WHO definierte bereits in Ihrem Gründungsdokument Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being“ (WHO 1946) und weitete damit das Verständnis, was Gesundheit ist, über die Grenzen des medizinisch-klinischen Komplexes aus. Nicht mehr das biologische, sondern vielmehr ein »biopsychosoziales« Modell von Krankheit und Gesundheit kommt zum Vorschein. Darüber hinaus erklärte die WHO den bestmöglichen Gesundheitszustand (vgl. WHO 1946) zum Grundrecht eines jeden Menschen und schaffte Grundlagen und Anschlussfähigkeit für Konzepte der Gesundheitsförderung, die 1986 in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung weiter expliziert wurden. Es geht nicht mehr nur um die Behandlung von Kranken und im besten Falle darum, im Sinne einer Krankheitsprävention Vorkehrungen zu treffen, die vermeiden dass Menschen krank werden. Mit dem Verständnis von Gesundheit als Zusammensetzung unterschiedlicher positiver Ressourcen, kommt neben dem Schutz dieser Ressourcen auch deren aktive Förderung und Entwicklung, nicht zuletzt im Setting der Krankenbehandlung in den Blick (vgl. Krajic et al. 2017: 2). Damit

geht auch eine Stärkung der Patientenseite einher, wenn gefordert wird, dass ihre Perspektive bei der Diagnose und Behandlung eine (größere) Rolle spielen muss.

„Bereits in der WHO-Verfassung ist angeführt, dass die Betroffenen und Beteiligten bei der Umsetzung dieses Rechts eine bedeutende Rolle innehaben – für die verstärkte Bedeutung von Partizipation wurde damit eine Grundlage geschaffen“ (ebd.: 8).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass von der WHO nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten expliziert werden. In der internationalen Konferenz über Gesundheitsversorgung in Alma Ata am 12. September 1978 finden sich folgende Formulierungen:

„IV Die Menschen haben das Recht und die Verpflichtung, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen“

„VII Die primäre Gesundheitsversorgung [...] 5. erfordert und fördert bei Individuum und Gesellschaft ein Höchstmaß an Eigenverantwortung und Beteiligung an Planung, Organisation, Betrieb und Überwachung der primären Gesundheitsversorgung unter größtmöglicher Nutzung der auf lokaler und nationaler Ebene oder anderweitig vorhandenen Mittel und entwickelt zu diesem Zweck durch angemessene Aufklärung der Bevölkerung deren Fähigkeit zu einer aktiven Beteiligung“ (WHO 1978, vgl. Krajic et al. 2017: 9).

Offensichtlich erscheint Medizin unter diesen Bedingungen nicht als Dienstleistung unter anderen und die Patienten damit nicht als reine Konsumenten, sondern vielmehr wird ihnen die Pflicht auferlegt, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und nicht als bloße Leistungsempfänger, als Kunden aufzutreten. Es wird „zunehmend betont, dass die Gesundheit des Einzelnen ohne dessen Selbstbehandlung und aktive Mitwirkung an der Therapie kaum möglich ist“ (Borgetto 2004: 155). Was in der Alma Ata Erklärung erscheint und von den nationalen Wohlfahrtstaaten aufgenommen werden soll, kann mit Lessenich (2009) als eine Form „aktivierender Sozialpolitiken“ (ebd.: 169) gelesen werden. Die Bürgerin wartet nicht auf wohlfahrtstaatlich vermittelte Leistungen, sondern unternimmt selbsttätig Anstrengungen „zur Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit – im Interesse der Entlastung der gesellschaftlichen Gemeinschaft und der durch diese finanzierten sozialen Sicherungssysteme“ (ebd.: 169). Diese aktivierende Politik findet im Gesundheitssystem ihren Niederschlag, wenn zunehmend „das Gesetz der Prävention, der mehr oder weniger sanfte Druck zur individuellen Vorsorge“ (ebd.) herrscht. Dabei trägt man Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht nur aus individuellen Gründen, sondern auch aus Verantwortung für die gesamte Gruppe, wenn der Imperativ für das möglichst gesunde Individuum in dieser Hinsicht auch darauf abzielt, die gesellschaftlichen Sicherungssysteme nicht unnötig zu belasten. „Wer sich nicht frühzeitig und nachhaltig um sich selbst kümmert,

um die Entwicklung seiner individuellen Fähig- und Fertigkeiten, wird zum Risiko für die Allgemeinheit“ (Lessenich 2009: 170). Politiken der Prävention laufen in dieser Lesart darauf hinaus, dass den BürgerInnen abverlangt wird, „daß sie sich der Systemverträglichkeit ihres Handelns a priori vergewissern; daß sie systemzerstörende Effekte ihres eigenen Handelns präventiv ausschließen; daß sie sich als Risiko ernst nehmen und sich entsprechend selbst kontrollieren“ (Vobruba 1983: 40, vgl. Lessenich 2009: 170). Dieses Deutungsangebot der aktivierenden Politik verweist auf mögliche Probleme, die mit dem Präventionsgedanken und der Forderung nach zunehmend aktiven BürgerInnen und PatientInnen (vgl. Heldal/Tjora 2009) einhergehen können, vor allem in Zusammenhang mit der unterstellten Medikalisierung der Gesellschaft, also der problematischen „Verbreiterung des medizinischen Blicks, von medizinischen Konzepten in immer weitere Bereiche der Kontrolle sozialer Abweichung und ehemals als „natürlich“ definierter Lebensereignisse“ (Krajic et al. 2009: 4f.). Dabei sollen diese Ausführungen nicht als Plädoyer verstanden werden, den Präventionsgedanken abzulehnen, bleibt die Stärkung des Individuums und die Forderung nach Verantwortungsübernahme doch ein wichtiger Baustein bei der Aushebelung paternalistischer Logiken. Die Stärkung der Eigenverantwortung scheint nicht zuletzt auch unter dem Eindruck immer erfolgreicherer Behandlungsmöglichkeiten notwendig, durch welche vormals tödliche Krankheiten chronifiziert werden können. Auch die alternde Gesellschaftsstruktur und die Tendenz der Abnahme von Übertragungskrankheiten (vgl. Krajic et al. 2017: 5f). – deren Annahme in Zeiten von Covid-19 unter Umständen wieder etwas revidiert werden muss – führt dazu, dass die Bedeutung chronischer Krankheiten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma und Diabetes, onkologische Erkrankungen (vgl. Lachmund 1987: 358) und damit der Umgang mit ihnen und ihr „Management“ auch im Sinne des Erhalts der Lebensqualität (Quality of Life [QoL]) zunehmen (vgl. Eckart 2005: 246) und damit das individuelle Krankheitsverhalten vermehrt in den Blick geraten und gestärkt werden muss.

3. MARKTWIRTSCHAFTLICHER UMBAU DES KRANKENHAUSES & BEHANDLUNGSNETZWERK

Ab den 1980er Jahren ist „ein marktwirtschaftlicher Umbau des Krankenhausbereichs“ (Simon 2016: 29) und damit den zentralsten Einrichtungen des Gesundheitswesens und der organisierten Krankenbehandlung (vgl. Löffler-Stastka/Krajic 2021: 4) festzustellen, der 1997 mit der Einführung des sogenannten LKF-Systems in Österreich („leistungsorientierte

Krankenanstaltenfinanzierung“)² und 2003/2004 mit dem G-DRG („German-Diagnosis Related-Groups“)³ -System vollzogen war. Der Kern dieses Umbaus bestand darin, die Krankenhäuser nicht mehr als reine „Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge“ (Simon 2016: 30) zu betreiben, sondern diese einer freieren Marktlogik zuzuführen und fortan als Unternehmen zu betreiben, die Verluste und Gewinne zeichnen können. Grundlage hierfür bildet unter anderem die Abkehr eines Abrechnungssystems der Behandlungskosten, welches sich an der Liegezeit orientiert, hin zur Abrechnung mittels Fallpauschalen. „Die erbrachten und erfassten medizinischen Leistungen“ (Hagenbichler 2010: 25) rücken in den Vordergrund und werden mit Hilfe eines aufwändigen Systems kodiert. Jede Leistung erhält hierbei eine gewisse Punktzahl, welche letztlich die Höhe der auszahlenden Pauschale bestimmt, die das Krankenhaus für die Behandlung eines Patienten erhält. Dieses Punktesystem wiederum entspringt aus ökonomischen Überlegungen und stellt „nur bedingt eine medizinische Klassifikation dar, denn im Behandlungsprozess können sich beispielsweise auch eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Codiersystem nicht abgebildet werden können“ (Vogd 2006a: 202). Vergütet wird ein für die jeweilige Leistung standardisierter Aufwand und nicht der tatsächlich erbrachte. So wird „eine differenzierte, auf den Einzelfall bezogene Kalkulation der Gewinn- und Verlustchancen“ (Vogd et. al. 2018: 4) möglich und damit der Eintritt in einen Wettbewerb mit anderen MarktteilnehmerInnen. Häuser, die den Aufwand pro Leistung gering halten können, generieren Gewinne. Besonders komplizierte Fälle, bei denen der zu erwartende Behandlungsaufwand sehr hoch ist, führen dagegen zu Verlusten und nicht selten zur Verlegung der PatientInnen in Versorgungseinrichtungen höherer Stufe (vgl. Simon 2016: 35). In diesem Sinne werden medizinische Leistungen kommodifiziert und können gegeneinander aufgerechnet werden, Einsparungs- und Gewinnpotentiale werden aufzeigbar und Krankenhäuser attraktiv für private Investoren, während sich öffentliche Träger, angesichts zu geringer staatlicher Investitionsförderungen vielerorts aus ihrer „wirtschaftlichen Verantwortung“ (ebd. 37) zurückziehen. Das Krankenhaus gerät unter erheblichen ökonomischen Druck (Vogd et al. 2018: 5).

2

[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html)

³ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp

3.1 Die ärztliche Profession unter Druck

Die im vorangegangenen Teil dargestellten Veränderungen führen auch dazu, dass sich die Ärzte und Ärztinnen als HauptakteurInnen, in der „professionellen Organisation“ (Klatetzki 2012: 165 ff., Iseringhausen/Staender 2012: 185ff.) Krankenhaus als zunehmend mit Fremdsteuerungsansprüchen vor allem seitens der Krankenhausverwaltung und des Managements konfrontiert und damit in ihrer professionellen Autonomie (vgl. Freidson 1975, 1979) eingeschränkt wahrnehmen. „Im weitesten Sinne handelt es sich hier um die Balance zwischen der ärztlich-fachlichen und der ökonomischen, administrativen und organisationalen Logik“ (Vogd 2006a: 203). Einige AutorInnen verhandeln diese Entwicklungen unter dem Begriff der Deprofessionalisierung des ÄrztInnenstandes (vgl. Borgetto 2006, Wilkesmann et al. 2015). Dabei unbestritten ist, dass die ärztliche Profession mit vielerlei Herausforderungen konfrontiert ist. Demokratisierungstendenzen, die im Patient Empowerment gipfeln wurden bereits genannt. Ebenso klangen Verschiebungen im Krankheitsspektrum und ihre Folgen an, wenn vom chronisch kranken Patienten eine immer intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsmanagement und dem damit verbundenen medizinischen Fachwissen gefordert wird und er so – und zumindest nach Ansicht einiger Autoren –, teilweise selbst zum Experten avanciert (vgl. z.B. Donaldson 2003). Auch der zunehmende Kontrollanspruch ökonomischer Logiken, lässt sich hier einordnen. Marion Schönwälder (2009: 33ff.) konstatiert darüber hinaus den Verlust von ganzheitlicher Orientierung an der Patientin und damit einem Kernbestandteil der Profession als „professioneller Ideologie“ (Klatetzki 2012: 169).

Auch juristische Einflüsse, wie die aus Patientenrechten ableitbaren rechtlichen Anspruchsgrundlagen und immer bessere Möglichkeiten zur Überprüfung von Behandlungen durch die Evidence Based Medicine (EBM) und der hieraus hervorgehenden »Leitlinienmedizin« (vgl. Vogd 2002), letztlich Standardisierungsversuchen, „to prescribe and preset the actions of health care professionals“ (Timmermans/Berg 2003: 14), werden von der Autorin zur Untermauerung der These angeführt. Nicht zuletzt wird „die Emanzipation der paramedizinischen Berufsgruppen aus der ärztlichen Kontrolle“ (Schönwälder 2009: 44) genannt, die laut Schönwälder dazu führe, dass die „Profession (wieder) zu einem Beruf »wie jeder andere« wird“ (ebd.: 32). In diesem Sinne ist die Deprofessionalisierung dann vollzogen, wenn die Profession „ihre bisherige Sonderstellung und die damit verbundenen Privilegien abgeben muss“ (ebd.: 32). In Einbeziehung der langwierigen und konflikthafter historischen Entwicklungen, welche die Herausbildung des ärztlichen Einheitsstandes begleiteten, scheint diese These, aus meiner Sicht, zumindest fraglich.

Nach Freidson (1975) liegt der zentrale Kern dessen, was eine Profession ausmacht, in ihrer Autonomie, also der „Eigenschaft oder de[m] Zustand, unabhängig, frei, zur Selbstbestimmung fähig zu sein“ (ebd.: 95). Aus diesem Kern lassen sich in der Folge andere zentrale Elemente ableiten. Dazu zählen die von Gesetzesseite garantierte Monopolstellung „hinsichtlich der Ausübung einiger strategischer Tätigkeitsaspekte“ (ebd.) und damit einhergehend der Schutz vor Interventionen anderer Berufsgruppen, ein professionsspezifischer ethischer Kodex und die Kontrolle der Produktion des für die Profession zentralen Wissens und „in besonderem Maße [...der] Anwendung des Wissens und der Fertigkeiten“ (ebd.: 96). Dass diese Autonomie nicht absolut sein kann, wird von Freidson in besonderem Maße betont, denn „die letzte Souveränität über alle liegt beim Staat, und einigen gewährt er *bedingte* Autonomie“ (Freidson 1979: 23, Herv. ART). Neben den soeben zusammengefassten Entwicklungen führt Schönwälder als spezifische Belege für den Entzug der von der staatlichen Seite gewährten Autonomie an, dass Ärztinnen z.B. das Alter für den Eintritt in die Pension nicht (mehr) selbst festlegen dürfen, sondern von der Politik verbindliche Pensionseintrittsaltersgrenzen vorgegeben werden (vgl. Schönwälder 2009: 50). Bei Freidson findet sich hierzu folgendes:

„Was sich je nach Besonderheit der Beziehungen zum Staat ändert, ist die Kontrolle über die soziale und wirtschaftliche Organisation der Arbeit. Ich stelle die Behauptung auf, daß der Verlust der Kontrolle über diese Organisation das entscheidendste und wichtigste Element professioneller Autonomie *nicht* beeinträchtigt. [...] Solange eine Profession frei ist von der fachlichen Bewertung und Kontrolle seitens anderer Berufsgruppen innerhalb des Systems der Arbeitsteilung, so lange ändert sich ihr eigentlicher Charakter nicht wesentlich dadurch, daß sie letztlich vom Staat nicht frei ist [...]“ (1979: 24, Herv. ART).

Dies relativiert auch das Argument Schönwälders, durch staatliche Zugriffe auf die medizinische Ausbildung z.B. durch Herabsetzung des Numerus Clausus oder durch Anpassungen im Prüfungssystem würde die professionelle Selbstregulierung aufgeweicht (vgl. Schönwälder 2009: 50).

Nach wie vor besitzt die Berufsgruppe der ÄrztInnen hohe Autonomie. Sie bestimmen ihre Ausbildungsinhalte (in Abstimmung mit den staatlichen Behörden) in hohem Maße selbst und damit auch, wer Professionsmitglied werden kann und wer nicht. Zentrale Tätigkeiten, wie die Verschreibung von Medikamenten, (chirurgische) Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit oder die Legitimation von abweichendem Verhalten durch Feststellung und Bescheinigung des Vorliegens einer Erkrankung und der damit einhergehenden legitimen Eingeschränktheit der Leistungsfähigkeit (vgl. Parsons 1958), können nach wie vor ausschließlich von Ärztinnen vorgenommen werden.

„Im Falle der ärztlichen Profession besteht eine entscheidende Facette ihrer Autorität in der Abgrenzung von krankhaften Erscheinungen, also in der Definition von Gesundheit und Krankheit, welche die Anwendung von Wissen auf menschliche Befindungsstörungen leitet“ (Freidson 1975: 104).

So soll hier der Deprofessionalisierungsthese nicht gefolgt werden, da mit dem Aufgeben des Professionsbegriffs – neben den aufgezeigten inhaltlich-argumentativen Schwächen –, auch analytische Stärke bei der Betrachtung der professionellen Tätigkeit innerhalb des medizinischen (Behandlungs-)Systems und innerhalb der Organisation Krankenhaus aufgegeben würde und somit eine differenziertere Beobachtung des Einflusses z.B. des ökonomischen Drucks auf die Behandlungsleistung der Health Care Professionals und anderer, die ärztliche Autonomie einschränkender Entwicklungen, erschwert würde.

3.2 Das Krankenhaus als Professionelle Organisation

Es existieren einige analytische Angebote, die Organisation Krankenhaus zu beschreiben. Johann Rohde (1973) versteht das Krankenhaus, „als „überdeterminierte Organisation“, in der auf konflikträchtige Weise mehrere „Zielkomplexe“ institutionalisiert sind, die sich mit unterschiedlichen kulturellen Orientierungen verbinden“ (Iseringhausen/Staender 2012: 186). Einen Schwerpunkt legt Rohde damit auf die Herausstellung der Verschiedenheit von Bereichen und deren zum Teil differierender Zielsetzungen bei gleichzeitiger Notwendigkeit des Zusammenwirkens. Ähnlich stellen auch Strauss et al. (1997) auf das Krankenhaus als einen Ort hoher interner Differenzierung ab. Bei ihnen liegt die Perspektive auf der Untersuchung verschiedener Arten von Arbeiten („machine work, safety work, comfort work, sentimental work, and articulation work“ (Strauss et al. 1997: xv), welche Health Care Professionals *und* PatientInnen innerhalb der Organisation verrichten und durchlaufen müssen und welche im Organisationsgefüge bei der Behandlung ineinandergreifen. Damit entfalten sie hohe Komplexität und Dynamik. Mit dem von den Autoren vorgeschlagenen Begriff der „trajectory“ wird es dann möglich

„to refer not only to the physiological unfolding of a patient’s disease but to the total organization of work done over that course, plus the impact on those involved with that work and its organization“ (ebd.: 8).

PatientInnen erscheinen in dieser Sicht nicht als passive Behandlungsobjekte, die durch die Organisation geschleust werden, sondern „patients are part of the hospital’s division of labor [...], but not formally so, and often only implicitly or in scarcely recognized ways“ (ebd.: 93).

Dem gegenüber bildet die mit den meisten Autonomiepotentialen und Machtressourcen ausgestattete Personengruppe im Krankenhaus, die Profession der Medizinerinnen (vgl. Freidson 1975). Daher könnte man das Krankenhaus auch als „professionelle Organisation“ (Klatetzki 2012) betrachten. Die MedizinerInnen können in ihrer Tätigkeit Autorität entfalten, sowohl gegenüber anderen im Krankenhaus agierenden Berufsgruppen, als auch gegenüber den PatientInnen, da sie InhaberInnen „verallgemeinerter, speziell wissenschaftlicher Wissensbestände“ (Klatetzki 2012: 167) sind, über die keine Gruppe außer ihnen verfügt und auf deren Basis sie einzigartigen Fällen begegnen, die sich der Bearbeitung mit (vollständig) standardisierbaren Handlungsabläufen entzieht.

„Denn der „Tendenz nach gibt es eine Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen“ (Stichweh 1987: 228, vgl. Vogd 2002: 298).

Die Notwendigkeit der Anwendung des Wissens in der alltäglichen Behandlungspraxis bildet damit ein entscheidendes Moment der professionellen Autonomie, da dies nur entsprechend geschulte Professionsmitglieder beherrschen. Das medizinische Wissen ist immer Anwendungswissen und muss „als Praxis organisiert werden“ (Freidson 1979: 286). Nur die in der Theorie *und Praxis* ausgebildete Professionsangehörige, die durch professionseigene Ausbildung sozialisiert wurde, hat Zugang zu diesen komplexen Wissensbeständen, Kompetenzen und damit verbunden, der einschlägigen Bewertungskriterien, an denen sich ärztliches Handeln messen lassen muss und kann. Es handelt sich um eine „Gruppe von Experten, die sich in unterschiedlichen Wissensbereichen spezialisiert haben, sich als Gleiche anerkennen und ihre bindenden Entscheidungen auf Konsens beruhen“ (Klatetzki 2012: 170f.).

Trotzdem nehmen die Versuche der Einflussnahme auf, und Regelungsansprüche an das ärztliche Handeln seitens anderer Berufsgruppen zu. Als Konsequenz dieser Beobachtung jedoch das gesamte ärztliche Handeln von ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalkülen durchdrungen zu verstehen, wie dies häufig auch in der Selbstbeschreibung von ÄrztInnen (vgl. Schönwälder 2009: 67ff.) geschieht, greift jedoch zu kurz, denn

„ökonomisch-organisatorische Anforderungen heben medizinische Kriterien nicht auf, sondern verbinden sich in einer Praxis, die dann, wie zuvor, beiden Ansprüchen und Orientierungen gerecht zu werden versucht.“ (Vogd 2006a: 204).

Vogd arbeitet heraus, dass in diesem Zusammenhang „im Stationsalltag nun deutlicher als zuvor zwischen komplizierten Fallproblematiken und den *Routinefällen* unterschieden“

(ebd., Herv. ART) wird. Durch knappere Ressourcenausstattung der Häuser und Sparzwänge treten zwar Versorgungslücken auf, die ÄrztInnen entscheiden jedoch selbst und auf Grundlage ihres Fachwissens, wo diese Lücken medizinisch vertretbar auftreten »dürfen«. Dass bei vermeintlich wenig komplexen Routinefällen das größte Einsparungspotential gesehen wird, ist nicht verwunderlich. Der zu erwartende Behandlungsprozess erscheint als weniger anspruchsvoll, es muss erwartungsgemäß keine aufwändige Diagnostik betrieben werden und auch die „Kaskade von Folgeproblemen“ (Vogd 2006b: 104) bleibt meistens aus.

Nach Vogd vollziehe sich hier „handlungspraktisch zurzeit genau die beklagte Wandlung vom professionellen Akteur zum medizinalen Experten“ (ebd.). Der Umgang mit den PatientInnen tritt in den Hintergrund. Die ärztliche Orientierung ist „bis ins Mark hinein durch Medizinalität geprägt“ (ebd.) und Ärztinnen betreiben „höchsten diagnostischen Aufwand“ (ebd.), gerade bei komplexen Fallproblematiken und zum Teil sogar gegen die ausdrücklichen Wünsche der PatientInnen. Dabei werden ökonomische Rationalitäten weitestgehend außer Acht gelassen. Den als Routinefälle in Erscheinung tretenden PatientInnen, bleibt eine passive Rolle zugeordnet und Entscheidungen werden häufig ohne intensiveren (persönlichen) Austausch mit diesen getroffen (vgl. Vogd 2006b: 113).

Bei Schönwälder wird die Medizinische Profession zum Beruf wie jeder andere, bei Vogd überwiegt die Orientierung an Medizinalität und damit der Expertenaspekt des Arztberufs der damit aufhört Profession zu sein. Diese analytische Schlussfolgerung greift meiner Ansicht nach, wie bereits festgestellt, zu kurz. So verweist Freidson (1975) auf ein weiteres zentrales Merkmal als »Doppelaspekt« der medizinischen Profession:

„Dieser Unterschied in den typischen interaktionellen Arbeitsverhältnissen hat Hughes dazu gebracht, das Wort »Profession« so zu verwenden, daß es Wissenschaftler und viele andere Berufe von hohem Prestige ausschließt, welche ebenfalls eine intensive Ausbildung erfordern und von denen gesagt wird, daß sie spezielle Kenntnisse besitzen, die aber kaum je mit einer Laienklientel es zu tun haben, noch über ausgedehnte formelle institutionelle Sanktionierungsmöglichkeiten verfügen“ (Freidson 1975: 88).

Der Umgang mit einer Laienklientel bildet, neben der bereits hervorgehobenen hohen strukturellen Autonomie und den damit verbundenen institutionalisierten Machtpotentialen, ein Schlüsselkriterium, welches Expertinnen zu Professionellen macht, bzw. welches ihnen eine Doppelfunktion als wissenschaftliche Expertin *und* Angehöriger einer Profession verleiht. Mit dieser Annahme wird es möglich, nicht nur den organisatorischen Kontext der Krankenbehandlung als zutiefst vom Professionsaspekt geprägt zu verstehen, sondern, dadurch dass der Umgang mit einer Laienklientel, hier den PatientInnen, als notwendige

Bedingung der Professionseigenschaft erscheint, auch das Verhältnis der Ärztinnen zu ihren Patienten, sowie den kollegialen Umgang der Ärztinnen untereinander in den Fokus zu rücken. Medizinerinnen erscheinen dann sowohl als wissenschaftliche Expertinnen, die untereinander innerhalb des Kollegiums Expertendiskurse führen, als auch als Angehörige einer Profession, die sich im Verhältnis zu einer Laienklientel als Expertinnen inszenieren und ihre institutionell abgesicherte Autorität innerhalb dieses Verhältnisses zur Geltung bringen. „Medizin stellt trotz – oder parallel zu – ihrer Verwissenschaftlichung immer auch eine Kunst des Performativen dar“ (Vogd 2002: 311). Wie auf medizinisches Wissen Bezug genommen wird und diese Wissensbestände »aktiviert« werden, hängt damit stark davon ab, zu welchen AkteurInnen sich ein Angehöriger der Profession positioniert.

Wenn Vogd nun beobachtet, dass genau dieser Umgang mit der Laienklientel immer weniger an Bedeutung erhält und Entscheidungen aufgrund von wissenschaftlicher Expertise oder wahlweise Aktenlage getroffen wird, sozusagen unter Ausschluss der Patienten, führt ihn das zu der begründeten Feststellung, der Professionsaspekt spiele eine untergeordnete Rolle. Dagegen kann dann nur noch die Annahme ins Feld geführt werden, dass egal wie weit PatientInnen »objektiviert« werden und im medizinischen Diskurs als Datenpunkte erscheinen mögen, es sich am Ende doch um konkrete Individuen handelt, mit denen sich die ÄrztInnen zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt der Krankenbehandlung auseinandersetzen *müssen*, in welcher Form auch immer. Daher bleiben in meiner Perspektive die medizinischen Experten auch weiterhin Professionelle (deskriptiv), müssen dies auch bleiben (präskriptiv), im Sinne einer angemessenen Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung auf das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis.

3.3 Unterwegs zum Behandlungsnetzwerk

Vogd bleibt mit seinen Beobachtungen nicht bei der isolierten Organisation Krankenhaus stehen, sondern erweitert die Perspektive auf eine als netzwerkartig verstandene Organisiertheit der Krankenbehandlung. Netzwerke werden von ihm gefasst als eine Art und Weise der Steuerung, „die anderen Koordinationsmechanismen folgt“ (Schubert/Vogd 2009: 35), als dies der Markt oder bürokratische Organisationen tun. Dem geht die Beobachtung einer sich zunehmend spezialisierenden Medizin voraus und der Notwendigkeit der Bewältigung neuer Herausforderungen, wie „die Versorgung chronisch Kranker, den Umgang mit psychischen Erkrankungen (wie Depressionen) und die Themenstellung Übergewicht (Adipositas)“ (Amelung et al. 2009: 12). Dass die Bearbeitung solcher Problemstellungen nur in einem erweiterten Setting unter Einbeziehung nicht-medizinischer Einrichtungen sinnvoll stattfinden kann, scheint auch hinsichtlich der

geforderten Stärkung präventiver und gesundheitsförderlicher Aspekte einleuchtend. Im Zentrum einer solchen Konzeption stehe dann „nicht mehr die einzelne, isolierte Einrichtung, das einzelne Krankenhaus oder die einzelne Abteilung in ihm, sondern das Geflecht von Beziehungen zwischen den zumeist organisationalen Akteuren“ (ebd.: 13). In diesem Netzwerk fände man dann z.B. auch Kindergärten, Schulen, Senioreneinrichtungen oder Einrichtungen für die Behandlung psychisch kranker Menschen.

„Kennzeichnend für Netzwerke sind Muster wechselseitigen Austausches zwischen Organisationen oder Einzelpersonen, die längerfristig Bestand haben als die punktuellen Tauschkontakte isolierter Marktteilnehmer, jedoch flexibler sind als die rigiden Dienstwege von bürokratischen Organisationen“ (Schubert/Vogd 2009: 35).

Darauf, dass solche Arten von Austauschbeziehungen die ärztliche Praxis grundlegend mitbestimmen, hat bereits Freidson (1975) verwiesen. Er arbeitet drei Typen von Arbeitsarrangements heraus, in denen ÄrztInnen tätig sein können: die „Solo-Praxis“ (ebd.: 64), die „kollegiale Vernetzung“, als „jene Praxis, die eine lose Vernetzung von wechselseitigen abhängigen Praktikern mit sich bringt, welche einander Fälle überweisen“ (ebd.) und „Gruppenpraxen“ (ebd.: 65), bei denen es sich im Grunde um kleinere „bürokratische Organisationen“ (ebd.) handelt. Freidson stellt dabei die Solopraxis nicht den komplexer organisierten Gruppenarrangements gegenüber, sondern spannt ein Kontinuum, von klientenabhängigeren Arbeitsorganisationen bis zu solchen, die mehr der kollegialen Kontrolle unterliegen.

Die netzwerkartige Organisation zeichnet sich ab und auch die Feststellung, „dass die praktische Koordination professioneller, wissensbasierter Dienstleistungen weder rein marktlicher noch bürokratischer Kontrolle unterliegt, sondern [...], den intern ausgehandelten Verfahren der Ärzte selbst folgt“ (Schubert/Vogd 2009: 37). Gerade hinsichtlich des Transfers von personengebundenem, teilweise „tacit knowing“ (Polanyi 2009: 3ff.) und damit schwer zu systematisierenden Wissensbeständen, bieten Netzwerke eine Lösung für Probleme, die aus ihrer Entwicklung selbst mit hervorgehen. So werfen „insbesondere die hochtechnisierte Medizin“ (Schubert/Vogd 2009: 35) aber auch die fortschreitende „wissenschaftlich-medizinische Fachspezialisierung“ (Vogd et al. 2018: 61) Schnittstellenproblematiken auf, die zu einer „(Des-)Integration der medizinischen Handlungsstrukturen sowohl im Krankenhaus selbst, als auch zwischen verschiedenen Einrichtungen führt“ (Schubert/Vogd 2009: 35f.). Die Bearbeitung solcher Problemstellungen kann dann häufig nur noch „über persönliche Netzwerke der beteiligten Wissensagenten bewältigt werden, in denen Experten wissen, auf welche Weise sie sich auf andere Experten verlassen können“ (ebd.: 36).

Mit einem solchen Konzept lassen sich die „fragmentierenden [...] Aspekte der Medizin“ (Vogd 2002: 295) einbinden. Diese sind, wie wir gesehen haben, in der Organisation Krankenhaus selbst begründet, können beschrieben werden als verschiedene Zielkonflikte (Rohde 1974), Behandlungstrajektorien (Strauss et al. 1997) oder wie bei Glouberman und Mintzbergs Beschreibung: „The hospital ends up being not one organization but four“ (2001: 2), eine in vier Subsysteme geteilte Organisation bestehend aus „Cure, Care, Control und Community [...], die] über je eigene Orientierungen, Kulturen, Anreize, Sozialisierungsformen wie auch Entwicklungsrichtungen“ (Schmitz/Berchtold 2016: 90) verfügen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland bemerkt im Jahr 2007, dass sich Patienten im „nach wie vor stark fragmentierten Versorgungssystem“ (Bönisch 2017: 25f.) orientieren müssen. Und so stellt sich die Tätigkeit der Ärztinnen innerhalb des Behandlungsnetzwerks als „hochgradig arbeitsteiliger Prozess dar, dessen „Tätigkeitsfragmente“ immer wieder zu einem sinnvollen Ganzen verzahnt werden müssen“ (Vogd 2004: 273).⁴

Ein weiterer Vorteil der Netzwerkperspektive liegt darin begründet, dass mit ihr die „technisch-administrativen Kopplungen vernetzter Behandlungsverläufe“ (Schubert/Vogd 2009: 38) systematischer in den Blick geraten. Hier sind vor allem auf der Einführung von Computertechnologie basierende Möglichkeiten zu nennen, die in der zunehmenden Verfügbarkeit, Vernetzung und Weiterentwicklung dieser Artefakte kulminieren.

„Rechenmaschinen, die zum einen selbst Knotenpunkte der Informationsproduktion darstellen (als »Mitrechner«) und zum anderen in Echtzeit Informationen zwischen einander entfernten räumlichen Knotenpunkten austauschen lassen, führen, so die Argumentation, zu einer gewaltigen Explosion verfügbarer Informationen und den hiermit verbundenen Kontrollmöglichkeiten und Abwehrstrategien“ (Schubert/Vogd 2009: 39).

Es zeigt sich das »information overload« Syndrom „d.h. die Verfügbarkeit über einen Überschuss an Daten hinsichtlich der Verarbeitungsmöglichkeiten“ (Esposito 1993: 344). Mit diesem muss sowohl auf Seiten der Health Care Provider umgegangen werden, als auch auf Seite der PatientInnen.

⁴ Dass hier nicht nur die ÄrztInnen gefordert sind, bei der Integration der Krankenbehandlung mitzuarbeiten, wird sich bei den ExpertInnen-Interviews herausstellen, wenn bei der Spannungslinie Spezialisierung vs. (Re-) Integration die Frage aufgeworfen wird, wie diese Aufgabe zu leisten ist und wer hierfür zuständig sein kann.

4. EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM) ALS PARADIGMA DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFT

Nachfolgend werde ich näher auf die EBM eingehen, als wichtiger Bestandteil des medizinischen Wissens. Anhand von ihr lassen sich Spannungen aufzeigen zwischen Wissenselementen, die mit dem Anspruch auftreten naturwissenschaftlich gesichert zu sein und deren Anwendung und damit ihrer Umlegung oder Übersetzung in die tatsächliche Praxis der Krankenbehandlung, zum Teil vermittelt durch »evidenzbasierte« Leitlinien. Hier werden auch Standardisierungsbemühungen hinsichtlich der Behandlungsabläufe sichtbar, wodurch nicht zuletzt der Zugriff durch andere Funktionssysteme (z.B. Recht) auf Produkte des medizinischen Systems erleichtert wird. Darüber hinaus finden sich sowohl deskriptive als auch präskriptive Elemente in Zusammenhang mit der EBM, mit welchen innerhalb der Behandlungssituation umgegangen werden muss.

4.1 Das problematische Verhältnis von Labor und medizinischer Praxis.

Die Entwicklung des medizinischen Wissens kann als Vollzug mehrerer Phasen verstanden werden, von der Medizin am Krankenbett hin zu einer Medizin, in welcher „increasingly the laboratory became the principal source of information for purposes of diagnosis and the main source of understanding the nature of disease“ (Daly 2005: 42, zit. nach Hanemaayer 2016: 452). Die Tatsache, dass medizinisches Wissen immer auch Anwendungswissen ist, warf in den 1960er Jahren Fragen auf „about the role of laboratory medicine (i.e., research) and its applicability to (or incompatibility with) bedside practices“ (Hanemaayer 2016: 452). Konkret rückten Fragen hinsichtlich der (individual-)ärztlichen Autonomie bei therapeutischen Entscheidungen in den Fokus. Diese ruhten vor der EBM auf den individuell-subjektiv erhobenen klinischen und persönlichen Daten des behandelnden Arztes, letztlich seiner persönlichen Erfahrung verbunden mit den Behandlungsstandards der Ärztegemeinschaft und entzog sich der Beurteilung und Reproduktion durch wissenschaftliche Logiken. Alvan Feinstein (1967) schlug daher eine wissenschaftliche Methode vor, zur Anwendung von

„scientific criteria to clinical judgments in clinical situations. He argued that patients needed to be classified in relation to a larger population because it was difficult to diagnose an illness in an individual patient due to the ranges of variance in the categories of the classification“ (Hanemaayer 2016: 453).

Die Problematik der wissenschaftlich und damit intersubjektiv nachvollziehbaren Bewertung von Behandlungsentscheidungen war aufgeworfen. Die Verbesserung des

Gesundheitszustands eines individuellen Patienten genügte fortan nicht mehr, um den Behandlungserfolg eines therapeutischen Eingriffs zu konstatieren. Mit der Einführung eines Denkens in Patienten-Populationen und Wahrscheinlichkeiten und der Notwendigkeit der Prüfung neuer Therapien mit Hilfe experimenteller Studiendesigns war ein neuerlicher Paradigmenwechsel (vgl. ebd.: 455) eingeleitet und im Laufe der 1990er Jahre vollzogen. Nur Erkenntnisse, die statistischen Gütekriterien Stand hielten, also objektiv, valide und reliabel waren, galten fortan als gesichert. Der Randomized Controlled Trial (RCT) avancierte zum „Goldstandard“ (Vogd 2002: 296) klinischer Forschung. Fortan wird bei Interventionsstudien, nach den »Gesetzen großer Zahlen«, eine ausgewählte Patientenpopulation durch Zufallsprinzip (randomized controlled) in zwei Gruppen geteilt. Die eine Gruppe erhält eine Intervention (Behandlungsgruppe), die andere lediglich eine Scheinintervention z.B. durch Gabe von Placebos (Kontrollgruppe).⁵ Nun kann man den Erfolg einer Therapie vor dem Hintergrund von Vergleichswerten erheben, die einen »interventionslosen Normalzustand« abbilden sollen. Effekte der Eingriffe werden statistisch messbar. Zeichnen sich Verbesserungen des Gesundheitszustandes in der Behandlungsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ab – gibt es weniger Todesfälle, häufigere Heilung und/oder eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität, die die Einschränkungen der auftretenden Nebenwirkungen der Therapien deutlich überragen – gilt die neue Therapie als erfolgreicher gegenüber früheren Maßnahmen.

„Nicht mehr allein die Wirkung einer Intervention zählt, etwa in der „Verbesserung“ einzelner Laborparameter messbar, sondern der klinische Erfolg, ausgedrückt in den Maßzahlen Lebensqualität und Lebenslänge“ (Vogd 2002: 296).

Mit Hilfe klinischer Studien lässt sich die Effektivität einer medizinischen Therapie mit anderen vergleichen. Die erfolgreichste Therapie wird dann zur Handlungsempfehlung (nicht zum rigiden und zwingend auszuführenden Handlungsprogramm) für die behandelnden ÄrztInnen (vgl. Hanemaayer 2016: 455). Trotzdem müssen auch hier Übersetzungsprozesse der Handlungsempfehlungen in die praktische Behandlungssituation stattfinden.

⁵ Hier soll lediglich die Grundlogik klinischer Studien mit dem »bestmöglich« anzustrebenden Studiendesign – deshalb der vielzitierte „Goldstandard“ – vorgestellt werden. In der Praxis der klinischen Forschung existieren auch andere Studiendesigns, wie (nicht-interventionelle) Beobachtungsstudien, bei denen zumindest keine *studienpezifische* Intervention durchgeführt wird oder retrospektive Sekundärdatenanalysen von bereits erhobenen Daten, uvm. Trotzdem ist auch bei diesen Designs die statistische Bearbeitbarkeit der Daten von zentraler Bedeutung.

„Diagnoses and prognoses, for example, could be made based on both the physician's subjective criteria and the „diagnostic probability“ and the statistical likelihood that a therapy would work on a particular patient“ (Hanemaayer 2016: 455).

So sollen die Möglichkeiten des Treffens von Behandlungsentscheidungen innerhalb der Praxis auf wissenschaftliche Basis gestellt werden, ohne die Behandlungspraxis determinieren zu können. Damit einher geht der Anspruch, den ÄrztInnen die wissenschaftlich erwiesenermaßen beste Entscheidungsgrundlage zur Verfügung zu stellen.

4.2 EBM & Leitlinien

Ein wichtiger Aspekt der EBM besteht damit „in der berufspolitischen Verankerung des gebündelten Wissens durch die Erstellung »evidence«-basierter Leitlinien durch die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften“ (Vogd 2002: 297). Dass Behandlungsstandards in Form von Leitlinien ausgegeben werden, bildet an sich keine Neuerung, „doch erst durch EBM entsteht eine Bewegung, die die von Region zu Region recht unterschiedlichen Standards anhand »objektiver« Kriterien vereinheitlichen will“ (ebd.). Diese Objektivierungsbemühungen entfalten auch Wirkung hinsichtlich der Umwelten des medizinischen Systems. Die Kriterien zur Leistungsmessung medizinischer Versorgung können nun auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen eingesehen, nachvollzogen und der (rechtlichen) Evaluierung zugänglich gemacht werden. „Mittels Leitlinien lassen sich medizinische Fälle in juristische Probleme übersetzen und rechtlich behandeln“ (Vogd 2002: 299). Nicht mehr allein das Kollegium erhebt Anspruch auf Kontrolle medizinischer Leistungen. „Willkommen für die juristische Handhabbarkeit erscheint dabei insbesondere die Ausräumung von Mehr- und Uneindeutigkeiten in der Beurteilungslage“ (ebd. 297). Durch den Umweg über die Systemumwelten, intensiviert der evidenzbasierte Standard, seine Wirkung nach innen: „für den einzelnen Arzt gewinnt der Standard nun auch eine haftungsrechtliche Bedeutung“ (ebd.: 298). Zwar ist es ihm weiterhin erlaubt, in begründeten Fällen, abweichend von der Leitlinie zu agieren; Diese Begründetheit ist im Zweifelsfall jedoch durch rechtliche Prüfung festzustellen und gegebenenfalls kann die (begründete) Abweichung zum Behandlungsfehler werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sich diejenigen ÄrztInnen, welche strikt nach Leitlinie handeln, keine rechtliche Fallbearbeitung zu befürchten haben, selbst wenn sich die Behandlung im Nachhinein als fehlerhaft herausstellt. Damit können sie sich sozusagen präventiv einer Fremdbeurteilung durch andere System- bzw. Feldlogiken entziehen, denn „Juridical institutions produce their own problems and their own solutions according to a hermetic logic unavailable to laypeople“ (Bourdieu 1987: 834). Die Ärzte würden sich so

vor der Gefahr schützen, den eigenen professionellen Autonomiebereich verlassen zu müssen und sich selbst in die Position des Laien und damit unter feldfremde Kontrolllogiken zu begeben. Durch die defensive Haltung der strikten Leitlinienbefolgung auch im Zweifelsfall, kann dies jedenfalls vermieden werden (vgl. Vogd 2002: 299).

Neben den Übersetzungs- und Anwendungsproblemen, die trotz Leitlinien bestehen und der Beobachtung, dass diese den ärztlichen Autonomiebereich nicht vollständig einschränken können, ist auch das allein durch statistische Messtheorie erhobene Wissen selbst, als in zweierlei Hinsicht problematisch zu betrachten: *Erstens* können in der medizinischen Wissenschaft die paradigmatischen Grundlagen einer solchen Messtheorie nicht konsequent eingehalten werden. Ergebnisse können, trotz Einbindung großer Patientenpopulationen in die Erhebungen, nicht ohne Weiteres auf die Grundgesamtheit übertragen werden, da die Stichproben nicht durch Zufallsauswahl zu Stande kommen. Damit sind Probleme der Repräsentativität der Ergebnisse angesprochen (vgl. Diekmann 2009: 430f.). Bis es zum Einschluss eines Probanden in die Studie kommt, müssen viele Faktoren erfüllt sein. Neben der Erkrankung selbst, bilden Erreichbarkeit und Bereitschaft zur Teilnahme auf Patientenseite Herausforderungen in der Praxis. Nicht zuletzt sind in den Studienprotokollen oft rigide »inclusion« und »exclusion criteria« vorgeschrieben.

„Schon aus Gründen eines eleganten Studiendesigns werden etwa die in der Praxis häufig anzutreffenden problematischen multimorbiden Patienten in der Regel ausgeklammert“ (Vogd 2002: 300).

Systematische Verzerrungen (Diekmann 2009: 416f.) sind folglich zu erwarten und somit bildet die Markteinführung eines Medikaments oder Medizinprodukts immer die letzte Studienphase. Erst dann zeigen sich sehr seltene Nebenwirkungen, die in den kleineren und potentiell verzerrten Studienpopulationen nicht aufscheinen (konnten). Daher handelt es sich bei klinischen Studien auch nicht um randomized trials im engeren Sinne, sondern »lediglich« um randomized *controlled* trials, also solchen Designs die mit kalkulierten Risiken arbeiten (müssen). Diese und andere Probleme der statistisch-methodischen Vorgehensweise die Werner Vogd (2002: 300f) sehr viel umfassender darstellt, können auch unter den besten Voraussetzungen nicht aufgelöst werden.

Zum Zweiten muss sich solch eine Form der Wissensgenerierung insgesamt und spätestens seit des „Positivismusstreit[s]“ (Schülein/Reitze 2021: 167) grundsätzlicherer Kritik stellen:

„Auch mittels ausgefeilter Biostatistik lässt sich nicht vermeiden, ein Wespennest erkenntnis- und wissenschaftstheoretischer Probleme anzustechen. Die Verhältnisbestimmung von Induktion zur Deduktion (Falsifikationspostulat), vom

Allgemeinen zum Speziellen (Paradox der Statistik), von Untersuchungsvariablen zum Ergebnis, von Empirie und Rationalität (Frage der Ergebnisdeutung), all dies bleibt unter den Postulaten des logischen Empirismus weitestgehend ausgespart“ (Vogd 2002: 303).

Das Verhältnis des medizinisch-naturwissenschaftlichen Wissens und der Praxis ist somit prekär und nicht einfach in den Fokus zu rücken. Auf die Erkenntnis, dass die Produktion von wissenschaftlichem Wissen anderen Logiken unterliegt, als der praktische Handlungsvollzug im untersuchten Feld, hat sich vor allem Pierre Bourdieu im Zuge seiner Analysen gestützt.

„Man muß der Praxis eine Logik zuerkennen, die anders ist als die Logik der Logik, damit man der Praxis nicht mehr Logik abverlangt, als sie zu bieten hat. Sonst wäre man dazu verdammt, entweder mangelnde Schlüssigkeit von ihr zu verlangen oder ihr eine erzwungene Schlüssigkeit überzustülpen“ (Bourdieu 1993a: 157).

4.3 Pierre Bourdieus praxeologischer Ansatz als Beobachtungsangebot der Soziologie

(Sozial-)Wissenschaft kann ihre Gegenstände, in der hier angelegten Perspektive, nur retrospektiv und im Modus der Handlungsentlastetheit in Bezug auf die zu untersuchende Situation beobachten. Laut Bourdieu (1997) wird in wissenschaftlichen Theorien damit dem Merkmal der Handlungsbelastetheit sozialer Praxis kaum Rechnung getragen. Häufig neigen wissenschaftliche Deutungen dazu, die den Beteiligten oft unbewussten und damit zum Teil verborgen bleibenden feldspezifischen Produktionslogiken, die ihre Handlungen mitgestalten durch scholastisch-bewusste Wissenstypen zu ersetzen (vgl. Bourdieu 1997a: 18ff.). Die handelnden Akteure werden dann zu Befolgern (oder Abweichlern) ausformulierter Regeln, obwohl für eine bewusste Regelbefolgung und der damit notwendig einhergehenden bewussten Reflexion, im praktischen Handlungsvollzug kaum Zeit bleibt. Das Handeln im Feld folgt damit weniger bewusst herleitbarer Regeln, als dass es vielmehr eine gewisse Regelmäßigkeit aufweist. Die Akteure, welche notwendig in die Praxis eingebunden und zum Mitagieren gezwungen sind, erfassen die Welt ohne „objektivierende Distanz, als etwas das sich von selbst versteht, eben deswegen, weil er sich von ihr umfängen findet“ (Bourdieu 1997a: 183).

Die Regel zum Handlungsvollzug verhält sich laut Bourdieu wie die Grammatik zum Sprechen. Um dies verständlicher zu machen, greift er zur Metapher des Spiels: Wer hier zögert, nicht agiert, zu lange nachdenkt, wird verlieren. Beispielsweise beim Fußballspiel ist an der Strafraumlinie kaum Zeit zur Reflexion und es muss agiert werden, um eventuell ein Tor zu erzielen und das Spiel zu gewinnen. Auch George Herbert Mead, der Mitbegründer

des Symbolischen Interaktionismus, greift zur Spielmetapher, wenn er die Identitätsbildung individueller Akteure in Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Strukturen beschreibt. Im »game« sind diese, nachdem sie die weniger komplexe Rollenübernahmen im »play« gemeistert haben, dazu gezwungen, die Positionen aller am Spiel Beteiligten und damit die Relationen dieser Positionen zur eigenen Position in Verhältnis zu setzen und ihr Handeln in Antizipation des Handelns der anderen zu orientieren. Der »generalisierte Andere«, also die potentielle Gesamtheit aller gesellschaftlicher Positionierungen, schreibt sich durch Mitspielen in die Individuen ein und bildet ein zentrales Element der Identitätsbildung als Zusammenwirken von gesellschaftlich geprägtem »me« und dem höchstindividuellen Persönlichkeitsbestandteil des »I«, die zusammengenommen wiederum das »self« ausbilden (vgl. Mead 1988: 177ff.). Gesellschaft prägt sich damit bei Mead über Symbolvermittlung, förmlich in die Körper ein und bildet einen Teil des Selbst der Akteure. Damit wird auch die Annahme einer Dualität zwischen Individuum und Gesellschaft zu großen Teilen aufgegeben, die nicht den einzelnen gegenüber der Gesellschaft sieht, sondern diesen als von Anfang an in ihr enthalten und durch sie geprägt begreift. Durch Mitspielen der Spiele oder dem Agieren in sozialen Feldern, entwickelt sich der »praktische Sinn«, ein Spiel-Sinn im ganz wörtlichen Sinne als körperlicher Sinn (vgl. Bourdieu 1992: 83). Je länger man spielt, je länger man in spezifischen Feldern eingebunden ist und damit gezwungen ist mitzuagieren, desto eher beginnt man zu *spüren*, wie man sich dem Feld angemessen zu verhalten hat. Dem gehen keine bewussten Reflektionen voraus. „Was der Leib gelernt hat, das besitzt man nicht wie ein wiederbetrachtbares Wissen, sondern das ist man“ (Bourdieu 1993a: 135). Diese unbewussten Inhalte sind aufs engste Verknüpft mit den Körpern. Sie prägen sich ein, bis in die tiefsten Bewusstseins Ebenen und bilden unsere „Wahrnehmungs-, Denk und Handlungsschemata“ (Schwingel 1995: 57). Dabei vollzieht sich diese Einprägung häufig direkt „von Praxis auf Praxis [...], ohne den Weg über Diskurs und Bewusstsein zu nehmen“ (Bourdieu 1993a: 136). So können sich gesellschaftliche Strukturen plötzlich in individuellen Vorlieben äußern, je nach gesellschaftlichem Kontext, in welchem sich diese Vorlieben entwickel(te)n. Da es sich aber erst in der Haltung oder der Neigung des einzelnen Akteurs zeigt, in diesem beispielsweise ein Gefühl des Unwohlseins oder Wohlseins auslöst oder sogar des Abscheus und Ekels, neigen wir dazu, diese Gegebenheiten dem Reich des Biologischen zuzuordnen, als höchstindividuelle und von gesellschaftlichen Umwelten unabhängige Persönlichkeitseigenschaften. Dies zu vermeiden und damit die Körper gewordene soziale Ordnung (vgl. Bourdieu 1984: 740) einer wissenschaftlichen Analyse zugänglich zu machen soll mit den Habitus ermöglicht werden, als

„Systeme *dauerhafter* Dispositionen, strukturierte Strukturen, die geeignet sind, als strukturierende Strukturen zu wirken, mit anderen Worten: als Erzeugungs- und Strukturierungsprinzip von Praxisformen und Repräsentationen, die objektiv »geregelt« und »regelmäßig« sein können, ohne im geringsten das Resultat einer gehorsamen Erfüllung von Regeln zu sein; [...]“ (Bourdieu 1976: 165, Herv. i. O.).

In diesem analytischen Werkzeug kommt die Prozesshaftigkeit von Gesellschaft deutlich zum Vorschein und die Tatsache, dass die an der gesellschaftlichen Praxis beteiligten Akteure im miteinander und aufeinander bezogenen Agieren, die gesellschaftliche Ordnung produzieren und reproduzieren, sie letztlich tragen. Da sowohl der Sprechakt wie der Handlungsakt auf entsprechende körperliche Voraussetzungen angewiesen sind, wirkt dann der Körper als Vermittlungsinstanz zwischen gesellschaftlicher Struktur und ausgeführter Handlung, die sowohl bewusst-reflexive Momente des Handelns zulässt, aber auch unbewusst-routinierte Handlungsmuster generiert. Es handelt sich um ein Kontinuum und enges ineinandergreifen von bewusster Reflexion und Regelbefolgung und habitualisiertem Routinehandeln. Um die Annahme dieses Kontinuums deutlich zu machen, wird der Begriff der Regel ersetzt durch denjenigen der Strategie (vgl. Bourdieu 1992). Dies lässt Akteure aktiv erscheinen ohne sie als soziale Automaten zu konzipieren.

4.4 Wissenschaft & Performativität

Für die hier untersuchten Gegenstände werden diese Annahme relevant, wenn man statistisches Wissen als einen bestimmten Typus von Wissen begreift, welcher nicht unabhängig von praktischen Handlungsvollzügen entsteht und besteht und auch nicht ohne Weiteres in die Praxis überführt werden kann. Zusammen mit der konstatierten körperlichen Komponente des Wissens ergibt sich dann die Notwendigkeit, das Agieren im Feld auch unter der Prämisse von Performanz und Performativität wahrzunehmen. Vogd spricht diesen Punkt in Zusammenhang mit Betrachtungen des Umgangs der ÄrztInnen mit ihrer Laienklientel an. Vor allem hier komme es, so Vogd, zur Inszenierung von medizinisch-wissenschaftlichem Wissen. Wenn man davon ausgeht, dass dem Laien der (vollständige) Zugang zu diesen Wissensinhalten verwehrt bleibt, diese jedoch für die Behandlungsentscheidung als primär relevant erachtet werden da gleichzeitig eine von den Akteuren *geteilte* Wissensbasis entscheidend ist für aufeinander bezogenes Handeln in der Behandlungssituation (vgl. Alheit/Herzberg 2018: 265f.), sind Professionsangehörige dazu angehalten ihre Wissensbestände dem Laien verständlich zu vermitteln. Hier erscheint die ärztliche Kunst als „Kunst des Performativen“ (Vogd 2002: 311).

In der Praxis gewinnt der Arzt „durch das „evidence“-Label an Autorität, denn sie verspricht Sicherheit (und sei auch nur kommunikative Sicherheit)“ (ebd.) So erscheint der Begriff, bzw. das Label oder der Signifikat, bis zu einem gewissen Grade leer, bzw. muss in der Praxis immer wieder neu mit Bedeutung gefüllt werden. Vogd spricht in diesem Zusammenhang von der EBM als „eine Art neue Philosophie der Medizin“ (Vogd 2002: 311) und meint damit, dass je nachdem wie auf diesen Begriff Bezug genommen wird, sich seine Bedeutung verschiebt. Er entfaltet dann im Kontext des ExpertInnengesprächs eine andere Realität als in der Verwendung innerhalb der PatientInnenbehandlung. In jedem Falle kann durch Bezug auf die EBM enorme Autorität entfaltet werden. Ärztliche Meinungen und Behandlungsempfehlungen erscheinen im Rückgriff auf diese als wissenschaftlich gesichert und unabhängig von persönlichen Vorlieben. Diese Inszenierung ist, so Vogd, weiter allerdings nur

„um den Preis zu haben, langfristig das zu unterhöhlen, auf das sie sich beruft. Die moderne Medizin würde dann den Ast absägen, auf dem sie sitzt, nämlich die Basis ihrer wissenschaftlichen Autorität dekonstruieren“ (Vogd 2002: 311).

Behrens (2003) sieht diese Annahme kritisch und streicht seinerseits den Aspekt heraus, dass evidenzbasierte Leitlinien nicht in einem so hohen Maße auf der Evidence Based Medicine fußen, wie dies Vogd behauptet. Leitlinien hätten „in den therapeutischen Professionen eine lange Tradition, auch ohne dass sie das Geringste mit externer methodisch kontrollierter Evidence zu tun haben müssten“ (ebd. 2003: 264). Diesen Traditionsaspekt sieht zwar auch Vogd; das diese sich aber nach wie vor eher „auf Eminenz, also auf den Konsens eminenter Fachautoritäten“ (ebd.) gründet und eben nicht auf wissenschaftlich überprüfbares Wissen, widerspricht seiner Argumentation grundlegend. „Da nur ein Teil der Behandlungs- und Diagnoseverfahren durch kontrollierte externe Evidence gesichert ist“ (ebd.), seien nach Behrens sogar die „Konsens-Standards durchaus vorherrschend“ (ebd.).

Diese Diskussion zeigt wie spannungsreich das Verhältnis von wissenschaftlich gesichertem Wissen und Erfahrungswissen ist. Auch *innerhalb* der »Leitlinienmedizin« kommt offenbar beides zum Tragen: Konsens und Wissenschaftlichkeit.

Ein weiterer Einwand Behrens bezieht sich auf die Bedeutung der performativen Aspekte in der Krankenbehandlung. Dabei sieht er die Berufung auf wissenschaftliche Evidenz, ohne dass diese inhaltlich tatsächlich gegeben wäre, durch die Kontrollmechanismen der evidenzbasierten Wissensorganisation vorgebeugt:

„Allerdings steht dieser Missbrauch von EBM auf brüchigem Grund, weil die Verfahren von EBM diesen Missbrauch immer wieder unterminieren. Es gibt eine soziologisch fassbare

Beziehung zwischen Hochstapelei und Anerkennung eines Anspruchs, zwischen Missbrauch und Anerkennung der Regeln des Gebrauchs, zwischen Betrug und Anerkennung der Regeln der Wahrheitserzeugung“ (Behrens 2003: 267).

Hier werden meiner Ansicht nach Missverständnisse hinsichtlich des Verständnisses von Performanz und Performativität auf Seiten beider Autoren deutlich. Behrens fasst die notwendige Darstellungspraxis im Handlungsvollzug vornehmlich als bewusste Täuschung und auch bei Vogd, wird ein Gegensatz aufgespannt zwischen einem korrekten und »reinen« Evidence Based Wissen und der verfälschenden Bezugnahme auf dieses Wissen innerhalb der Darstellungspraxis. Die Praxis wird als »unrein« gegenüber des objektiven Wissens begriffen, was bereits bei Freidson angelegt ist:

„Im Laufe der Anwendung wird das »reine« medizinische Wissen abgewandelt oder sogar abgewertet. Ja, bei der Anwendung kann das Wissen gar nicht rein bleiben, sondern muß statt dessen als Praxis organisiert werden“ (Freidson 1979: 286).

Mit dieser Auffassung wird jedoch das Verständnis von Performanz und Performativität innerhalb der gesellschaftlichen Praxis als notwendige Darstellungsleistung der Akteure im konkreten Handlungsvollzug, als eines gesellschaftlichen Phänomens sui generis, welches der möglichst wertfreien wissenschaftlichen Betrachtung zugänglich gemacht werden sollte, verkannt. Um dies hervorstreichend werden die verwendeten Begrifflichkeiten und ihre Implikationen kurz, aber detaillierter vorgestellt, als dies bei Vogd geschieht.

Der aus der Sprachwissenschaft entlehnte Begriff der Performanz wurde von Ferdinand Saussure zunächst dahingehend verwendet, dass dieser eine „Unterscheidung zwischen *Langue* und *Parole*“ (Dell 2012: 103) einführte. In strukturalistischer Tradition, bezeichnet *Langue* dabei die (bewussten) übergeordneten Sprachregeln und *Parole* „das einmalige, tatsächlich aktualisierte Ereignis des Sprechens selbst“ (ebd.). Diese Unterscheidung wurde abgelöst durch das Begriffspaar Kompetenz, als der grundsätzlichen Sprachfähigkeit und der Performanz, als des *tatsächlichen* Sprachgebrauchs. Ähnlich wie bei Bourdieus Ersetzung des Regelbegriffs durch denjenigen der Strategie, liegt auch hier eine Schwerpunktverschiebung vor, die man sich als den Unterscheid „zwischen Partitur und Aufführung im Sinne einer Vorlage und deren anschließenden Realisierung“ (ebd.) vorstellen kann oder, mit anderen Worten, als die Umsetzung eines in der Sprecherin angelegten Potentials durch Verwirklichung in Performanz. Hier entscheidend ist, dass unter dieser Perspektive nicht nur (Körper-)handeln gefasst werden kann, sondern explizit auch Sprachhandeln in den Fokus gerät. John Austins (vgl. 2002) macht das in seiner Sprechakttheorie deutlich. Er differenziert „zwischen konstativen Äußerungen, die einen bestehenden Sachverhalt beschreiben“ (Dell 2012: 104) oder etwas behaupten und

„performativen Äußerungen“ (ebd.) in welchen sich die Handlung durch den Sprechakt selbst vollzieht, Sprache und Handeln sozusagen eins werden bzw. der Sprechakt einen Unterschied setzt der Handlungsqualität hat. So wäre zum Beispiel eine Erklärung der Standesbeamtin, die gerade eine Eheschließung (unter Zeugen) vollzieht, als Sprechakt zu verstehen. Durch die Formel, »hiermit erkläre ich Sie zu verheirateten Menschen« oder einer ähnlichen Formulierung, setzt sie eine Handlung, die für die Beteiligten durch das Aussprechen gleichzeitig vollzogen ist. Entscheidend ist der mündlich abgegebene Spruch selbst, welcher aus dem Munde der mit legaler Autorität ausgestatteten Beamtin im Vollzug Wirklichkeit setzt. Nach dem Spruch, bzw. im Vollzug dieser Erklärung ändert sich die Beziehungsqualität der vor das Standesamt tretenden Verlobten hin zu einer von staatlicher Seite formalisierten, rechtlich kodifizierten Beziehungsform, die durch anschließende schriftliche Niederlegung des Sprechakts diesen die Zeit überdauern lässt.

Im Poststrukturalismus schließlich, wird die Unterscheidung zwischen Performativität und Performanz eröffnet. „Mit Performativität ist jene Kraft oder Intensität bezeichnet, die das handelnde Subjekt und die Handlung in und durch die Performanz zuerst produziert“ (ebd.). Man ist an Bourdieus Habitus-Begriff erinnert, der diesen fasst als „strukturierte Strukturen, die geeignet sind, als strukturierende Strukturen zu wirken“ (Bourdieu 1976: 165). Der zentrale Wert dieser Perspektive bildet für meine Ausführungen die starke Betonung der Prozesshaftigkeit von Handlung und Struktur und dass unter Handlung sowohl das Sprachhandeln als auch andere Handlungsformen gefasst werden, die in der (Darstellungs-) Praxis ineinandergreifen und nicht unbedingt als strikt voneinander getrennt aber zumindest aufs Engste verbunden mit der Körperlichkeit, den Habitus der Akteure, zu verstehen sind.

Performativität erscheint dabei nicht als etwas, das komplett willentlich geschieht und bewusst-vorsätzlich vollzogen wird und kann daher auch nicht mit bewusster Täuschung oder ähnlichem gleichgesetzt werden, sondern liegt als Phänomen sui generis vielmehr in der Praxis selbst begründet. Hier die Kategorien „Hochstapelei, Missbrauch, Betrug und [sogar] Einschüchterung“ (Behrens 2003: 268) anzulegen, verkennt ein solches Verständnis. Unter dieser Prämisse wird auch Vogds Annahme relativiert, „die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz“ komme vor allem in der Behandlung von PatientInnen oder „besonders für einen Mediziner, der eine Leitungsposition anstrebt“ (Vogd 2002: 309) zum Tragen. Der Zwang der Praxis ist allen Handlungsvollzügen inhärent, auch denjenigen die im Kontext des Kollegiums ausgeführt werden und auch dann, wenn es sich um den Vollzug der EBM in ihrer »reinsten« Form handelt.

Der Übergang von unbewussten, unbefragten Darstellungspraktiken zu bewusst eingesetzten Elementen um konkrete Ziele zu erreichen ist dabei fließend. Das Handeln im Feld ist als

ein strategisches Handeln zu fassen, bei welchem die Kenntnis der Regeln und Regelbefolgung unabdingbar ist, aber nicht den einzigen Orientierungspunkt bildet. Dies gilt auch für das medizinische Handeln,

„da Medizin zunächst als eine durch kollektive Praxis vermittelte habitualisierte Handlungspraxis angesehen werden muss, die sich zwar in theoretischem Wissen fundieren lässt, deren Kunst aber wesentlich auch auf atheoretisch vermittelten Wissensbeständen beruht (tacit knowledge), die sich unter den komplexen Bedingungen der Alltagspraxis bewährt haben“ (Vogd 2002: 304).

Natürlich gibt es immer AkteurInnen, die bewusst manipulieren, betrügen oder abgeschwächt: Inhalte und Artefakte instrumentalisieren um möglichst einflussreiche Positionen zu besetzen. Es geht dabei aber nicht darum, von Betrug auszugehen oder andere stark wertbesetzte Kategorien in die Analyse einfließen zu lassen. Die Erlangung einer möglichst guten Position im Feld, ist immer Teil der Praxis, egal in welchen konkreten Feldern sich die Akteure bewegen. Diese Positionen werden zwingend benötigt, um z.B. mit der Einnahme geeigneter Sprecherpositionen Einfluss zu erlangen, gehört zu werden. Nur Inhaber von innerhalb der feldeigenen Logik als legitim verstandenen Positionen, können legitim agieren. Die Felder bilden damit immer soziale Räume von Über- und Unterordnungsverhältnissen, mit potentiell mächtigeren und weniger mächtigen Akteuren, heißt solchen, die über als im Feld wertvoll anerkannte Kapitalien verfügen und solchen die diese Kapitalsorten nicht oder nur in sehr geringem Umfang akkumulieren können. Kapital wird dabei verstanden als „akkumulierte Arbeit, entweder in Form von Material oder in verinnerlichter, »inkorporierter« Form“ (Bourdieu 2005: 49) und entscheidet als kulturelles, soziales und ökonomisches Kapital darüber mit, welche Position im Feld eingenommen werden kann. Das kulturelle Kapital liegt dabei „grundsätzlich körpergebunden [...] in der Form, die man auf Französisch »culture«, auf Deutsch »Bildung«, auf Englisch »cultivation«“ (Bourdieu 2005b: 55) nennt vor. Hierzu zählt auch das Verfügungspotential über verschiedene Wissensbestände. Das soziale Kapital verweist auf die Gruppenzugehörigkeit.

„Der gemeinsame Stallgeruch, der dem sozialen Kapital anhaftet, öffnet die Türen zu den höheren Etagen gesellschaftlicher Macht, die ohne den Besitz dieser Kapitalsorte verschlossen blieben. Soziales Kapital dient dazu, einflussreiche Positionen zu besetzen, qualifizierte Konkurrenten auszuschalten, Seilschaften zu bilden usw.“ (Peter 2004: 53).

Die Verfügung über diese „Kapitalgrundformen“ (Barlösius 2006: 108), führt allerdings nicht automatisch zu einer hohen Position. Vielmehr muss man auch über das »richtige« Kapital bzw. die korrekte Kapitalzusammensetzung verfügen und diese in der Praxis

erfolgreich umsetzen können. Über den Wert der Kapitalsorten wird innerhalb der jeweilig herrschenden, feldspezifischen Logik bestimmt. Erst wenn sich das Kapital damit zu symbolischem Kapital wandeln kann, welches nun auf etwas anderes verweist, als die Kapitalgrundsorte selbst, gehen mit ihr Einflusspotentiale einher. Symbolisches Kapital ist damit

„nicht eine besondere Art Kapital, sondern das, was aus jeder Art von Kapital wird, das als Kapital, das heißt als (aktuelle oder potentielle) Kraft, Macht oder Fähigkeit zur Ausbeutung verkannt, also als legitim anerkannt wird“ (Bourdieu 1997: 311).

Wenn es zu symbolischem Kapital geworden ist, verweist es nicht mehr auf die Herrschaftsverhältnisse, welche es hervorgebracht haben, sondern auf etwas anderes: Der Bildungstitel verweist nicht auf das mit ihm einhergehende Machtpotential, sondern auf Intelligenz und Prestige. So erscheint es selbstverständlich, dass Personen mit relativ hoher Bildung mehr Einfluss entfalten können, als jene mit vergleichsweise geringem Bildungsgrad. Dabei ist das symbolische nicht als ein für allemal festgelegt zu verstehen. Was im Feld als wertvoll erachtet wird, unterliegt selbst stetigen Aushandlungs- und Kampfprozessen.

Insgesamt stellt sich das Agieren im Feld als ein Kontinuum zwischen reflexiv-bewusst ausgeführten Akten und unbewussten Handlungsroutrinen dar, die zusammenwirken und das strategische Handeln der Akteure bestimmen, welches nicht zuletzt auch immer auf eine möglichst vorteilhafte Positionierung im sozialen Raum ausgerichtet ist, welche durch die Erlangung als wertvoll erachteter Ressourcen erreicht werden kann. Die angestrebte objektiv nachvollziehbare Anlage der Evidence Based Medicine mit ihrer Ausrichtung an naturwissenschaftlichen Prinzipien, wie der prinzipiell Orts- und Personenunabhängigkeit der Ergebnisse, kann für AkteurInnen, welche schwächere Positionen besetzen (müssen), von Vorteil sein. Sie sind nun nicht mehr vollständig von der Akkumulation von im Feld als wertvoll anerkannten Ressourcen ausgeschlossen.

„Würdige Notablen und beeindruckende Eminenzen gehen aber ein Risiko ein, wenn sie sich auf EBM berufen. Sie könnten beim Wort genommen werden. Externe Evidence ist prinzipiell jedem unabhängig von seiner Stellung in den Hierarchien zugänglich, den Lehrlingen ebenso wie vielen Patienten“ (Behrens 2003: 268).

5. SCHWERPUNKT ÄRZTINNEN-PATIENTINNEN-VERHÄLTNIS

Bisher lagen die Schwerpunkte dieser Arbeit eher auf Entwicklungslinien der organisierten Krankenbehandlung, des medizinischen Wissens und der ärztlichen Profession. PatientInnen traten nur vereinzelt und in widersprüchlichen Rollen auf. Erschienen sie bei Strauss et al. (1997) als aktive und unverzichtbare Elemente der trajectories (zumindest auf informeller Ebene), beobachtete Vogd sie eher als passive Elemente, die durch die Krankenbehandlung geschleust werden (vgl. 2006b).

Die große Ambivalenz kommt zum Ausdruck, welche hinsichtlich der Wahrnehmung des Verhältnisses von ÄrztInnen und PatientInnen herrscht. Diese Ambivalenz wird auch den weiteren Verlauf der Darlegungen prägen und ihren Höhepunkt in der Herausarbeitung einiger Spannungslinien im medizinischen Feld bilden, die sich aus den ExpertInnen-Interviews ergaben. Eine Auflösung der Widersprüchlichkeit wird nicht angestrebt. Vielmehr wurde die Perspektive der Praxeologie eingeführt, um ein Deutungsangebot zu machen, wie mit dieser Widersprüchlichkeit umgegangen werden kann, wenn zum Schluss der Versuch einer Analyse von Autonomieräumen in Bezug auf die im ExpertInnen-Diskurs verhandelten Patientensubjekte mit Hilfe Bourdieuscher Denkwerkzeuge unternommen wird.

5.1 Das strukturfunktionalistisch-normative Rollenmodell

Die Annahme des »einen« Arzt-Patient-Verhältnisses, wie es Parsons (vgl. 1958) in seiner strukturfunktionalistischen Theorie beschreibt, ist kaum mehr zu halten, bzw. wurde im Laufe der Zeit um einige Modifikationen und alternative Interpretationsangebote erweitert. Sein Vorschlag, Medizin als einen „»Mechanismus« im sozialen System“ (ebd.: 12) zu beschreiben, der „eine Reihe institutionalisierter Rollen“ (ebd.) erfordert, hat jedoch das Verständnis des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses nachhaltig geprägt. Die Berufsrolle des Arztes beschreibt er „als universalistisch, funktional spezifisch und emotional neutral [...] kollektivitäts- und nicht selbst-orientiert“ (ebd.: 14). Besetzt ein Akteur in diesem Sinne eine (Funktions-)Rolle innerhalb eines sozialen Teilsystems der Gesellschaft, geht mit dieser ein je spezifischer Komplex „institutionalisierter Erwartungen“ (ebd.: 15) einher, nach denen die Rollenträger ihr Verhalten ausrichten müssen. In modernen arbeitsteilig organisierten oder funktional differenzierten Gesellschaften gehen Rollenübernahmen vornehmlich mit der Ausübung bestimmter Berufe einher. Es handelt sich also um erworbene Rollen, bei deren Besetzung vor allem „fachliche Leistungskriterien den Ausschlag geben“ (ebd.: 14). Patient zu sein ist jedoch weder an eine besondere Leistung geknüpft, noch als

Berufsausübung zu verstehen. Diese Sonder-Rolle wird vielmehr negativ erworben durch Gesundheitsverlust (vgl. ebd. 18). Dabei ist die Notwendigkeit ihrer Besetzung „kontingent“ (ebd.: 18), das heißt es kann prinzipiell jeden (unvorhergesehen) treffen, diese Rolle einnehmen zu müssen. Trotzdem sei, so Parsons, das für die Anwendung des Rollenbegriffs entscheidende Kriterium erfüllt: PatientIn zu sein bringt spezifische, in die soziale Struktur eingelassene Erwartungen an das Verhalten der Akteure mit sich, die bei Nicht-Erfüllung Sanktionen nach sich ziehen. Demzufolge kann die Position Patient und die daran geknüpften Verhaltenserwartungen als Komplementärrolle zur Arztrolle beschrieben werden. Das Kriterium der Sanktionierung abweichenden Verhaltens, bildet dabei ein Schlüsselement der Beschreibung. Aufgrund von „Leiden, Hilflosigkeit, Leistungsunfähigkeit, Lebensgefahr oder manchmal das sichere Nahen des Todes“ (ebd.: 22), können PatientInnen häufig den mit anderen (Funktions-)Rollen einhergehenden Verpflichtungen nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen. Um der damit einhergehenden Sanktionierung zu entgehen – z.B. drohender Jobverlust bei Nichterfüllung der Arbeitsleistung –, liegt es bei der Ärztin, Krankheit als eine „Form abweichenden Verhaltens“ (ebd.: 52) zu legitimieren und die PatientInnen von ihren alltäglichen Rollenverpflichtungen – z.B. durch Krankschreibung – (vorübergehend) zu befreien. Krankheit in diesem Sinne zu verstehen, bedeutet das Verhältnis der Komplementärrollen Arzt und Patient zueinander als „Mechanismus der sozialen Kontrolle“ (ebd.), sowohl im Innenverhältnis Arzt-Patient, als auch im Verhältnis des (gesamt-)gesellschaftlichen Systemgefüges zu fassen. Die Situation des Patienten „und seiner "Laien"-Umgebung, besonders seiner Familienmitglieder“ (Parsons 1958: 20) lassen sich laut Parsons, mit den Begriffen „Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement zusammenfassen“ (ebd.: 20) und bilden Komplemente zu dem, was den Erwartungskomplex der Arztrolle auszeichnet. In der Anlage der Patientenrolle wird eine »Laienumgebung« erwähnt, die zum einen darauf hindeutet, dass bei dem eigentlich dyadisch angelegten Rollenmodell, mannigfaltigere Beziehungsgeflechte beteiligt sind. Zum anderen verweist diese in Verbindung mit der Feststellung einer grundlegenden Hilfsbedürftigkeit und emotionalen Eingebundenheit in das eigene Leid auf die Perspektivdivergenz, die zwischen einem aus der Laiensphäre agierenden Patienten und dem in der Professionssphäre handelnden Arztes emergiert.

„Eine der schwerwiegendsten Beschränkungen des Laien besteht darin, daß er die fachliche Befähigung nicht beurteilen kann, weder allgemein noch im einzelnen“ (ebd.: 21).

Die unterschiedlichen Wissensordnungen von Laie und Professionellem werden als eines der grundlegendsten Probleme der Beziehung aufgefasst. Darüber hinaus und damit

verbunden agieren die AkteurInnen innerhalb dieses Verhältnisses aus einer „fundamentalen Asymmetrie“ (Begenau et al. 2010: 8) heraus, die sich unter anderem daraus ergibt, „dass das, was für den Arzt Alltag ist, für Patienten meist eine deutliche Unterbrechung ihrer alltäglichen Routine bedeutet“ (Begenau et al. 2010: 8). Außerdem gehen mit unterschiedlichen Wissensbeständen unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe einher: „it has also been shown that lay people or patients have other priorities as compared to the physicians by whom they are treated“ (Butalid et al. 2012: 2). So wird das Verhältnis spannungsreich und problematisch. „Ich vertrete die These, daß die Beziehung des Arztes zu seiner Klientel in sich problematisch ist“ (Freidson 1975: 76).

5.2 Kritik des Paternalismus

Was Parsons „schlicht als soziale Steuerung“ (Vogd/Saake 2008: 12) beschrieb, erfuhr im Zuge und nach der Patient-Empowerment Bewegung scharfe Kritik und wurde als »Paternalistisches Modell« der Arzt-Patient Beziehung, in welcher PatientInnen lediglich als passive, unwissende und irrationale Elemente in der Krankenbehandlung erscheinen, die sich den Anweisungen des Arztes zu unterwerfen haben, weitestgehend abgelehnt. Der Murrhardter Kreis zum Beispiel, erarbeitete die Arzt-Patient-Beziehung der Zukunft, „in welcher die traditionelle Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung durch Partnerschaft gebrochen werden soll“ (Murrhardter Kreis 1995: 96, zit. nach Begenau et al. 2010: 12). Auch Angela Coulter (2002) fordert in ihrem, durch wissenschaftliche Studien untermauerten Plädoyer wider den Paternalismus eine Neugestaltung der Patientenrolle.

„We must redefine the patient’s role to emphasize autonomy, emancipation and self-reliance rather than passivity and dependence. No longer is he or she simply a victim of illness. In the 21st century patients must be treated as co-producers of their own health and care-managers when they are ill. They must be encouraged to see themselves as decision-makers, evaluators, and stakeholders with a key role in shaping health policy. Health professionals must adapt their behaviour to accommodate this more active role. Developing and extending active partnership with patients is the only way to ensure the sustainability of publicly-funded health care“ (Coulter 2002: xii).

Die Forderung nach Autonomie und Partnerschaft und die Ablehnung der Rolle der Hilfsbedürftigen und damit einhergehend die Betonung der Kompetenz auch auf PatientInnen-Seite, prägen die Diskussionen, Untersuchungen und Alternativen zum paternalistischen Modell. Das Prinzip des Informed Consent (IC), also die Notwendigkeit der informierten Einwilligung der PatientInnen in die Behandlung, reiche demnach alleine nicht aus, um den medizinischen Paternalismus zu überwinden und eine Partizipation an der

eigenen Krankenbehandlung zu erreichen. Denn einer der ausschlaggebenden Faktoren, die dazu beitragen PatientInnen in einer (unterwünscht) passiven Rolle verharren zu lassen, sei nicht in mangelnden Möglichkeiten zur Einwilligung sondern vielmehr in einem Mangel an Wahlmöglichkeiten begründet.

“Informed consent procedures frequently fall short of the ideal, often relegated to hasty discussions with junior doctors whose main goal is to obtain a signature on a form. In this situation options and alternatives aren’t discussed and the ‘consent’ implied by the signature cannot be said to be truly informed” (Coulter 2002: 3).

Nach Coulter ist der Einfluss der PatientInnen auf die Behandlungsentscheidung ein zentrales Element auf dem Weg zur Überwindung des paternalistischen Modells und hierfür ist es unablässig, dass auch Entscheidungsalternativen aufgezeigt werden.

Im Zuge des marktwirtschaftlichen Umbaus des Gesundheitssystem, wurden ab den 1970er Jahren, aus Perspektive des sogenannten „Consumerism“, die PatientInnen als aktive KonsumentInnen und KundInnen begriffen, um die passive Anlage des Paternalismus unter der Betonung marktförmiger Wahlfreiheit zu überwinden (vgl. Coulter 2002: 106f.). „Der im Gespräch aktive Patient weiß, was er will, und bekommt die geforderte Gesundheitsleistung vom Arzt geliefert“ (Meinzer 2019: 33). Die Machtrelation scheint in diesem Verhältnis umgekehrt. Informationen werden von Seiten der ÄrztInnen bereitgestellt und die PatientIn entscheidet autonom über Annahme oder Ablehnung des Behandlungsangebots (vgl. Morgan 2018: 83). Begenu et al. (2010) weisen jedoch zu Recht darauf hin, dass hierbei die Möglichkeit der Angebots- und Arztwahl sehr viel höher erscheint, als sie bei den meisten Konsultationen tatsächlich ist und sich Patientin und Ärztin sogar eigentlich „fast nie gegenseitig frei wählen können“ (ebd.: 7), da sie in „institutionell-organisatorisch geregelten Strukturen aufeinander“ (ebd.) treffen, auf die einzelne Akteure nur sehr geringe Einflussmöglichkeiten haben. Daher ist anzunehmen, dass „this consumerist relationship most often occurs in consultations where patients pay directly for specialist Services“ (Morgan 2018: 83). Doch auch hier ist ein (reiner) Konsumentenstatus der PatientInnen schwerlich vorstellbar, da diese auch bei frei gewählten Eingriffen auf die Definitionsmacht der ÄrztInnen angewiesen bleiben und diese nicht vollständig ausgehebelt werden kann. Die Ärztin muss daher auch im denkbar idealsten Modellfall des consumeristischen Verhältnisses immer noch als „the patients’ agent“ (Coulter 2002: 22) auftreten.

“The reliance on doctors to define and articulate health needs is an important reason why the patient role is different from that of a consumer in the commercial marketplace” (Coulter 2002: 22).

5.3 Compliance, Adherence, Concordance

Dass paternalistische Elemente im Arzt-Patient-Verhältnis eine hohe Persistenz aufzeigen, kann man an der Entwicklung der Compliance-Forschung nachvollziehen. Unter diesem Begriff wird ca. seit den 1970er Jahren der Frage nachgegangen, wie man es erreichen kann, dass Patienten sich an die vom Arzt verordneten Anweisungen halten.

„Unter dem Begriff ‚Compliance‘ versteht man den Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikaments, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert“ (Compliance Handbuch nach Heynes: 91: 12, vgl. Scheibler 2004: 14).

Dabei gilt es, eine möglichst hohe Compliance zu erzielen und Faktoren zu identifizieren, die dies gelingen lassen. Im Zuge dieser Forschungsbemühungen kommt es

„zur Einführung psychologisch elaborierter Methoden der Verhaltensbeeinflussung in die Arzt-Patient-Interaktion. Die einfachsten sind lern- oder kommunikationstheoretisch begründete Strategien der Gesprächsführung“ (Lachmund 1987: 362).

Treten Versäumnisse auf, wird aus dieser Sicht kaum ein Zweifel gelassen, auf welcher Seite die Schuldigen zu verorten sind (vgl. Bissell et al. 2004: 851): „Medical non-compliance is the failure of patients to comply with their medical care regimens“ (Kermani/Davies 2016: 3). PatientInnen erscheinen hier vornehmlich als „potenzielle Fehlerquelle“ (Scheibler 2004: 18), die durch geeignete Maßnahmen möglichst umfänglich unter Kontrolle zu bringen sind.

Reformbemühungen dieser Forschungsansätze führten dazu, dass diese sich zum Teil unter einem anderem Label, der sogenannten Adherence, neu formierten. „Der Begriff Adherence impliziert, dass die Patienten an wichtigen Entscheidungen beteiligt sind und an der Entwicklung und Adjustierung der Therapie partizipieren“ (Scheibler 2004: 28). Nicht mehr die Einhaltung vom Arzt einseitig vorgegebener Behandlungsregime bildet das Ideal des Verhaltens auf Patientenseite, sondern die verordnete Therapie soll fortan Resultat einer auf Augenhöhe gemeinsam ausgehandelten Entscheidung sein. Doch auch hier geht es weiterhin vornehmlich darum, das Patientenverhalten im Lichte einer normativ gesetzten Maxime zu betrachten. Die Existenz z.B. einer „Informed Non-Adherence“ (Scheibler 2004: 29) auf PatientInnen-Seite bleibt auch aus dieser Denkfigur ausgeschlossen und so sind Compliance und Adherence kaum voneinander zu unterscheiden. Durch den Austausch der Begrifflichkeiten findet, so Scheibler (2004), jedoch immerhin eine „rhetorische Demokratisierung der Arzt-Patienten-Interaktion“ (ebd.: 33) statt. Auch Bissell et al. verwenden die beiden Begriffe synonym, wenn sie die Darstellung des Forschungsstands in

ihrer Arbeit folgendermaßen einleiten: „there is a long tradition of research into compliance (or adherence) and diabetes“ (2004: 852).

Abschließend soll das Konzept der Concordance Erwähnung finden. Hier wird nun auf die Kritik reagiert und nicht mehr das potentiell abweichende Therapieverhalten in den Vordergrund gerückt, sondern mit der concordance als »Übereinstimmung«, soll vornehmlich die Einigung im Zentrum stehen; eine Vereinbarung zwischen Arzt und Patient. Das Ziel ist eine „therapeutic alliance between them“ (Morgan 2018: 87, Bissell et al. 2004: 852). Hervorzuheben ist, dass diese Allianz auch darin bestehen kann, darüber einzukommen, dass man nicht übereinkommt, also festzustellen, dass man unterschiedlicher Meinung ist. Ist das der Fall, soll dies aber offen angesprochen und verhandelt werden um damit „a basis of reality and not of misunderstanding, distrust or concealment“ (ebd.) zu schaffen. Kriterien der Offenheit im Gespräch und der Ermöglichung einer so informiert als möglich getroffenen Entscheidung, bei der die Patientenperspektive der ausschlaggebende Faktor sein soll, sind in diesem Verständnis zentral. Im Wandel hin zu zunehmend partnerschaftlich konzipierten Modellen der Arzt-Patient-Konstellation, erscheint mit der Forderung nach Aushandlung unter gleichgestellten, die bereits bei der Adherence angelegt ist und sich im Verhandlungsansatz der Concordance fortsetzt, die PatientInnen-Perspektive als zunehmend wichtig, sogar als der Expertise des Arztes gleichgestellt, womit der Anspruch verbunden ist, die Asymmetrie innerhalb dieses Verhältnisses aufzuheben.

5.4 Shared Decision Making (SDM) / Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Als eines der in der Forschung meistgenutzten Modelle der partnerschaftlichen Anlage zur Beschreibung des Ärztin-Patientin-Verhältnisses erscheint das sogenannte »Shared Decision Making (SDM)«, also die »Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)«. Hier soll die Interaktion zwischen Arzt und Patient nun stattfinden

„mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Bieber et al. 2016: 195).

Das Erfordernis der Concordance scheint wieder auf und es wird ein bei der Behandlungsentscheidung aktiver Patient (vgl. Brown et al. 2002) eingeführt, der seine Perspektive einschließlich eigener Präferenzen hinsichtlich der Behandlung gleichberechtigt in die Behandlungsentscheidung einbringen kann, und dies auf Basis guter und geteilter Informiertheit als „informed patient“ (Kivits 2004) tut, um dann zu einer gemeinsam mit der

Ärztin getragenen Entscheidung zu gelangen. Es genügt allerdings nicht mehr, darüber einzustimmen, dass man nicht übereinstimmt, sondern das Ziel ist eine Entscheidung die von beiden PartnerInnen getragen und durchgeführt werden kann (vgl. Bieber et al. 2016: 196).

Darüber hinaus besteht ein zentraler Unterschied zum Konzept der Concordance nach Morgan (2018) darin, dass die Forderungen des »konkordanten Ansatzes« auch dann erfüllt sein können, wenn die Patienten keine aktive Rolle bei der Entscheidungsfindung einnehmen, da hier die Patientenpräferenz das zentrale Kriterium darstellt. Zieht der Patient demnach vor, dass der Arzt stellvertretend für ihn entscheiden soll, also möchte er die Behandlungssituation als »professional-as-agent-model« verstanden wissen, in welchem die Behandlungspräferenzen nur dem Patienten bekannt sind und der Arzt die Aufgabe hat diese in Erfahrung zu bringen um an Stelle des Patienten, als sein Bevollmächtigter oder Vormund die passende Therapiealternative zu wählen (vgl. Scheibler 2004: 34), wäre das mit diesem Konzept vereinbar, nicht aber mit dem SDM. „Shared concordance can therefore be achieved without shared decision-making“ (Morgan 2018: 87). Schematisch und vereinfacht kann die Entwicklung und Erweiterung des Verständnisses dessen, was das Arzt-Patienten-Verhältnisses auszeichnen soll, folgendermaßen dargestellt werden:

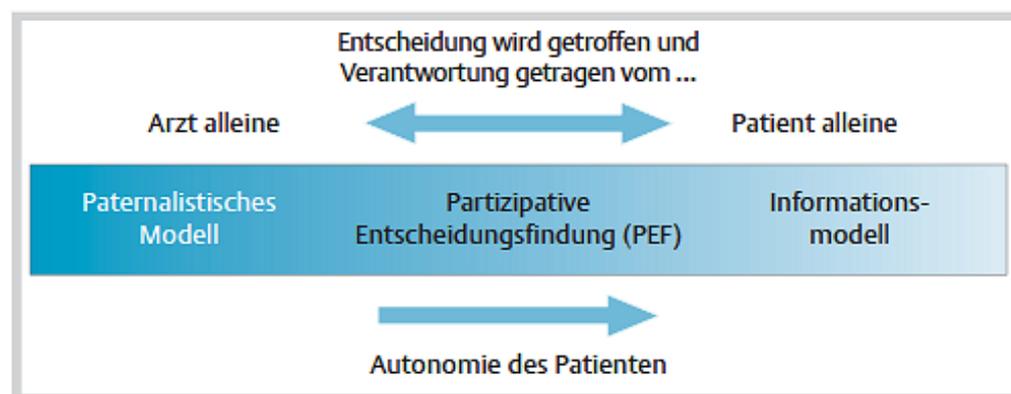


Abb. 1 Das Spektrum der Arzt-Patient-Interaktion [7]. (Bieber et al. 2016: 196)

So sollen auch in meinen Ausführungen die Begriffe als Kontinuum zwischen einem Mehr an Autorität auf Ärzteseite und einem Autoritätsgewinn auf PatientInnenseite gefasst werden, was eine Neufokussierung und Bedeutungsverschiebung hinsichtlich der Rolle der PatientInnen innerhalb der Krankenbehandlung bedeutet. Wie sich allerdings das Verhältnis der hier vorgestellten modellhaft-idealtypischen Beschreibungen zur tatsächlichen (Be-) Handlungspraxis darstellt bleibt dabei zunächst offen.

Die Forderung zunehmender Partnerschaft und Partizipation im ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis, fügen sich jedenfalls nahtlos ein, in den patientenzentrierten Ansatz in der Krankenbehandlung, in welchem ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit und

Gesundheit, die holistische Betrachtung der PatientInnen als Personen, das Aufteilen von Macht und Verantwortung, die therapeutische Allianz und auch die Forderung einer holistischen Betrachtung des Arztes als Person, welcher nicht mehr als neutraler Vertreter einer naturwissenschaftlich-objektiven Wahrheit auftreten soll, sondern angehalten ist, sein subjektives »Person-Sein« in der Krankenbehandlung zu reflektieren (vgl. Morgan 2018: 80).

5.5 Krankenhaus & Visite – Das Behandlungssetting

Betrachtet man die hier vorgestellten Konzepte im Lichte der vorausgegangenen Beschreibungen, die sich zu großen Teilen auf die veränderten Bedingungen im Krankenhaus beziehen, könnte man durchaus zur Frage gelangen, inwiefern die damit verbundenen Ansprüche in den durchschnittlich fünf Minuten andauernden Visiten am Krankenbett (vgl. Kaupen-Haas et al. 1993: 160) verwirklicht werden können, stellt diese doch „auf Krankenstationen die Hauptmöglichkeit zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient dar“ (ebd.: 158). Dass sich in dieser hochkomplexen Situation, mit der die Erfüllung mehrerer Funktionen im Stationsalltag verknüpft ist und die im Behandlungsteam begangen wird, weniger eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient entfaltet als vielmehr *über* den Patienten gesprochen wird, sind Ergebnisse, die auch hier zu Reformversuchen führten wie z.B. dem des Ulmer Modells in den 1970er Jahren oder in Hamburg in den 1980er Jahren.

In Ulm wurden die Teams, welche die Visiten begingen, je um eine psychosomatisch ausgebildete Pflegeperson erweitert, die wiederum von PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und einem Seelsorger unterstützt wurden (vgl. ebd.). Bei der Patientenaufnahme führte diese Person das erste Gespräch und erstellte eine „Pflege diagnose“. Der Fokus lag dabei vor allem auf dem subjektiven Krankheitsempfinden der PatientInnen und deren individuellen Erwartungen. Die ÄrztInnen waren für die Anamnesen zuständig und in den Morgenbesprechungen und fortlaufend stattfindenden Stationskonferenzen, wurden die Ergebnisse zusammengetragen (vgl. Kaupen-Haas et al. 1993: 157).

„So wurde es möglich, von Anfang an naturwissenschaftlich-technische und psychosomatisch-klinische Betrachtungsweisen systematisch miteinander zu verbinden“ (ebd.).

Durch die systematische Auslagerung einiger Funktionen, welche in der Visite zusammentreffen, war die Zeit am Krankenbett nun frei(er) für das Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn.

„der Patient beteiligte sich an diesem Gespräch etwa im gleichen Umfang wie der Arzt; im Vergleich zu Visitingesprächen auf anderen Stationen hatte der Patient wesentlich größere Chancen, selbst die Initiative zu ergreifen und auf seine Initiativen auch entsprechende Reaktionen des Arztes zu erhalten“ (Kaupen-Haas et al. 1993: 157).

In ihrer Untersuchung von Visitenprotokollen auf einer internistischen Station, stellen Kaupen-Haas (1993) fest, dass die Visite lediglich als Nebenschauplatz des medizinischen Handelns verstanden werden muss, „demgegenüber sich die Labors und technischen Räume einer technisch dominierten Medizin als die entscheidenden Orte des medizinischen Handelns abzeichnen“ (ebd.: 172f.). Das Ziel dieses Formats bestehe folglich weniger in einem Eruiere der PatientInnenperspektive, sondern wird vornehmlich als Fachgespräch zwischen ÄrztInnen als abschließende Phase zur Findung der Differentialdiagnostik geführt. Die eigentliche Diagnose wird durch außerhalb des Krankenzimmers ablaufende Objektivierungsprozesse, wie „Labordaten, Röntgenaufnahmen und die einzelnen Befunde, die außer medizinisch-technischem Können vor allem interpretative ärztliche Kompetenz verlangen“ (ebd. 173) hergestellt. Somit besitzt die PatientInnenperspektive bei diesen Vorgängen keine Relevanz, da sie von diesen ausgeschlossen bleibt. Der Patient erscheint dann tatsächlich als fast vollständig passiviertes Objekt, welches kaum Einfluss nehmen kann auf die Behandlung.

Dass die Behandlungssituationen im Krankenhaus jedoch nicht ausschließlich in Form von Stationsvisiten stattfinden, wurde bereits festgestellt. Krankenhäuser sind nicht (mehr) ausschließlich Orte der Akutversorgung von PatientInnen, sondern dienen zunehmend (auch) der Versorgung chronisch Kranker oder dazu, PatientInnen Zugang zu SpezialistInnen zu gewähren, die diese ambulant behandeln und beraten. Vor allem im Zuge der zunehmend netzwerkartigen Organisation der Krankenbehandlung, bei welcher die Übergänge von ambulanten und stationären Settings fließend sind, entwickelt sich eine Vielzahl von Arzt-Patienten-Kontakten, bei welchen mehr Raum für Gespräche zur Verfügung steht, als dies bei den morgendlichen Stationsvisiten der Fall ist. Man denke an die immer wieder notwendig werdende Ausarbeitung von Verhaltens- und Behandlungsregimes bei Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die sich oftmals nicht in der Verabreichung von Medikamenten erschöpft sondern auch Veränderungen im Verhalten der PatientInnen notwendig machen. Zu nennen sind auch Besprechungen hochkomplexer Behandlungsmöglichkeiten z.B. im onkologischen Bereich, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen über Verabreichung von Chemotherapie und der Durchführung von Bestrahlungen und/oder Operationen. Dieser exemplarischen Aufzählung könnte man genetische Beratungsgespräche hinzufügen, die notwendig werden, wenn

familiäre Dispositionen für schwerwiegende Erkrankungen vorliegen und die Frage der Etablierung eines Vorsorge- und Überwachungsregimes geklärt werden muss, damit man frühzeitig reagieren kann, sollte die Krankheit tatsächlich ausbrechen. Ein Beispiel hierfür wäre das sogenannte Lynch Syndrom oder »hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC)«, bei welchem sich die Wahrscheinlichkeit einer (bösartigen) Tumorerkrankung im Darmbereich, aufgrund genetischer Veranlagung im Vergleich zur Restbevölkerung, als stark erhöht zeigt und z.B. eine Vorsorge durch jährlich stattfindende Koloskopien indiziert ist.

Im Zuge der hier beschriebenen Situationen ist zu erwarten, dass PatientInnen in Austauschbeziehungen zu sehr vielen AkteurInnen des Gesundheitssystems treten müssen und in hochkomplexe Behandlungsabläufe eingebunden werden, in welchen diese zunehmend als aktive MitarbeiterInnen oder als »ManagerInnen« (vgl. Coulter 2002: 56f.) der eigenen Erkrankung auftreten müssen. Dass dies ohne gute Informiertheit und Expertise auf PatientInnenseite kaum zu bewältigen ist, erscheint einleuchtend. In diesem Zusammenhang tritt dann häufig der sogenannte „lay expert“ (Prior 2003: 43) hervor, dem eine eigene Form von Expertise beim Managen der eigenen Krankheit zugestanden wird. Ein simpler Paternalismus jedenfalls, bei welchem der als alles überblickende Generalist konzipierte Behandler, alle Entscheidungen alleine trifft und an welche sich die PatientInnen dann demütig zu halten haben, erscheint hinsichtlich dieser Komplexität anachronistisch. Auch Bieber et al. sehen den Anwendungsbereich der partizipativen Entscheidungsfindung „ganz besonders bei schwerwiegenden, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie chronisch-lebensbegleitenden Erkrankungen“ (2016: 196).

5.6 Empirische Befunde zum ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis

Betrachtet man das Forschungsfeld, welches auf die vorgestellten Begriffe und Modelle zurückgreift um das Arzt-Patient-Verhältnis zu beleuchten, fällt auch hier eine Vielfalt auf, die nur schwer zu systematisieren ist. Die Forschung vollzieht sich unter den Bezeichnungen „Arzt-Patienten-Kommunikation“, „Arzt-Patient-Beziehung“, „Arzt-Patient-Interaktion“ oder „Arzt-Patient-Verhältnis“ die zum Teil synonym verwendet werden, teilweise unterschiedliche Schwerpunkte setzen und oftmals fließend ineinander übergehen.

Wie herausgearbeitet wurde, können Forderungen nach und Trends zu partnerschaftlicheren Ansätzen festgestellt werden (vgl. Prior 2003: 43), welche zugleich von Veränderungsresistenzen (vgl. Alheit/Herzberg 2018: 266) paternalistischer Elemente im Arzt-Patient-Verhältnis begleitet werden. Man muss anerkennen, dass alle der hier

vorgestellten Behandlungsstile weiterhin und nebeneinander existieren und „es keine einzige, optimale Form der Arzt-Patienten-Interaktion geben kann“ (Scheibler 2004: 104). Die Herausforderung bestehe vielmehr darin, “to match the appropriate style to the patient’s needs at any particular time” (Coulter 2002: 35) und darin, mit hybriden Beziehungsmustern umzugehen.

„It is recognized that these do not necessarily exist in pure form with a hybrid of different elements often present in a clinical encounter and movement between different types of relationship and decision-making may occur at different stages of illness or over the consultation“ (Morgan 2018: 81).

Im Anschluss an Morgan kann gefragt werden, welche Faktoren gewisse Behandlungsstile wahrscheinlicher machen und andere hemmen. Bevor einige dieser Faktoren beleuchtet werden, soll vorab die Frage der Erwünschtheit partnerschaftlicher Modelle auf Patientenseite beleuchtet werden. Laut Scheibler (2004) zeigen Studien bezüglich der Erwünschtheit des Shared Decision Making,

“dass viele Patienten zwar ausführlich über ihre Diagnose und Behandlung informiert werden wollen, für therapeutische Entscheidungen jedoch keine Verantwortung übernehmen wollen“ (ebd.: 45).

Wäre dies der Fall, so Scheibler weiter, müsste es sich bei SDM eher um ein “normatives, politisches Paradigma“ (ebd.) handeln, welches dann den eigenen Anspruch, die PatientInnenperspektive als behandlungsentscheidendes Kriterium in den Mittelpunkt zu rücken, verkennen würde. Doch sei dieser Befund keineswegs eindeutig und „kann mit empirischen Ergebnissen zumindest teilweise widerlegt werden“ (ebd.: 46). Alheit und Herzog streichen für Deutschland heraus, dass „die Bereitschaft für einen gemeinsamen Entscheidungsprozess zwischen 2001 und 2012 relativ stabil bei über 50% der Befragten“ (Alheit/Herzberg 2018: 254) lag, dies aber kaum Auswirkungen auf die ärztliche Gesprächsführung zeitigte.

Der Befund bleibt uneindeutig. Häufig wird partnerschaftlichen Modellen auf Basis empirischer Ergebnisse, ein Eigenwert zugemessen, wenn festgestellt wird, dass die Einbindung in Behandlungsentscheidungen, verbunden mit höherer Verantwortungsübernahme, „zu verbesserter Patientenzufriedenheit, *Adherence* und anderen wichtigen *Outcomes* führt und daher ein anzustrebender Zustand ist“ (Scheibler 2004: 46, Herv. i. O.). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch Coulter (2002), wenn sie bezüglich der besseren Informiertheit der PatientInnen und der Einbindung in die Behandlung mittels Wahlalternativen feststellt, dass “patients who are well informed about

prognosis and treatment options, including benefits, harms and side effects, are more likely to adhere to treatments, leading to better health outcomes” (ebd.: 54). Hier wird die bereits im Empowerment-Diskurs angelegte Spannung zwischen normativem Anspruch und Beschreibung der Wirklichkeit auch hinsichtlich der Erwünschtheit partnerschaftlicher Ansätze im Verhältnis Arzt und Patient aktiviert und durch den Hinweis auf bessere Behandlungsergebnisse legitimiert. Dabei ist interessant, dass die Adherence, welche sich nur unzureichend von der Compliance abgrenzen lässt, als ein positiver, wünschenswerter Outcome fortbesteht. So wird die These Sosnowys (2014), hier handele es sich nur um Compliance steigernde Maßnahmen im neuen Gewand, wahrscheinlicher. Daher betont Coulter (2002), dass “although many patients want to participate in decision-making, it is important to remember that it is also legitimate to choose a more passive role” (Coulter 2002: 33), damit die Erwünschtheit Entscheidungen treffen zu müssen nicht zur (zusätzlichen) Belastung für PatientInnen wird. “A requirement to make choices could place an additional and unwanted burden on people who are sick, possibly with harmful results” (Coulter 2002: 34).

Einigermaßen gesichert scheint die Annahme, dass Faktoren wie Alter und soziale Klassenzugehörigkeit Einfluss auf die PatientInnenpräferenz hinsichtlich des Behandlungsstils haben. Demnach werden paternalistische Behandlungsstile „vorwiegend von Älteren und von Menschen mit geringerem Bildungsstand gewünscht [...], während Jüngere und besser Gebildete das „moderne“ Alternativmodell bevorzugen“ (Alheit/Herzberg 2018: 260). Coulter erklärt dies damit, dass “older people are particularly likely to suffer from the presumption that they are incapable of taking decisions or unwilling to face choices about their medical care” (Coulter 2002: 33).

Siegrist beschreibt mit dem Begriff des „Sozialen Gradienten“ (Siegrist 2005: 286) eine Einflussgröße auf die Möglichkeitshorizonte, welche dem Akteur in der Krankenbehandlung zur Verfügung stehen. Bissell et al. (2004) stellen bei der Erforschung hinsichtlich einer mehr oder weniger gelungenen Integration des Behandlungsregimes von DiabetikerInnen in deren Alltag fest, dass diese Problematik allerdings kaum thematisiert wird und häufig als individuelle Präferenz bzw. Wahlentscheidung erscheint.

„In other words, respondents frequently drew attention to the profoundly unequal effects of structural or socio-economic inhibitors on diabetic integration as against individual preferences. Moreover, the impact of these concrete socio-economic factors (poverty, gendered roles, material disadvantage) was often articulated through the language of personal choice (and non-choice)“ (Bissell et al. 2004: 859).

Mit Bourdieu kann man auch hier auf die enge Verbundenheit von Sozialität und Biologie verweisen. Diese kann dazu führen, dass eine von sozialen Strukturen mitproduzierte Regelmäßigkeit im Handeln, zum Beispiel hinsichtlich der Präferenz bei der »Auswahl« spezifischer Behandlungsstile, von den AkteurInnen mit der subjektiv-substantialistischen Qualität des einzelnen Individuums erklärt werden und nicht z.B. als Ergebnis latent wirkender Herrschaftsverhältnisse, was das Verfügenkönnen über unterschiedliche und als unterschiedlich wertvoll erachtete Kapitalstrukturen beinhaltet.

Darüber hinaus spielen auch Verlauf, Art und Schweregrad von Erkrankungen eine wichtige Rolle bei der Anwendung und Präferenz spezifischer Behandlungsstile. „Patients with life-threatening illnesses, such as cancer, may be less willing to accept shared responsibility than those with less serious conditions“ (Coulter 2002: 38).

Abschließend werden noch einige Ergebnisse zur Perspektive der PatientInnen etwas ausführlicher vorgestellt und damit zu der Frage Stellung genommen, was diesen bei der Krankenbehandlung als besonders wichtig erscheint. Gerteis et al. (1993) arbeiten in einer qualitativen Studie, die sich mit der Sicht von KrankenhauspatientInnen beschäftigt, sieben Merkmale heraus, die sie unter den Kategorien „Respect for patients‘ values, preferences, and expressed needs [...] Coordination and integration of care [...] Information, communication, and education [...] Physical comfort [...] Emotional support [...] Involvement of family and friends [...] Transition and continuity“ (ebd., zit. nach Coulter 2002: 10), zusammenfassen. Hier lassen sich Übereinstimmungen mit partnerschaftlichen Konzepten finden, wenn von Eingebundenheit, Respekt für die PatientInnenperspektive und einer guten Informationsbasis die Rede ist. Aber auch existenzielle Bedürfnisse, welche mehr die Gefühlsebene betreffen, wie Komfort und emotionale Unterstützung sind als mehr »leibgebundene« Kategorien hervorzuheben. In diese Kategorien-Gruppe könnte man auch die empfundene Wichtigkeit von Empathie einordnen, die Bayne et al. (2013) herausstreichen. „Empathy, has been identified as a determining factor of relationship strength and satisfaction“ (ebd.: 209). Als Handlungsempfehlung wird der Vorteil „of using empathy within the medical setting“ (ebd., Herv. ART) formuliert. Empathie erscheint damit als etwas, dass man bewusst einsetzen und aktivieren kann und was zusammenhängt mit dem Vorliegen oder nicht-Vorliegen von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, welche die Einsetzung von Empathie wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich machen und als Fähigkeit, welche prinzipiell der wissenschaftlichen Messung zugänglich ist. Dies äußert sich darin, wenn die AutorInnen die Unterscheidung zwischen eines mehr oder weniger »hohen Empathie-Niveaus« einführen.

„Provided that the physician possesses some or all of the personal characteristics identified as facilitating empathy, and internal or external barriers do not limit his/her ability to be empathic, a primary level of empathy may be achieved. Although not “genuine empathy,” this initial level may include such items as attention to the patient’s level of comfort, practicing timeliness with visits, or sitting down with patients rather than standing“ (ebd.: 213).

Hier kommt auch der in der Forschung zum ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis häufig anzutreffende Anspruch zum Vorschein, konkrete Steuerungsmöglichkeiten für die Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zur Verfügung zu stellen, die dann sozusagen werkzeugmäßig eingesetzt werden können (vgl. Lachmund 1987: 362, s.o.).

In diesem Zusammenhang sei eine Studie im Bereich der klinischen Ethik erwähnt, die sich mit der Frage des „professional caring“ (Agledahl et al. 2011: 650) auseinandersetzt und der Beobachtung: „Lack of respect and empathy are among the most common complaints made by patients“ (ebd.). Die AutorInnen stellen fest, dass sich die MedizinerInnen vor allem mit der Gesundheit und den (bio-)medizinischen Aspekten der Behandlung beschäftigten und der Frage, wie ihr somato-medizinisches Wissen bei der Behandlung hilfreich sein kann. Diese Dimension überlagert andere, für die Patienten wichtige, Aspekte der Konsultationen, die die AutorInnen mit „existential elements“ (ebd.) oder „existential concerns“ (ebd.) beschreiben. Gleichzeitig wurden die PatientInnen „with courteousness“ (ebd.) behandelt, „displaying a polite and friendly attitude and emphasising the relationship between them“ (ebd.). Anhand der Begrifflichkeiten „medical concern, courteousness and existential care“ (ebd.: 651) wird auf eine Diskrepanz zwischen der Behandlung der PatientInnen als medizinische Objekte und der ausreichenden und tatsächlichen Berücksichtigung der Perspektive der PatientInnen verwiesen also dessen, was mit „existential care“ (ebd.) bezeichnet wird.

„The patients frequently spoke of their personal feelings for example, describing how they had experienced the current event and how it had affected their lives, but this was rarely addressed or pursued by the doctors, who instead directed the focus away from personal meanings onto medical facts“ (ebd.).

Spannend ist dabei, wie die Diskrepanz durch ein Verhalten, dass mit „courteousness“ (ebd.) angesprochen ist, vermittelt wird.

“Nevertheless, most related to their patients as more than mere objects, but the doctors interacted with their patients as human beings in a trivial manner. We have used the term courteousness to describe how the doctors often displayed a friendly attitude, kept a good tone and emphasised the social relationship with patients. By courteousness we refer to a

display of general respect for the patient as a fellow human being, but it is not to be taken as any deeper concern for the life of the patient” (ebd.: 651).

Hier kommen die Schwerpunkte meiner Ausführungen deutlich zum Tragen: Erstens die grundlegende Orientierung an professionellen Wissensbeständen unter Ausschluss der Laienperspektive. Und zweitens das Vorhandensein von Phänomenen, die der bewussten Reflexion und Beschreibung nur eingeschränkt zugänglich sind (existential care) und welche hier von den Health Care Professionals mittels einer Art »aufgesetzten Höflichkeit« „through social contact, polite behaviour and friendliness“ (Agledahl et al. 2011: 653) zu bearbeiten versucht werden. Diese Versuche scheitern jedoch, da sie nicht auf die Gefühlsebene der PatientInnen durchschlagen können und wollen. „When personal concerns were overlooked, the doctors’ friendliness often seemed to make their patients puzzled and unable to voice any protest“ (Agledahl et al. 2011: 653). Das unter-Kontrolle-Bringen der Patientenperspektive kann gelingen. Es besteht jedoch vornehmlich darin, diese grundlegend zu missachten aber gleichzeitig ein Verhalten an den Tag zu legen, welches möglichst wenig Angriffsfläche für PatientInnen bietet, dieses (Fehl-)Verhalten zu thematisieren oder sich demgegenüber sogar kritisch oder negativ zu äußern. Dies führt die AutorInnen dazu, die normativ-ethische Dimension des Verhältnisses zu betonen.

“At the core of the conception of morality and human dignity is the idea that individuals are not reducible to objects, but intrinsically valuable. While most patients probably allow for this objectification, those with conditions that fundamentally affect their personal lives may be particularly vulnerable” (Agledahl et al. 2011: 653).⁶

Abschließend soll das Merkmal des Vertrauens Erwähnung finden, als weiteres zentrales Kriterium, das den Ausschlag für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung bildet. Auch dieses Konzept betrifft bis zu einem gewissen Grade die Gefühls- und Körperebene. „However, a shift has been noted from taken-for-granted and embodied trust based on notions of the expertise and authority of the medical profession, with a greater emphasis on conditional and negotiated“ (Morgan 2018: 93). Strichen Agledahl et al. bei ihrem Befund der unzureichenden existential care die Wichtigkeit der Gefühlskomponente heraus, verschiebt sich dies hinsichtlich des Vertrauensbegriffs in die entgegengesetzte Richtung. Zwar scheint auch im Zitat von Morgan die körperliche Dimension als „embodied trust“ auf, diese verschiebt sich jedoch weg von einem bedingungslosen und als selbstverständlich entgegengebrachtes Vertrauen in die Profession hin zu einem ausgehandelten

⁶ Die Spannung zwischen der Notwendigkeit der Behandlung des Patientenkörpers als medizinischem Objekt und der ganzheitlichen Wahrnehmung der PatientInnen als Person, wurde auch in den Interviews thematisiert und wird bei der Vorstellung der Spannungslinie zwischen bewusster Regelbefolgung vs. strategischem Agieren im Feld auch im vorliegenden empirischen Befund zum Tragen kommen.

Vertrauensverhältnis, welches auf eine bewusst-rationalere Basis gestellt ist. Dieser Punkt wird später vom Internisten intensiv behandelt.

Insgesamt verdichten sich die Hinweise, dass die Akteure im Untersuchungsfeld mit neuen Erwartungen konfrontiert sind, bei denen sowohl bewusstere als auch mehr leibgebundene Elemente von Bedeutung sind und mit denen sie, im (Be-)Handlungsvollzug konfrontiert, umgehen müssen.

5.7 PatientInnen

Was die Position der PatientInnen innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses betrifft, herrscht eine „verwirrende Vielfalt von Begriffen“ (Wildner et al. 2002: 109), die nicht zuletzt in einem Verhaftetsein vieler dieser Begriffe, innerhalb der ökonomischen Logik begründet liegen. So begegnet man „Verbrauchern bzw. Kunden, Konsumenten, Klienten oder Nutzern, Bürgern, Versicherten und Patienten“ (ebd.) oftmals ohne dass das Verhältnis der Begriffe zueinander näher bestimmt wird. Wildner et al. beispielsweise interpretieren diese Vielfalt als Rollenkonflikte, mit dem Hinweis, dass sich „der kranke Mensch“ (2002: 110) nicht unbedingt gemäß des ökonomischen Paradigmas verhalten wird. Die Frage ist dann, „welche dieser Rollen jeweils dominiert“ (ebd.) und dies variiere in Abhängigkeit davon, wie Akteure in der konkreten Situationen adressiert werden, „als Nutzer des Gesundheitswesens, als Bürger oder als Versicherte“ (ebd.: 109). Trotz der besonderen Situation der PatientInnen, „welche sich häufig von den durchschnittlichen Lebenslagen der Bürger oder Versicherten unterscheidet“ (ebd.: 110), wird die Veränderung des Patienten „in einen rationalen, aktiven Verbraucher mit Wahlmöglichkeiten [...] gleichzeitig gewünscht und gefürchtet“ (Wildner et al. 2002: 110). Einerseits wird die Besonderheit der Patientenrolle hervorgehoben, wenn betont wird, dass diese nicht in den eher aus ökonomischen Logiken entspringenden Kunden-Rollen aufgehen kann. Andererseits und gleichzeitig, stellen die AutorInnen ebenjenen Wandel hin zur ökonomisch-rationaleren Rolle als »aktiver Verbraucher« fest, die sie gerade noch als problematisch abgelehnt haben. Dies erscheint widersprüchlich, zumindest analytisch nicht trennscharf. Vor allem aber kann man so die hier vorgestellten Wandlungen und Beharrungstendenzen nicht fassen, handelt es sich doch, wie wir gesehen haben, nicht um einen Wandel „der Rolle“ Patient, sondern um eine Gleichzeitigkeit verschiedener Verhaltenserwartungen, die im praktischen Handlungsvollzug auftreten und nebeneinander existieren. So müsste man vielmehr die Existenz unterschiedlicher Patientenrollen konstatieren. Aber auch das wäre nicht zielführend. So lassen sich Merkmale finden, die sich mehr oder weniger stark ausgeprägt, durch alle Patiententypen ziehen, wie z.B. das Angewiesensein auf medizinische

Versorgung. Aber auch die organisatorischen Leitentscheidungen im Gesundheitsbereich orientieren sich zu großen Teilen am Unterschied zwischen Health Care Professionals und PatientInnen und sind folglich auf ein mehr oder weniger einheitliches Patientenverständnis angewiesen.

Einen Ansatzpunkt, um sowohl diese Gemeinsamkeiten als auch die unterschiedlichen Ausprägungen der PatientInnenrolle fassen zu können, bietet das Interpretative Paradigma (vgl. Keller 2012). Hier erscheint Rollenhandeln im Unterschied zu Parsons Anlage nicht mehr „als Regelbefolgung“ (ebd.: 105). Der Fokus wird verschoben auf die Frage der Art und Weise der Rollenübernahme und damit ihrer Aneignung und Ausgestaltung durch die konkreten AkteurInnen. Mit diesem Fokus auf das »role making« (vgl. ebd.) rücken die AkteurInnen und ihre aktive Tätigkeit in den Fokus ohne dass dieses Tun als von objektiven Strukturen unabhängig erscheint und behauptet wird der einzelne Akteur könne diese beliebig verändern.

Aufgrund der Mannigfaltigkeit und Unvorhersehbarkeit sozialer Situationen, aber auch der Gestaltungsautonomie der Einzelnen wird die Struktur im Handlungsvollzug immer leicht abgewandelt angewandt. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit zur Rollendistanz, „d. h. zur deutlich sichtbaren Handhabung und Distanzierung von Elementen des Rollenhandelns, bspw. durch „ironische Brechungen“, in denen das gerade vollzogene Handeln kommentiert und relativiert wird“ (Keller 2012: 106). Da sich Strukturen in unsere Körper als „Systeme dauerhafter Dispositionen“ (Bourdieu 1976: 165) einprägen, ist Rollenhandeln jedoch nicht mit bewussten Prozessen vollständig abbildbar und die Rollendistanz kann nur bis zu gewissen Graden erfolgreich sein.

„Zu Rollen gehören eben nicht nur bestimmte Handlungen, sondern auch das entsprechende Gefühl und die innere Verfassung. Ein Professor, der weise auf dem Katheder sein soll, fühlt sich allmählich auch weise. Der Prediger auf der Kanzel glaubt schließlich an das, was er sagt. Der Soldat entdeckt kriegerische Gefühle in seiner Brust, wenn er die Uniform anzieht. Gefühl und Einstellung mögen zwar allemal schon vorhanden sein, bevor die Rolle angelegt wurde. Aber unbedingt verstärkt sie, was vorher da war. [...] Entscheidend bei unserem Beispiel ist, daß einem solchen Vorgang kaum jemals ein Entschluß oder eine Überlegung zugrunde liegt. [...] Gerade in der Unreflektiertheit und Unbewußtheit des Prozesses liegt ja seine Kraft“ (Berger 1971, S. 108 f., zit. nach Keller 2012: 106).

Für die Patientenrolle kann dies bedeuten, den Fokus auf die Art und Weise der konkreten Ausgestaltung zu legen, die die Konstruktionsleistung der Rollenträger würdigt, weil sie „auf die handlungspraktischen Aspekte und die Perspektivendivergenz in der Begegnung von Arzt und Patient“ (Begenau et al. 2010: 16) fokussiert ohne dass der Begriff des Patienten

und damit die Besonderheiten der von Parsons beschriebenen Rolle aufgegeben werden muss. Die Position des Erkrankten kann anerkannt werden ohne dass diese ausschließlich auf die Unterstellung von Hilflosigkeit und passiver Regelbefolgung ärztlicher Anweisungen verweist. Darüber hinaus erscheinen die Akteure als aktive Konstrukteure der Wirklichkeit, die sich mit den an sie herangetragenen Erwartungen kreativ auseinandersetzen und sowohl zu deren Persistenz als auch Wandlungsprozessen beitragen. Dasselbe Verständnis gilt für diejenigen AkteurInnen, welche die Arztposition besetzen. Auch sie erscheinen als KonstrukteurInnen und TrägerInnen der Behandlungssituationen.

Damit wird nicht mehr der Wandel »der Rolle Patient« unterstellt, sondern die Perspektive auf die regelmäßige Art und Weise der Ausgestaltung dieser Rolle gerichtet und so der Begriff des Patienten-Typus eingeführt, der die Arten und Weisen des role making und role taking in idealtypischer Weise der wissenschaftlichen Diskussion zugänglich macht. Fülöp Scheibler zum Beispiel, stellt fünf solcher Idealtypen vor, die er mit Hilfe eines „kontrastierenden Fallvergleichs“ (ebd. 2004: 74) gewonnen hat: „der »blinde« Compliance-Typ, der »informationsgebundene« Compliance-Typ [...], der Kotherapie-Typ [...], der »alternativenorientierte« Kotherapie-Typ und der Noncompliance-Typ“ (ebd.). Auch Meinzer (2019) benennt als Ergebnis seiner Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung unter der Einbeziehung „gesundheitsbezogener Online-Angebote“ (3) fünf Patiententypen, „die empirisch identifiziert wurden und deren Beziehungskonstruktionen sich unterscheiden: die Unbedarften, die Expertenorientierten, die Eingeschränkt Interessierten, die Souveränen sowie die Wissensdurstigen“ (Meinzer 2019: 303).

Als Abschluss meiner empirischen Auswertung werde auch ich Patiententypen herausarbeiten, und diskutieren. Da mein Fokus nicht auf der unmittelbaren Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnis liegt, sondern die von den ExpertInnen vorgenommene Typisierung herausgearbeitet wird, werde ich lediglich auf vier bereits umfassend in der Forschung diskutierte und in den Interviews aktualisierte Typen abstellen: Die informierte Patientin, die Patientin als Hilfesuchende, die Patientin als Ressource und die Patientin als Expertin. Da diese Begriffe, je nach Untersuchung, zwar sehr verschieden konnotiert sein können, ich sie vorliegend jedoch eng am empirischen Material *und* in Auseinandersetzung mit der Literatur entwickeln werde, soll darin nicht zuletzt ein Beitrag liegen der „babylonischen Sprachverwirrung“ (Scheibler 2004: 49) nicht weiter Vorschub zu leisten.

Diese Typen können dann, weil aus dem ExpertInnen-Diskurs entsprungen, auch als im Feld legitim erachtete Subjektpositionen bezeichnet werden. Dazu wird ein Typenbegriff in Foucaultscher Tradition verwendet, um die Möglichkeiten der (leiblichen und tatsächlichen) Aneignung von Rollenmustern als Subjektivierungsweisen mitabzubilden.

„Subjektivierung meint den doppelten Prozess der diskursiven Erzeugung von Subjektpositionen und den tatsächlichen Subjektivierungsweisen [...], Letztere verstanden als die Aneignung von und Auseinandersetzung mit Rollen-, Identitäts- und Lebensführungsmodellen, die in Subjektpositionen konstituiert werden“ (Bosančić 2014: 91).

Mit der Annahme von (objektiv bestehenden) Subjektposition, mit welchen sich PatientInnen (aber auch ÄrztInnen) in der Praxis auseinandersetzen müssen, lässt sich gut anschließen, an Bourdieus Feldkonzept, wenn er dieses versteht „als ein Netz oder eine Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 127). Es existieren in der Struktur abgelegte Positionen, welche von den Akteuren besetzt werden können/müssen und welche, je nach Ressourcenausstattung, mit mehr oder weniger Machtpotentialen einhergehen. Im ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis steht sich der Professionsangehörige, welcher sich durch einen hohen Grad an Institutionalisierung seiner Position auszeichnet, seiner PatientInnenschaft gegenüber, die sich grundsätzlich aus allen Bevölkerungsschichten rekrutiert und sehr viel geringere Institutionalisierungsgrade aufweist, da sie eben nicht über Elemente verfügt, wie eines einheitlichen Ausbildungscurriculums, eines (als legitim anerkannten) Spezialwissens, eines gruppenspezifischen Ehrenkodex oder des Privilegs nur aufgrund der Einnahme der Position spezifische Tätigkeiten ausführen zu dürfen. Daher kann es ergiebig sein, die im Expertendiskurs verhandelten Einschätzungen möglicher, weil von ihnen als (legitim) existierend anerkannter Subjektpositionen und mit diesen verbundenen Verhaltenserwartungen und –zwängen, an die PatientInnen zu eruieren, um so Anhaltspunkte zu generieren, wie sich Autonomieräume auf Patientenseite in Auseinandersetzung von talk und action »tatsächlich« gestalten (lassen).

B: VERÄNDERUNGEN DES ÄRZTIN-PATIENTIN-VERHÄLTNISSES AUS DER PERSPEKTIVE ÖSTERREICHISCHER EXPERTINNEN

Die Vielfalt der herausgearbeiteten Befunde zur Einschätzung des Wandels des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses, wirft Fragen auf. Aus meiner Sicht vor allem – und daraus ergibt sich das primäre Ziel meiner Forschung –, ob und wie die in der wissenschaftlichen Literatur aufgefundenen Momente von Wandel und Konstanz bezüglich des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses von ExpertInnen in der Praxis der Krankenbehandlung erlebt werden und wie mit diesen umgegangen wird.

Ein weiteres Ziel der Befragung von ExpertInnen des österreichischen Gesundheitssystems und mit diesem verbundenen Bereichen lag darin, eine Hilfestellung zu erhalten, hinsichtlich der Orientierung innerhalb eines kaum zu überblickenden Forschungsfelds und in der Rückkopplung der Ergebnisse der Befragung an die aufgefundene Literatur, Hinweise für die Schwerpunktsetzung der eigenen (künftigen) Arbeit(en) zu erhalten.

In diesem Zusammenhang wurde gefragt, wie eine wünschenswerte oder gelungene Arzt-Patient-Beziehung aussehen kann und wie die Rolle von PatientInnen eingeschätzt wird und ob auch hierauf bezogen Veränderungen und Beharrungstendenzen empfunden werden. Darüber hinaus war für mich von Interesse was die ExpertInnen als Ursachen für diese Tendenzen identifizieren, bzw. welche Faktoren in ihren Augen als hemmende oder perpetuierende Momente auftreten. Oftmals war es ergiebig und interessant – und wenn dies in der jeweiligen Gesprächssituation als passend empfunden wurde –, in der Literaturrecherche aufgefundene bereits formulierte Thesen hinsichtlich des Verhältnisses der ÄrztInnen zu ihren PatientInnen zur Diskussion zu stellen und die Einschätzung aus ExpertInnensicht zu erfahren.

Diese und andere Fragen wurden nicht standardisiert abgefragt sondern flexibel an den tatsächlichen Gesprächsverlauf angepasst und gegebenenfalls abgewandelt. Im Vordergrund standen immer die Einschätzungen der jeweiligen ExpertIn selbst, welche durch eine offen gehaltene Einstiegsfrage die Strukturierung und Schwerpunktsetzung der Interviews vornahm. Die im Interview-Leitfaden abgelegten Fragen, dienten eher als Nachfragen und wurden von mir als Instrumente verstanden, die Gesprächssituation fokussiert zu strukturieren, nicht aber zu determinieren was, – worauf nachfolgend noch genauer einzugehen ist –, auch gar nicht möglich wäre. Wie bereits erwähnt, kann mit dieser Studie keine Eindeutigkeit der Befunde erzielt werden. Im Gegenteil wird gezeigt werden, wie sich die in der Literatur aufgefundene Vielfalt auch in der von mir durchgeführten Studie widerspiegelt.

6. METHODOLOGIE

6.1 Die leitfadengestützte ExpertInnenbefragung

Der methodische Zugang zu den interessierenden Wissensbeständen wurde mit einer leitfadengestützten ExpertInnenbefragung (vgl. Kaiser 2014: 51ff.) gelegt. Als InhaberInnen von Spezialwissen und aufgrund der Besetzung herausgehobener Positionen (vgl. Bogner 2014: 13) in ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern, wird von ExpertInnen erwartet, dass „ihre

Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren“ (Bogner et al 2014: 13) und damit in besonderer Weise praxiswirksam werden. So sollen an die Handlungspraxis gekoppelte Spezial- und Erfahrungswissensbestände sichtbar gemacht werden, die gleichzeitig wiederum auf die jeweilige Handlungspraxis im Feld zurückwirken und diese mitprägen. Ein direkter Zugriff auf das Arzt-Patienten-Verhältnis kann damit nicht einhergehen. Es handelt sich vielmehr darum, unterschiedliche wissenschaftlich-professionelle Perspektiven auf das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und ihren PatientInnen sichtbar zu machen (vgl. Ronge-Toloraya 2021: 2) und gleichzeitig Orientierungspunkte zu setzen im umfangreichen Diskurs zu dieser Thematik.

6.2 Feldzugang und Wahl der ExpertInnen

Der Zugang zum Feld gestaltet sich beim ExpertInneninterview schwierig (vgl. Bogner et al. 2014: 34). Das Hauptauswahlkriterium der Informantinnen nach Besetzung hoher Positionen kombiniert mit der Verfügung über thematisch relevantes Spezialwissen, stellt eine Herausforderung dar und kann von AkteurInnen, welche eine eigene Expertenstellung im Feld besetzen, auf Basis dieser Position agieren und das Untersuchungsfeld gut zu überschauen vermögen, besser geleistet werden, als vom feldfremden Forschenden. Der Feldzugang fand daher im Rahmen eines zweiteiligen Publikationsprojektes im Rahmen des Sammelbands „Nach 1945 Medizin in Wien – Kontinuitäten und Brüche im Kontext internationaler Veränderungsprozesse“, herausgegeben von Wolfgang Schütz, Felicitas Seebacher, Hans-Georg Hofer und Brigit Nemeč statt, in dem Ausschnitte der hier vorgestellten Ergebnisse veröffentlicht werden (Erscheinungsdatum vsl. November 2021). Im Zuge dieses Projekts wurde ein für alle potentielle InformantInnen identisches Einladungs-Email ausgearbeitet, in welchem explizit auf den Sammelbandbeitrag Bezug genommen und die Thematik vorgestellt wurde und welches anschließend im Namen des gesamten AutorInnen-Teams – bestehend aus Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka und Priv. Doz. Dr. Karl Krajic (für den ersten Teil) und mir (für den zweiten Teil und Masterarbeit) –, ausgesendet wurde. Die Auswahl der ExpertInnen fand in gemeinsamer Abstimmung statt und gründete sich vor allem auf der Feldkenntnis der Mit-AutorInnen, welche selbst ExpertInnen-Positionen im Gesundheitsbereich besetzen. Damit kam der Feldzugang für diese Arbeit durch eine Gate-Keeper-Konstruktion zu Stande. Wird die Einladung aus dem Kollegium versandt und ist diese darüber hinaus mit einem Publikationsprojekt verknüpft, wird die Annahme der Einladung wahrscheinlicher. So stimmten 10 der insgesamt 16 angeschriebenen Personen

einem Interview-Termin zu. Bereits im Einladungsschreiben wurde betont, dass die erhobenen Daten vertraulich und anonymisiert behandelt und dargestellt werden. Da schon eine wenig detailreiche Beschreibung der Positionen diese Zusicherung gefährden könnte, werden die Informantinnen bei der Darstellung der Ergebnisse lediglich nach ihrer disziplinären Zugehörigkeit differenziert. Auf eine detailliertere Beschreibung der von ihnen besetzten Positionierung muss verzichtet werden. Einige der ExpertInnen verfügen über eine Mehrfachzugehörigkeit zu verschiedenen Disziplinen. War dies der Fall, wurde die aus meiner Sicht – und wenn möglich im Rückgriff auf in den Interviews vorgenommene Selbstbeschreibungen –, als »primär« erscheinende Disziplinenzugehörigkeit gewählt.

Die InformantInnen setzen sich sowohl aus medizinischen FunktionsträgerInnen (Innere Medizin, Psychiatrie, Geriatrie und Labormedizin) zusammen, als auch aus ExpertInnen anderer, aber eng mit dem medizinischen Bereich verknüpfter Bereiche (Gesundheitsökonomie, Technik, Pflegewissenschaft, Politikwissenschaft, Medizingeschichte, Psychologie) (vgl. Ronge-Toloraya 2021: 2). Neun Interviews wurden trotz Pandemie-Bedingungen, unter hohen Sicherheitsvorkehrungen, persönlich geführt. Eines fand via Telefon statt. Ein Informant fokussierte primär auf die historische Entwicklungsperspektive und so finden sich von ihm keine wörtlichen Zitate (Psychologie). Nach Durchführung wurden die Interviews wörtlich transkribiert. Eine Sprachglättung fand im letzten Schritt für die Ergebnispräsentation statt. Das kürzeste Interview dauerte ca. 20 Minuten, das längste ca. zwei Stunden und der Großteil der Gespräche spielte sich in einem Zeitfenster zwischen ca. einer halben und einer Stunde ab.

6.3 Forschungsdesign

Da die ExpertInnen gewohnt sind, auf Basis von empirisch gesicherten Grundlagen zu kommunizieren (vgl. Ronge-Toloraya 2021: 2), zugleich aber auch ihre individuellen und praxisgebundenen Erfahrungen einbringen, kamen bei Durchführung der Interviews und vor allem bei der Analyse des empirischen Materials sowohl Elemente einer inhaltsanalytischen Auswertung nach Udo Kuckartz, als auch der pragmatisch inspirierten Variante der Grounded Theory (vgl. Strübing 2014: 4) nach Anselm Strauss (vgl. Strauss/Corbin 1990) zum Tragen, wenn es sich einerseits darum handelte, ein bereits in der Forschung existierendes Kategoriensystem zu entdecken und andererseits darum, sich durch die bewusst offen gestaltete Befragung und Analyse von Neuem überraschen zu lassen. Zur Offenheit des Ansatzes zählte auch, durch eine möglichst breite Eingangsfrage, den ExpertInnen selbst die Möglichkeit zu geben, die grundlegende Strukturierung des Gesprächs, sowie ihr je eigenes Verständnis des Arzt-Patient-Verhältnisses darzulegen.

Insgesamt ist der Schwerpunkt eher dem Grounded Theory-Ansatz zuzuordnen, obgleich auf die von Udo Kuckartz herausgearbeiteten Überschneidungen mit inhaltsanalytischen Ansätzen, vor allem hinsichtlich des Vorgehens beim Kodieren bzw. des Bildens von Kategorien (vgl. Kuckartz 2018: 6ff.) hingewiesen wird. Darüber hinaus existieren unterschiedliche Varianten inhaltsanalytischer Forschungsdesigns unter welchen der Ansatz von Kuckartz jedenfalls als stark vom formell strengeren Ansatz nach Mayring (vgl. Mayring 2015) abweichend erscheint.

„The conceptual design of the qualitative content analysis by Udo Kuckartz (2012, 2014) is a similar approach, still, from my point of view, its use of methodological strengths is weak. Due to its rule-based and systematic nature and also because of its origin in the communication sciences, the qualitative content analysis is actually designed for larger amounts of text“ (Mayring 2019: 7).

Da auch ich im Vergleich kleinere Datenmengen bearbeitet habe, war der Auswertungsprozess mit dem Erstellen dessen, was inhaltsanalytisch als „Codierleitfaden“ (Kuckartz 2018: 40) benannt werden kann, bereits beendet. Im Sinne eines „Theoretical Sampling“ (vgl. Strübing 2014: 29) habe ich die Auswahl der Fälle und zu analysierenden Daten nicht mit Hilfe eines „Auswahlplan[s] organisiert [...], der vorab festgelegt und von gegenstandsunspezifischen (z. B. methodologischen) Regeln bestimmt wurde“ (Strübing 2014: 29), sondern es wurde eine begründete Auswahl getroffen ohne Anspruch, weder einer möglichst vollständigen Abbildung aller zum Thema existierenden Wissensinhalte noch aller hier empirisch erhobenen Daten. Dies beinhaltet auch, dass der Forschungsprozess von mir nicht als mehr oder weniger strenger Ablauf einzelner Phasen verstanden wurde, sondern von der „funktionale[n] Abhängigkeit der Prozesse von Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung (Strübing 2014: 11) und folglich von der Gleichzeitigkeit des Erhebungs- und Analyseprozesses ausgegangen wurde.

Konkret habe ich von der Inhaltsanalyse die Annahme eines bereits „existierenden Kategoriensystemen“ (Strübing 2014: 16) übernommen, das es zu entdecken galt, sowie dem hier verfolgten Anspruch gerecht zu werden, weniger die Bildung neuer Theorien zu betreiben, als eher eine zusammenfassende Darstellung eines mehr oder weniger umfangreichen, widersprüchlichen und damit komplexen Materials zu ermöglichen (vgl. Kuckartz 2018: 82). Von der Grounded Theory habe ich das Prinzip des offenen Kodierens (vgl. Strübing 2014: 19ff.) übernommen, um so der Gefahr entgegenzuwirken, lediglich „»fremde« Konzepte oberflächlich an die Daten heranzutragen, diese also nur als Illustrationen schon »gewusster« Konzepte zu benutzen“ (Strübing 2014: 17). Für diesen Zweck habe ich mich sehr nahe am Material gehalten und bei der ersten Phase den Fokus

vor allem auf die Auffindung „natürliche[r] Kategorien (In-vivo-Codes)“ (Kuckartz 2018: 35) gelegt, also „Begriffe[n], die von den Handelnden im Feld selbst verwendet werden“ (ebd.). Diese Codes wurden von Anfang an miteinander verglichen, zusammengefasst und geordnet und anschließend zu Kategorien höherer „Abstraktionsebene“ (Kuckartz 2018: 81) zusammengefügt. Aufgrund einer sich abzeichnenden Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Konzepte – wie sie auch bereits in der Literatur zu finden war – habe ich mich entschieden, die Leitunterscheidungen anhand eines von den InformantInnen häufig selbst gewählten Begriffs des „Spannungsfelds“ zu ordnen. Da ich bei der Analyse jedoch mit dem Feldbegriff Bourdieus (vgl. Bourdieu 1993b) operiere und ich damit von der Annahme eines mehr oder weniger konsistenten „medizinischen Feldes“, ausgestattet mit einer eigenen Feldlogik, ausgehen muss, ist der Begriff der Spannungsfelder hier nicht unbedingt zu bevorzugen. Gleichzeitig kann man die Betrachtung der organisierten Krankenbehandlung aber auch unter der Annahme eines Aufeinandertreffens unterschiedlicher Feldlogiken begreifen, da wie gezeigt wurde, zunehmend verschiedene soziale Akteure auch aus anderen Feldern an der Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung beteiligt sind, was die mehr oder weniger eindeutige Feldbestimmung erschwert, welche damit eher zu einer analytischen Unterstellung wird. Da es sich vorliegend jedoch um die Untersuchung »des medizinischen Feldes« handeln soll, wird der Begriff der Spannungsfelder nachfolgend und im Unterschied zur Darstellung bei Ronge-Toloraya (2021) mit Spannungslinien überschrieben, um darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um Spannungen *innerhalb* des Felds der medizinischen Krankenbehandlung handelt.

6.4 Der Forscher als Co-Experte

Mit Ansätzen der Grounded Theory zu arbeiten, bedeutet anzuerkennen, „dass den als Ergebnis präsentierten Theorien ein sozialer Prozess vorausgegangen ist, in dem in praktischen Aushandlungen Entscheidungen getroffen wurden“ (Strübing 2014: 10). Damit muss auch die Unterstellung der Möglichkeit aufgegeben werden, vom Forschersubjekt unbeeinflusste Daten zu generieren. (vgl. ebd.: 12). Um dabei dem Vorwurf der Willkür vorzubeugen und um die Wichtigkeit und Limitationen der Einnahme der Position des „Co-Experten“ (Kaiser 2014: 54ff.) auf Seite des Forschenden, im Sinne einer „doing reflexivity“ (Bolam et al. 2003: 1) zu beleuchten, soll hier kurz auf die eigene Rolle im Feld und Institutionszugehörigkeit eingegangen werden.

Der Feldzugang fand, wie bereits erwähnt, nicht zuletzt auch über die Organisationszugehörigkeit Prof. Löffler-Stastkas zur Medizinischen Universität Wien statt. Auch ich gehöre nun seit knapp vier Jahren dieser Organisation an, zwei Jahre war ich im

Bereich der Durchführung klinischer Studien tätig und seit 2018 bin ich an der Unit für Postgraduelle Aus- und Weiterbildung angestellt. Durch diese Tätigkeiten bin ich im medizinischen Feld verhaftet, ohne jedoch direkt in die Krankenbehandlung involviert (gewesen) zu sein. Dies kann für die Befragung von Vorteil sein, da ich grundlegende Logiken verinnerlicht habe und damit der kommunikative Zugang zu den ExpertInnen eventuell erleichtert wurde; ist aber gleichzeitig auch mit der Gefahr verbunden, z.B. keine ausreichende wissenschaftliche Distanz zum Thema aufbauen zu können. Im hier angelegten Forschungsverständnis überwiegen jedoch die Vorteile, da die ForscherInnen als aktive Co-ProduzentInnen der Ergebnisse verstanden werden und sie damit als integraler Bestandteil der Datengenerierung anerkannt werden. Dass beim ExpertInnengespräch eine Art Co-ExpertInnen-Rolle eingenommen werden muss, bedeutet auch, dass für die Vorbereitung auf die Interviews vorab eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit der Forschungsliteratur stattfinden musste, um eine gelungene Selbstpositionierung zu erreichen, was letztlich bedeutet von den InformantInnen als Co-Experte erkannt und anerkannt zu werden. Dass dies tatsächlich oder in hohem Maße gelungen ist, ist dabei zu bezweifeln, da ich – trotz hohen organisatorischen Rückhalts –, selbst eine als eher weniger relevant wahrgenommene Position einnehme und somit schon von vornherein damit rechnen musste, dass die ExpertInnen mich nicht als Co-Experten wahrnehmen werden.

Dies ist jedoch hinzunehmen, führt man sich vor Augen, dass ich ohne die Entsendung durch das gesamte Forscher-Team im Rahmen des übergeordneten Projektes, als »Vertreter einer ExpertInnen-Struktur«, mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Zugang zu InhaberInnen herausgehobener Positionen erhalten hätte. Trotz der starken Gesprächsasymmetrie wurde ich freundlich und respektvoll empfangen und traf auf ein hohes Maß an Auskunftsbereitschaft und Entgegenkommen.

Da auch in diesem Zusammenhang verinnerlichte Wissensbestände relevant werden und damit die eigene leibliche Eingebundenheit in Feld und Forschung von Bedeutung sind, müssen in diesem Kontext die eigenen Gefühle z.B. der Anziehung, Abneigung und Irritationen ernstgenommen werden, was sowohl beim Führen der Interviews, als auch bei der Auswertung des Datenmaterials von Bedeutung ist, denn, wie bei allen Formen der Interaktion spielen auch bei den ExpertInnengesprächen leibgebundene und der bewussten Reflexion nur teilweise zugängliche Dimensionen wie Empathie und Vertrauen eine große Rolle. Dies spiegelt sich auch im Verständnis der Grounded Theory als „Kunstfertigkeit“ (Strübing 2014: 13) wider – wir sind an die vorgestellten Performativen Aspekte von Wissenschaft erinnert –, welche „im wissenschaftlichen Forschen [...] nicht nur wünschenswert, sondern notwendig und durch systematische Regelbefolgung nicht zu

substituieren“ (Strübing 2014: 13) ist. Dieses Thematisieren und Ernstnehmen der Beteiligung der subjektiven Forscherpersönlichkeit an der Datengenerierung ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass sich die erhobenen Daten durch meine Beteiligung in eine (ausschließlich) von mir gewünschte Richtung lenken lassen konnten, weder bei der Durchführung der Interviews noch bei der Datenauswertung. Vielmehr ist anzuerkennen, dass die intersubjektiv vorliegenden und zu untersuchenden (Forschungs-)Gegenstände nur in und durch die Handlungen der beteiligten Akteure bestehen und fortbestehen. So wäre es unredlich, in einer solchen Forschung eine außerhalb der Akteure bestehende, passiv vorliegende objektive Wirklichkeit zu unterstellen, die nur darauf wartet, entdeckt zu werden. Und dennoch sind die Ergebnisse nicht als Produkt des Forschersubjekts zu verstehen. Im Gegenteil: die in Auseinandersetzung mit AkteurInnen des Untersuchungsfelds erzeugten, gespeicherten und interpretierten Daten, stellen eine soziologische Konstruktion der Wirklichkeit dar, welche nicht auf die individuelle Leistung des daran beteiligten Einzelsubjekts des Forschenden rückführbar ist. Die erhobenen Daten emergieren *vor allem* aus der Expertise der InformantInnen, was eine hohe intersubjektive Nachvollziehbarkeit garantiert.

7. ERGEBNISSE DER EXPERTINNENBEFRAGUNG

7.1 Erklärungsansätze des Wandels

Zu Beginn soll auf die bei den Informantinnen zum Tragen gekommenen Erklärungsansätze hinsichtlich des Wandels des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses eingegangen werden. Diese argumentieren zusammengefasst mit Rückgriff auf „consumeristische“ Ansätze, mit Feststellung gesellschaftlicher Demokratisierungstendenzen, auf Basis der Annahme einer fortschreitenden Medikalisierung innerhalb der Gesellschaft und des Professionalisierungsaspekts der Ärzteschaft (vgl. Ronge-Toloraya 2021: 2).

„Also ein Thema, das mir auffällt ist Doktor Shopping“ (Internist).

„Ein weiterer Faktor ist für mich, dass in der Gesellschaft mehr und mehr das Gefühl herrscht, wir haben ein all inclusive Gesundheitssystem.“ (Pflegerwissenschaftler).

Die hier als „consumeristisch“ vorgestellte Haltung, zeitigt positive Auswirkungen auf die Wahl- und Entscheidungsfreiheit der PatientInnen, wird dabei aber als eng verknüpft gesehen mit der individuellen Ressourcenausstattung der PatientInnen.

„Je finanziell potenter die Menschen sind, umso eher hinterfragen sie auch kritisch was Arzt, Ärztin so von sich gibt und holen sich eine zweite oder dritte Meinung ein oder wechseln generell aus der Schulmedizin in alternative Methoden, weil sie sagen, also dort fühlen sie sich besser aufgehoben“ (Ges.Ökonom).

Bemerkenswert ist, dass bei diesem Wechsel nicht nur Bezug genommen wird auf den Arztwechsel innerhalb des Bereichs der im weitesten Sinne Wissenschafts-basierten Medizin selbst, also derjenige zu einem anderen Professionsvertreter, sondern außerdem zu alternativen Behandlungsangeboten. Grundsätzlich wird jedoch eine gute Ausstattung mit ökonomischem Kapital auch als Faktor gesehen, der ein partnerschaftliches Interagieren zwischen Arzt und Patient *innerhalb* der wissenschaftlichen Medizin ermöglicht und kommt unter anderem darin zum Ausdruck, dass zwischen kassenärztlicher und privater Krankenbehandlung unterschieden wird.

„Natürlich ist es ein Unterschied, ob jemand sozusagen zum privaten Arzt geht, dessen Honorar womöglich auch noch selbst bezahlt werden muss. Da sind die Chancen besser, auf Augenhöhe zu interagieren“ (Med.Historiker).

Sehr betont wird im Zuge dieser Entwicklungen darüber hinaus ein stark gestiegenes »Anspruchsdenken«, sowohl auf PatientInnen-Seite, als auch auf Seite der (jungen) ÄrztInnen; bei diesen vor allem in Bezug auf die Erlangung einer ausgewogenen Work-Live-Balance:

„Auf der einen Seite fordern auch jüngere Menschen rund um die Uhr alles. Das heißt man kann sich zu jeder Zeit Essen bestellen, man fordert längere Öffnungszeiten. Auf der anderen Seite sind immer weniger Leute bereit, auch zu ausgerissenen Zeiten zu arbeiten. Also diese Widersprüchlichkeit zeichnet unsere Gesellschaft aus“ (Ges.Ökonom).

Ähnlich wie hinsichtlich der Umsetzung partnerschaftlicher ÄrztIn-PatientIn-Modelle, scheint beim Gesundheitsökonom die Generationenzugehörigkeit als Erklärungsfaktor auf. Die unterstellte Anspruchshaltung ist dabei eng verknüpft mit einer Konsumlogik, unter welcher medizinische Dienstleistungen zu etwas werden, was man als „Klient“ (Psychiater) in Anspruch nimmt und zu der man als Kunde selbst nichts beitragen muss.

„Weil vermittelt wird sehr stark, wir haben das beste Gesundheitssystem und ich brauche nichts selbst dazu beitragen“ (Pflegerwissenschaftler).

Der konstatierte Einfluss von Demokratisierungstendenzen auf das Verhältnis von PatientInnen zu ihren ÄrztInnen wird in der folgenden Passage deutlich.

„Mitte des Zwanzigsten Jahrhunderts hat es meiner Einschätzung nach in diesem Erfolgsprozess weitere wesentliche Schritte gegeben, die zum Teil auch im Erleben und in der Bewertung von mir liegen, zumindest hinsichtlich der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, nach der Niederlage von Hitler-Deutschland und Japan. Das hat sich auch ideologisch verbunden mit Demokratievorstellungen und spezifischen demokratischen Verhältnissen, die vorher in der Form nicht existierten, verbunden mit dem wissenschaftlichen Aspekt, der sich entwickelt hat. (Psychiater).

„Naja ich würde sagen, dass die Menschen, mündiger sind“ (Pflegerwissenschaftler).

Mit der hier unterstellten Zunahme der »Mündigkeit« der Menschen wird allerdings nicht nur auf die Anspruchsdimension verwiesen, sondern zugleich die Verantwortungsdimension eingeführt, welche der Mensch, als mündiges Wesen, wahrzunehmen hat.

„Also wenn der Patient keine Verantwortung übernimmt, dann wird es nicht nachhaltig sein“ (Pflegerwissenschaftler).

„Das heißt, verbunden mit dem Anspruch auch der Vorsorgemedizin, bei der dem Patienten ein Stück weit Verantwortung zugemutet wird oder gefordert wird, dass diese erbracht wird“ (Psychiater).

„Das heißt dahingehend haben die Menschen schon massive Verantwortung“ (Pflegerwissenschaftler).

Dass die Notwendigkeit der Verantwortungsübernahme auch durchaus kritisch gesehen werden kann und eine übergeordnete gesellschaftliche Dimension aufweist, darauf deuten die Ausführungen der Politikwissenschaftlerin hin.

„Eine Bewegung, die Individuen zunehmend für sich selbst verantwortlich macht, auch gesundheitlich, im Sinne von: ernähren Sie sich gesund, treiben Sie Sport... Tun sie das nicht, haben sie sozusagen selbst versagt in Ihrer Sorge für sich selbst“ (Politikwissenschaftlerin).

„Es gibt eine Verschiebung weg vom Staat. Der Staat gibt Verantwortung auf die Individuen ab und die sollen sich sozusagen jetzt selbst um alles kümmern. Das, was mit dem Begriff des aktivierenden Staats beschrieben ist“ (Politikwissenschaftlerin).

„Wenn Sie sich schlecht ernähren und dann krank werden, haben Sie dem großen gesellschaftlichen Ganzen ein Übel zugefügt, und Ihre Verantwortung nicht übernommen, sich wie eine gute Bürgerin zu verhalten, weil Sie z.B. die Gesundheitskassen übermäßig belasten“ (Politikwissenschaftlerin).

Auf die Medikalisierung wird verwiesen, wenn Gesundheit als „Megatrend“ (Internist) erscheint. Die „enorme Professionalisierung“ (Politikwissenschaftlerin) verbindet sich mit diesem Trend und entfaltet Einfluss auf das Autoritätspotential der Ärztinnen.

„Und in dem Sinne lassen sich Einbußen an Autorität feststellen, was sozusagen unmittelbar und konkret die Ärztinnen angeht. Aber generell glaube ich, dass die Medizin als Gesamtes – und darunter fallen ja dann sozusagen auch (lacht) die Ärztinnen – enorm viel an Autorität gewonnen haben. Allein dadurch, dass Gesundheit zu diesem Wert geworden ist. Zu diesem unhinterfragten Wert, der ziemlich viel zusammenzuhalten scheint. Also allein dadurch, dass Gesundheit so wichtig geworden ist, hat, meiner Meinung nach, die gesamte ärztliche Profession enorm an Autorität gewonnen. Also nicht nur die ärztliche, sondern alles was in diesen Gesundheitsbereich hineinfällt“ (Politikwissenschaftlerin).

Hervorzuheben ist die im Zitat getroffene Entscheidung zwischen der individuellen Ärztin, welche an »unmittelbarer und konkreter« Autorität einbüßt und der Profession als Ganzem, die wiederum an (gesellschaftlichem) Einflusspotential gewinnt. Dieser Widerspruch zwischen dem Status von KollektivakteurInnen und individuellen ProfessionsvertreterInnen, könnte mit Morgan (2018) erklärt werden, wenn sie die Verschiebung der Vertrauens- und Autoritätsbasis in der konkreten Ärztin-Patientin-Beziehung weg von der “taken-for-granted

and embodied“ (Morgan 2018: 93) Autorität hin zu einer „conditional and negotiated“ (ebd.) Vertrauensbasis erkennt. Diese Verschiebung kommt auch beim Internisten zum Ausdruck. „Also ich glaube der große Trend geht sozusagen vom Paternalismus hin zu einer Vertragstheorie“ (Internist). Die Widersprüchlichkeit bezieht sich dann auf den Unterschied zwischen der Makroebene: das Einflusspotential steigt; und der Mikroebene: die Basis verschiebt sich weg vom Selbstverständlichen und wird dadurch brüchiger. Über die Annahme, dass Vertrauen eine wichtige Grundlage jeder Arzt-Patienten-Beziehung bildet, herrscht dabei große Einigkeit und erscheint beim Internisten sogar als das, was letztlich die Ebene des talk mit der Handlungsebene verbindet.

„Das Entscheidende in Beziehungen ist immer Vertrauen. Weil wenn sozusagen das Vertrauen nicht da ist, dann wird daraus sofort eine Scheinbeziehung. Vertrauen bildet die Basis einer offenen Kommunikation et cetera, et cetera. Und das ist ganz entscheidend“ (Internist).

„Also ich glaube, das Arzt Patient Verhältnis ist ja eigentlich ein Vertrauensverhältnis, also sollte es zumindest sein.“ (Technikerin).

„Das Optimum ist, wenn eine Vertrauensbasis herrscht.“ (Labormediziner).

„Das ist sozusagen die Vorstufe zum wirklichen Arzt Patienten Verhältnis: auszusuchen, wem vertrau ich, mit wem geh ich dieses Verhältnis ein.“ (Med.Historiker).

„Ein weiterer großer Punkt ist natürlich der Vertrauenspunkt, also wie steht es eigentlich um das Vertrauensverhältnis“ (Politikwissenschaftlerin).

Die Spannung, zwischen der vermeintlich emanzipatorischen Konsumentenhaltung und der Notwendigkeit, die Behandlung nicht nur aktiv zu wählen, sondern diese auch aktiv mitzugestalten und damit auch die Limitation einer (rein) consumeristischen Perspektive, wird hier deutlich und leitet über auf die nachfolgenden Betrachtungen.

7.2 Spannungslinie Talk vs. Action

Was hier verhandelt werden wird, ist der festgestellte Unterschied zwischen einer Ebene des Sprechens über Dinge, bezeichnet als »talk« und der Handlungsebene (»action«), die jedenfalls nicht als deckungsgleich hervortreten.

„Der Historiker schaut sich natürlich an, wie sieht das in der Praxis aus und da wird es natürlich sehr schnell sehr unübersichtlich.“ (Med.Historiker).

„Wobei die Eigenverantwortung immer mehr geworden ist. Zumindest am Papier und in der Forderung. In Wirklichkeit funktioniert das nicht“ (Labordiagnostiker).

„Ein souveränes auf Augenhöhe miteinander Ausverhandeln und eine sozusagen im Vollbesitz der Information getroffene Entscheidung der Patienten ist oft illusorisch“ (Ges.Ökonom).

Die widersprüchliche Entwicklung des Arzt-Patient-Verhältnisses wird deutlich, wenn einerseits ein Wandel konstatiert wird und andererseits festgestellt wird, dass dies in der

Praxis kaum funktioniere. Wobei auch diese Einschätzung nicht von allen in gleicher Form geteilt wird.

„Aber ich glaube schon, dass sich das nicht nur auf der normativen Ebene, sondern auf der realen Ebene sehr stark verschoben hat, in Richtung größerer Patienten-/Patientinnenautonomie“ (Med.Historiker).

Vor diesem Hintergrund werden Gefahren erkannt und davor gewarnt, den PatientInnen zu viel Verantwortung zuzumuten.

„Man muss wirklich, glaube ich aufpassen, dass man nicht zu viel Verantwortung und sozusagen auch eine Pseudosouveränität den Patienten umhängt. Was sollen Laien wirklich damit anfangen.“ (Ges.Ökonom).

Der Verweis auf die Laienposition, welche die PatientInnen einnehmen, kommt zum Tragen. Damit einhergehen muss laut Einschätzungen des Geriaters eine erhöhte Achtsamkeit, die Präferenzen der Behandlungssituation auf PatientInnenseite ernst zu nehmen, was die Unterscheidung zwischen einem »Können« und dem »Wollen« beinhaltet.

„Es ist zu differenzieren hinsichtlich dieser Freiheit. Wird die Autonomie verstanden, im Sinne des sich entscheiden Könnens oder im Sinne des Wollens.“ (Geriatr).

Mit der Einführung des Begriffs der »Pseudosouveränität« wird der Unterschied zwischen talk und action aktualisiert. Ein Übergewicht liegt hier auf Seiten des talk, der „Schauseite“ (Kühl 2011: 136ff.), während das tatsächliche Potential zur Umsetzung als eher gering erachtet wird. »Was sollen Laien wirklich damit anfangen« (so.).

In diesem Kontext kommt der Problematik der PatientInnenaufklärung anhand von Ausführungen bezogen auf den Informed Consent (IC), also der informierten Einwilligung(serklärung) auf Patientenseite, besondere Bedeutung zu.

„Das sehen Sie ja an den vielen Unterschriften die heute ein Patient leisten muss. Das steht oft sogar eher im Vordergrund als die direkte ärztliche Beziehung. Wenn Sie heute eine Operation haben, dann müssen Sie alle möglichen Freigaben unterschreiben und relativ gut dokumentierte Unterlagen ausfüllen, wie Sie das eben auch bei Banken tun müssen“ (Internist).

Im Rückgriff auf die Bankmetapher beschreibt der Internist einen hohen Formalisierungsgrad hinsichtlich der für medizinische Behandlungen notwendigen Einwilligungserklärungen. Mit der Feststellung, dass dabei unter Umständen die »direkte ärztliche Beziehung« leidet, ist die Handlungsebene angesprochen, der gegenüber die formelle Ebene als in der Praxis priorisierte Seite erscheint. Eine möglichst lückenlose Dokumentation bietet Schutz in Zusammenhang mit einer potentiellen juristischen Fallbearbeitung. Der Formalisierung kommt verbunden mit der kodifizierten ärztlichen Aufklärungspflicht, eine medizinrechtliche Bedeutung zu. In der nachfolgenden Passage

wird das Verständnis sehr deutlich, in welchem Verantwortungsbereich die gelungene Patientenaufklärung somit liegt: nämlich desjenigen des Health Care Professionals.

„Und da wäre es wichtig, dass, wenn die Leute aus dem Zimmer raus gehen oder aus der Ordination raus gehen, sie etwas in der Hand haben – ob das jetzt eine Checkliste ist oder ob sie etwas aufgeschrieben haben ... und dass man nochmal rückfragt, wissen Sie, was jetzt die nächsten Schritte sind? Also diese Gesprächs- ... dass man das nochmal abprüft. Also es reicht nicht aus, dass ich mich drauf verlasse ... haben Sie mich verstanden und der sagt ja. 80 Prozent der Patienten haben es nicht verstanden oder haben es draußen wieder vergessen. Und das geht uns selbst auch so. Wenn wir selber in eine Ordination gehen, unser Kind ist betroffen, ist krank und ich mache mir Sorgen, dann überwiegen diese Sorgen so stark, dann erhalte ich zwar Informationen, aber ich vergesse die Hälfte wieder. Das heißt also, da ist ganz wichtig, dass man die Leute nicht als dumm abstempelt, sondern, dass das einfach ein ganz ein normaler Prozess ist und dass es an uns liegt, da Unterstützung zu geben, dass diese Prozesse verstanden werden und auch die nächsten Schritte verstanden werden und auch gemacht werden. Und das hat was mit Reflexion auch zu tun.“ (Pflegerwissenschaftler).

Der Pflegerwissenschaftler spricht konkrete Strategien an, um die Wahrscheinlichkeit einer gelungenen Patientenaufklärung zu erhöhen. Checklisten und Feedbackschleifen, werden als geeignete Mittel vorgestellt. Dabei wird betont, dass dies nichts damit zu tun habe, die PatientInnen als »dumm abzustempeln« sondern es sich dabei um einen »ganz normalen« Vorgang handele, welcher durch die hohe persönliche und emotionale Involviertheit aufgrund der eigenen Erkrankung auf PatientInnenseite – letztlich deren Hilfsbedürftigkeit – bedingt ist. Durch das angeführte Beispiel, auch mit Betonung der eigenen Involviertheit, wenn zum Beispiel das eigene Kind betroffen ist und der Herausstreichung der »Sorgen« welche eine gelungene Informationsverarbeitung und –aufnahme behindern, da diese »Sorgen überwiegen«, wird die Gemeinsamkeit der eigenen Position mit derjenigen der PatientInnen hervorgehoben und in Kombination mit dem Verweis auf die Normalität des Vorgangs, die (asymmetrische) Differenz zwischen Health Care Professional und Patient zu entschärfen versucht. Keinesfalls soll die Aufklärung als paternalistische Bevormundung erscheinen. Gleichzeitig wird jedoch die teilweise Hilfsbedürftigkeit und Eingeschränktheit (hinsichtlich der Verarbeitung von Informationen) auf PatientInnenseite herausgestrichen, die nicht als persönliche Eigenschaft, sondern als mit der Einnahme der Patientenposition verknüpft erscheint. Der Health Care Provider tritt hier als Unterstützer auf, der gezwungen ist, die Situation zu reflektieren, um passende Aufklärungsstrategien zu finden und sich dabei nicht (gänzlich) auf seine unbefragten Handlungsroutinen verlassen kann.

Dass nicht nur hinsichtlich der gelungenen Aufklärung ein Unterschied zwischen Struktur und Anwendungsebene besteht, sondern auch zwischen verfügbarem Wissen und Techniken und deren Einsatz, streicht die Technikerin heraus.

„Mehr Information ist für den Arzt nur dann sinnvoll, wenn er diese auch für sich selber umlegen kann und auch für den Patienten umlegen kann. Und das, glaube ich, ist ganz

wichtig. Es nützt nichts, wenn Sie die tollsten Instrumente haben aber das nicht übertragen können auf die Situationen. Und das ist, glaube ich, auch ein Thema, was gerade bei den vielen technischen Anwendungen letztendlich eine Rolle spielt.“ (Technikerin).

Hier deutet sich der information overload und das spannungsgeladene Verhältnis von der Verfügbarkeit von Wissen und Technologie und deren Anwendung an. Da sowohl implizit-körperliche als auch bewusst-reflexive Wissensdimensionen angesprochen sind, leitet dieser Punkt fließen zur nächsten Spannungslinie über.

7.3 Spannungslinie Daten vs. Wissen

Auf die Frage, wie der Internist die These einschätze, dass sich vor allem chronisch kranke PatientInnen, die sich sehr lange mit ihrer eigenen Krankheit auseinandersetzen müssen, bald besser auskennen als die jeweils behandelnde Ärztin, da sich diese mit einer Vielzahl von Fällen auseinandersetzen muss und so weniger Zeit auf den individuellen Fall verwenden kann, im Gegensatz zur Patientin, welche sich ausschließlich auf den eigenen Fall fokussiert, folgt die Antwort:

Sozusagen Dr. Google und der Patient als eigener Experte? Auch das kann man wieder vielfach beleuchten. Es ist einerseits Grundvoraussetzung für die Vertragstheorie, dass Sie zwei informierte Gegenüber haben. Also das ist für mich eine interessante Idee. Bei der einen Seite sagen wir, muss der eine gar nichts wissen, er ergibt sich seinem Schicksal und seinem Experten, der macht mit ihm, was er glaubt was gut ist. Das ist der Paternalismus. Und die Vertragstheorie geht aber letztlich von der Annahme zweier informierter Parteien aus, die einen Vertrag, für was auch immer, schließen. Das setzt ja an sich voraus – die Realität ist vielleicht wieder etwas anderes –, dass eben der Patient informiert sein muss. Weil wenn er nicht informiert ist, dann kann er ja gar nicht einwilligen. Das geht ins Medizinrecht. Und das finde ich grundsätzlich sehr wichtig und logisch und zeitgemäß und begrüßenswert. Aber es gibt dann sozusagen natürlich die Auswüchse wo – und das ist ja auch heute ein Thema –, die Informationsbeschaffung ist ja heute ausufernd. Also wie Sie sich einfach in diesem Meer an, an Daten eigentlich, zurecht finden können. Ja es handelt sich nicht um Wissen. Und das ist glaube ich der grundlegende Unterschied“ (Internist).

In den Ausführungen des Internisten werden die Veränderungen des Arzt-Patient-Verhältnisses vor allem hinsichtlich der Thematik der Informiertheit zusammengefasst und von einer übergeordneten Figur der »Vertragstheorie« ausgegangen, welche auch andere soziale Verhältnisse regelt. Die Grundlage für diese Figur bildet eine ausreichende Informationsbasis aller Beteiligten – zumindest idealtypisch (talk vs. action). Dies wird auch als wünschenswert und zeitgemäß empfunden. Die zum Vorschein tretende Grundfigur bleibt dabei die informierte Einwilligungserklärung, mit ihrer rechtlichen Dimension, bei welcher die ärztliche Seite für die ausreichende Informiertheit der PatientInnen zu sorgen hat. Neben dieser »begrüßenswerten« Entwicklung existieren aber auch die »Auswüchse«. Hier ist nun der Übergang von der ärztlichen Informationssphäre hin zu nicht mehr von dieser Sphäre kontrollierten und kaum zu überschauenden Informationsquellen, wie sie zum

Beispiel mit Internetrecherchen einhergehen (»Dr. Google«) angesprochen. Der information overload tritt, hier umschrieben als »Meer an Daten« deutlich zu Tage. Es werden letztlich zwei zentrale Unterscheidungen eingeführt: Die grundsätzlich wünschenswerte, auf Verhandlungsbasis stattfindende und in der Sphäre der ÄrztInnen liegende PatientInnenaufklärung wird geschieden von der prinzipiell gefährlichen weil unkontrolliert ablaufenden und vom Laien kaum zu überblickenden und zu bewältigenden Informationsbeschaffung aus anderen Quellen, vor allem denjenigen des Internets. Zum anderen wird konstatiert, dass ein Unterschied bestehe, zwischen Daten und Wissen.

„Das Wissen, was jetzt übers Internet verbreitet wird, das ist ja Wissen was aus Daten generiert wird. Sei es richtig oder falsch“ (Technikerin).

Aus diesem Meer an Daten ein belastbares Wissen zu synthetisieren wird als Leistung empfunden, welche vom medizinischen Laien kaum zu erbringen ist. Und auch wenn eine Syntheseleistung innerhalb der Quelle bereits erbracht wurde, bleibt die Beurteilung der Seriosität der zur Verfügung gestellten Inhalte weiterhin problematisch.

„Was sie aber nicht einschätzen können ist welche Informationen seriös sind und welche nicht. Und da ist schon auch einiges an Unsinn verbreitet worden“ (Labormediziner).

„Also wie gesagt, da geht es auch um die Frage, um welche Quellen handelt es sich, die zur Anwendung kommen, die hier genutzt werden“ (Geriatler).

„Letztlich geht es um die Bewertung von Informationen. Und da bin ich auf einen Fachmann angewiesen, der mir hilft, das einzuordnen. Und (lacht) eigentlich gibt es nicht wirklich einen Spezialisten für die Interpretation von Informationen“ (Psychiater).

„Also dass Patientinnen natürlich auch Ansprache brauchen oder Kontextualisierung von Wissen, von Optionen ... was heißt das, was kann das bedeuten, et cetera et cetera; aber auch Unterstützung, ja“ (Politikwissenschaftlerin).

Relativ große Einigkeit herrscht bei den ExpertInnen-Einschätzungen darüber, dass die Quellenkritik problematisch ist. Außerdem besteht die Einsicht, dass die Fähigkeit, Informationen sinnvoll bearbeiten zu können, relativ klar auf Seite der SpezialistInnen liegt. Interessant ist die Bemerkung des Psychiaters, dass in diesem Zusammenhang eigentlich kein Spezialist für die Interpretation von Informationen existiere. Hier finden wir einen Hinweis, auf die zusätzlichen Aufgaben, welche von den AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen zu bewältigen sind – in diesem Falle: Wissensvermittlung und der korrekte Umgang mit Quellen.

„Was vielleicht die Domäne des ärztlichen sein wird, ist genau das, worüber wir sprechen. Also die echte Arzt Patienten Beziehung. Eben dieser Commander in Chief, der gemeinsam mit einem Patienten, die beste Lösung sucht. Ich glaub das ist sehr vielfältig, es ist deutlich diffuser als das, was wir heute kennen. Aber das ist, glaube ich, letztlich die ärztliche Domäne, die auch bleiben wird. Aber dazu brauchen Sie eine ganz spezielle Qualifikation. Es ist keine technische Qualifikation, das ist eine Mischung aus technischer und, wie soll man sagen, kommunikativer Funktion“ (Internist).

Diesem Zitat voran, ging die Feststellung des Experten, es herrsche ein rasanter technischer Fortschritt. Sehr interessant in diesem Zusammenhang ist, wie der professionelle Kodex zum Tragen kommt, mit der Selbstbeschreibung, dass die »Domäne« der ÄrztInnen die »echte« Beziehung zu ihren PatientInnen ist und auch in Zukunft bleiben wird. Allerdings werden die Aufgaben diffuser und daher neue Qualifikationen benötigt als Mischung technischer und kommunikativer Qualifikationen. Kommunikative Fähigkeiten rücken, zumindest in dieser Selbstbeschreibung, ins Zentrum der ärztlichen Profession. Mit der Verwendung des Begriff »Commander in Chief« wird deutlich auf die Machtasymmetrie verwiesen und darauf, dass trotz neuer Herausforderungen sowohl auf Arzt- als auch Patientenseite, der Arzt (auch weiterhin) die prinzipiell höhere Position innerhalb dieses Verhältnisses einnimmt.

Dass nicht nur die PatientInnen mit dem Problem der Informationsflut konfrontiert sind, sondern dieses auch auf ärztlicher Seite besteht, wird in den Ausführungen des Psychiaters deutlich:

„Die Ärzte müssen ziemlich viel aufwenden um dran zu bleiben und diese Sachen einzuordnen. Neue Medikamente, neue Dinge, neue Sichtweisen. Sie sind auch überfordert. Greifen dann auf ihre Grundmuster zurück, was durchaus sinnvoll ist. Aber die Überforderung durch neue Möglichkeiten wird nicht thematisiert, das ist kein Thema“ (Psychiater).

„Und dass mit den wissenschaftlichen Informationen umgegangen werden muss, vor allem wenn man auch noch aktiv weitersucht, ... wie interpretierst das? Das heißt, wir haben einerseits große Fortschritte andererseits Überforderung auch im Interpretieren“ (Psychiater).

Es ist bemerkenswert, wie sich die vom Internisten ausgeführten Probleme hinsichtlich des Umgangs mit Informationen auf PatientInnenseite, auf die ärztliche Seite spiegeln. Auch bezüglich des medizinisch gesicherten Spezialwissens, findet sich eine Informationsfülle, die kaum mehr zu überblicken ist und zu einer Überforderung führen kann, die wiederum versucht wird, im Rückgriff auf alltäglich eingespielte Routinen, hier bezeichnet als »Grundmuster«, zu bearbeiten.

In dem, was der Psychiater nachfolgend mit der Thematik des »Befundstapels« anspricht, überschneiden sich schließlich die Informationssphären der ÄrztInnen und PatientInnen und die Problematik kommt, in relativer Gleichzeitigkeit, auf beiden Seiten zum Tragen.

„Es ist natürlich super, dass ich nachschauen kann, was war der Befund von damals. Aber dass auch Ärzte die Befunde interpretieren müssen ... als Patient erhält man diese und was fängt man dann damit an. Zum Beispiel ein Röntgenbild allein ist noch relativ eindeutig. Aber viele Sachen ... das ist ja prozesshaft. Auch ein Röntgenbild muss im Kontext der anderen Befunde bewertet werden. Aber wer macht das? Das bedeutet, es wird gesammelt, unabhängig von der Frage der Interpretation. In 60, 70 Jahren gibt es so dicke Befundstapel.“

Allein das durchzublättern ohne zu lesen, (lacht) ... gleichzeitig wenn ein Arzt den hat, hat er die Verantwortung dafür. Das hab ich noch nie diskutiert gehört“ (Psychiater).

Hier kommen einige interessante Punkte zum Vorschein. Zum einen aus Daten belastbares Wissen zu synthetisieren wird als vom Laien kaum leistbar eingeschätzt. Diese Leistung muss von der Fachfrau übernommen werden, welche Synthese und Selektion vornehmen kann und Informationen so ordnet, dass sie ein Wissen ergeben. Doch die Menge an vorhandenen Daten und Wissen ist kaum zu überblicken und einzelne Elemente müssen idealerweise im Kontext aller anderen zur Verfügung stehenden Inhalte interpretiert werden. Dies wird einerseits als unmöglich erkannt (»Allein das durchzublättern ohne zu lesen, (lacht)«), andererseits wird die damit einhergehende Verantwortungsdimension hervorgehoben, die trotz des Mangels an Bearbeitungskapazität besteht.

Um Wissen vermitteln zu können, wird der Anspruch an die kommunikative Fähigkeit auf Arztseite erhöht. Diese muss – und wieder erscheint die Figur des Informed Consent –

„in einer Art und Weise passieren, die der Patient auch sozusagen seinem Bildungslevel entsprechend verstehen kann. Und das ist durchaus machbar. Diese Transaktion im wahrsten Sinne, des Wortes, also im Sinne von übersetzen aber auch vermitteln von Wissen, muss möglich sein“ (Geriatler).

„Ich glaube, das Lebensthema von Gerd Gigerenzer, war es, sozusagen zu ergründen wie man komplexe statistische Zusammenhänge simpel darstellen kann, dass man sie auch wirklich verstehen kann.“ (Ges.Ökonom).

Gleichzeitig sind auch die ÄrztInnen mit einer zunehmenden Komplexität innerhalb des professionellen Wissens konfrontiert. Sowohl die Möglichkeit den medizinischen Fachdiskurs zu überblicken, als auch die patientenspezifischen Daten, erscheint unter hohem Druck auch bezüglich der Ressourcenausstattung kaum (mehr) leistbar. Die Leitlinienmedizin stößt an ihre Grenzen.

„Es gibt natürlich eine gewisse Freiheit bei der Therapie, die aber weniger geworden ist, weil immer mehr Leitlinien in der Medizin verwendet werden, und wenn man die ganz ignoriert, dann entspricht das nicht dem State of the Art. Man kommt aber auch mit Leitlinien oft an einen Punkt, wo die Leitlinie nicht mehr weiterhilft“ (Labormediziner).

Die Thematik der Leitlinienmedizin wird hier in Zusammenhang mit der Einschränkung der ärztlichen Autorität eingeführt. Im Lichte der zunehmenden Unüberschaubarkeit medizinischer Information, erscheint diese jedoch (auch) als Unterstützung bei der Behandlung. Dass die Leitlinien das Kontroll- und Anwendungsproblem medizinischen Wissens in der Krankenbehandlung nur bedingt lösen, wird im Zitat betont. Ebenso, die nach wie vor als relativ hoch eingeschätzte Behandlungsautonomie der ÄrztInnen; denn nur wer die Leitlinie »ganz ignoriert« handelt nicht nach »dem state of the art«. Das was hier mit

state of the art angesprochen ist, leitet über in die ärztliche Kunst, als das problematische Verhältnis von Wissen und seiner Anwendung und damit zur nächsten Spannungslinie.

7.4 Spannungslinie bewusste Regelbefolgung vs. strategisches Agieren im Feld

Also es ist diese Frage, die Kant bereits aufgebracht hat: ein Mensch muss immer ein Subjekt sein und darf niemals ein Objekt werden. Das ist die goldene Regel. Und das wird ja in der Medizin immer wieder durchbrochen. Die Medizin lebt eigentlich, wenn man das wieder überspitzt sagen kann, von einer teilweisen Aufhebung dieser goldenen Regel. Eben diese alte Geschichte: Sie wissen nicht wie der Patient heißt, Sie sehen aber die Diagnose. Die Galle auf Zimmer sieben. Aber das ist das Gegenteil einer Arzt-Patienten-Beziehung. Das ist eine Objektivierung. Sie mag legitim sein oder nicht. Aber es ist jedenfalls eine gewisse Realität dahinter. Und das ist ein riesiges Spannungsfeld, wo Sie auf der einen Seite zwischen Objektivität und Evidenz und auf der anderen Seite an einer persönlichen Beziehung zu einem ganz individuellen konkreten Menschen arbeiten müssen. Und mit diesem Spannungsfeld arbeiten Sie in der Medizin den ganzen Tag“ (Internist).

Wie bereits im ersten Teil der Ausführungen gezeigt wurde, kommt im Zitat die enge Verbindung von den angesprochenen Spannungen zwischen Objektivierungspraktiken, auf die MedizinerInnen bei der Behandlung angewiesen sind und der Wahrnehmung der Patientin als eines individuellen Menschen und dem Verhältnis zwischen objektivierbaren Wissensbeständen und seiner Anwendung in der Behandlungssituation der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung anschaulich zum Ausdruck. Deutlich wird hier allerdings auch die Bezugnahme auf die Körperlichkeit des Patienten. Das Behandlungsobjekt ist in diesem Sinne nicht die Person, sondern ihr Körper (»die Galle«). Dabei wird die Körperlichkeit der Mediziner nicht thematisiert. Sie erscheinen als objektive Deuter des Patientenkörpers, als VertreterInnen eines objektiven Wissens.

Von Seiten der Psychiatrie wird die untergeordnete Bedeutung, welche die PatientInnen-Perspektive innerhalb der somatischen Medizin einnimmt, hervorgehoben.

„Aber so klassisch, kann man mit Labor, Röntgen und allem was mit der Verfügbarkeit auch technischer Instrumente möglich ist, derartig detaillierte Befunde erheben, dass es für einen Arzt und für die Gesundheitsversorgung insgesamt überflüssig erscheint, mit dem Patienten weiß Gott wie zu reden. Und ich meine das jetzt ganz neutral. Nicht als Vorwurf. Aber es geht ja auch um Ökonomie“ (Psychiater).

„Und das heißt die Anamnese ist nicht mehr so von Bedeutung. Die Diagnostik. Das ist es, was die somatische Behandlung ausmacht“ (Psychiater).

Dass der Psychiater die Notwendigkeit sieht, zu betonen, dass er seine Aussagen nicht aus einem normativen Standpunkt trifft sondern eher als analytische Feststellung, verweist auf die enge Verbundenheit der präskriptiven mit der deskriptiven Perspektive, welche beim Umgang mit der Thematik des Arzt-PatientInnen-Verhältnis immer mitreflektiert werden muss. Da die objektivierend-somatische Medizin in ihrer Anlage nicht auf die

PatientInnenperspektive angewiesen ist und zum schonenden Ressourceneinsatz gezwungen, muss sie daher auf nicht unbedingt notwendig erscheinende Tätigkeiten verzichten. Als eine solche wird hier das Gespräch mit den PatientInnen gesehen. Da der Mensch jedoch auch in seiner höchstindividuellen Persönlichkeit wahrgenommen werden *sollte*, tritt die Bezugnahme auf eine normative Ebene, als wichtiger Bestandteil der Erörterungen hervor.

„Dass der Mensch im Mittelpunkt steht und nicht die Diagnostik, also das technische, das Handwerk“ (Technikerin).

Die Feststellung des Pflegewissenschaftlers schließt sich dem an, wenn auch mit etwas anderer Schwerpunktsetzung auf die praktischen Konsequenzen dieser Problematik.

„Also das was mir ein bisschen abgeht, ist die soziale Kompetenz der Ärzte, die aus dem Studium in die Praxis kommen. Ich meine damit, dass sie nurmehr teilweise zu stark fokussiert sind auf die wissenschaftlichen Aspekte der Medizin und dass die soziale Kompetenz und wie sie innerhalb der sozialen Situation, in Beziehung treten mit Patienten; dass das teilweise recht stark verloren geht“ (Pflegerwissenschaftler).

Der Verweis auf die »soziale Kompetenz der Ärzte« schließt an die vom Internisten angedeutete Zunahme des Stellenwerts kommunikativer Aufgaben und Fähigkeiten seitens der MedizinerInnen an. Mit der Feststellung eines Mangels dieser Kompetenzen, scheint die Aufgabenverschiebung/-erweiterung, zum jetzigen Zeitpunkt, jedenfalls noch nicht vollzogen. Mit der vornehmlichen Zentrierung auf den »wissenschaftlichen Fokus«, gehen diese Arten von Kompetenzen allerdings verloren. Dass von Kompetenz und nicht von Wissen die Rede ist, kann darauf hinweisen, dass leibgebundene Wissenskategorien eine Rolle spielen. Mit der Verlustperspektive wird jedenfalls impliziert, dass diese Kompetenzen bei Feldeintritt grundsätzlich und bis zu einem gewissen Grade bereits vorhanden sind und folglich erst durch die Verschiebung der Schwerpunkte in der feldspezifischen Sozialisation abhandenkommen, bzw. verkümmern auch weil sie nicht ausreichend gefördert werden. So wird es wichtig

„das auszubilden und Ärztinnen und Ärzte so auszubilden, dass sie erkennen können, in welcher Situation befindet sich jetzt der Patient die Patientin und was wird jetzt von ihnen gefragt, also diese Kunst, im richtigen Moment das Richtige zu sagen und zu tun, das muss man lernen und das muss man üben und üben und üben“ (Ges.Ökonom).

In der Textpassage wird durch den Verweis auf die ärztliche Ausbildung ein Bezug auf die feldspezifische Sozialisation hergestellt. Dabei ist dies als ein »Plädoyer« dafür zu sehen, derlei Inhalte verstärkt in den Fokus zu rücken und damit letztlich als eine normative Setzung einer wünschenswerten Veränderung. Die körperliche Komponente tritt nun deutlich hervor. Die Anwendung solcher sozialer Kompetenzen, bei welcher Fähigkeiten von Bedeutung sind wie Empathie, also »feinfühlig zu sein«, erscheint als »Kunst«, die man zu einem gewissen

Grade bewusst erlernen kann, aber welche es vor allem zu »üben und üben und üben« gilt. In der Repetitio wird die Leibgebundenheit und Notwendigkeit des Einschleifens von Wissensbeständen in die individuellen Körper oder Habitus, lebendig und greifbar und auch die Nähe zur Spielmetapher Bourdieus kommt zum Tragen. Nur durch Training, durch Übung wird man besser. Nur durch Teilnahme am Spiel erlernt man das Spielen. Darüber hinaus kommt die Prozesshaftigkeit sozialer Ordnung zur Geltung. So könnte man den Satz durch anfügen weiterer »und üben« beliebig verlängern so scheint es. Das fortlaufende Üben stellt sich damit als prinzipiell nie endender Prozess dar.

7.5 Spannungslinie Spezialisierung vs. (Re-)Integration

Bei der Spannungslinie zwischen Spezialisierung und (Re-)Integration finden sich Gemeinsamkeiten hinsichtlich der vorgestellten Dynamiken. Einmal mit Bezug auf das medizinische Feld, für den Bereich des funktional differenzierten, kollegialen Zusammenagieren, als auch bezogen auf den individuellen Patienten(-Fall) und damit dem Erfordernis, verschiedene Spezialwissenselemente zu einem mehr oder weniger homogenen Fallganzen zusammenzufügen, also daraus ein einheitliches Fallsjekt zu konstruieren. In Zusammenhang mit der Beleuchtung technisch-diagnostischer Arbeitsschritte, fasst die Technikerin dieses spezialisierte Zusammenwirken innerhalb der Medizin folgendermaßen zusammen.

„Ich glaube, das ist ein Spannungsfeld, welches es zu lösen gilt, weil wir auf der einen Seite, denke ich, die Spezialisierung brauchen. Wenn Sie an die gesamten diagnostischen Verfahren denken und die Spezialisten, die mit diesen Geräten umgehen müssen. Da wird eine hohe Fachexpertise benötigt um überhaupt die Informationen, die das System letztendlich generieren kann, auch wirklich herauszuholen. Also das auszuwerten und so weiter. Und wie bei all diesen Dingen, wo es eine hohe Expertise braucht und verschiedene Expertisen zusammenspielen müssen, bildet die größte Herausforderung die Schnittstellen zu organisieren und zu bedienen. Das haben wir in den normalen Naturwissenschaften, Technik genauso. Dass man irgendwo – wie sagt die Maus –, auch aus seinem Loch wieder rauskommen muss und den Kopf aus der Erde stecken muss und schauen muss wie blau ist der Himmel. Und ich kann mir schon vorstellen, dass das eine immense Herausforderung ist, diese Schnittstellen zu bedienen“ (Technikerin).

Das Grundproblem ist aufgeworfen und anschaulich entwickelt. Dabei ist die Medizin „einem Wandel unterworfen, der recht schnell geht“ (Labormedizin). Nicht nur Technologie und der Umgang mit ihr wird immer komplexer, sondern es existieren

„immer komplexere, spezifischere und immer mehr Behandlungsoptionen, wo es natürlich schwieriger ist, zu beurteilen, welche für den individuellen Patienten die richtige ist“ (Labormediziner).

„Es gibt heute einfach unendlich mehr Angebot an medizinischen Optionen. Also technisch, diagnostisch, was auch immer. So dass Sie letztlich einfach viel mehr Optionen haben auch für einen Patienten“ (Internist).

„Naja und das Spezialistentum wird immer mehr“ (Labormediziner).

„Und ich glaube, viele Probleme, die wir heute haben, in der Medizin, [...] sind letztlich eine Folge der extremen Spezialisierung. Es gibt diesen Ausdruck One Stop Shop, also einen Shop wo Sie alles bekommen ... das gibt es in der Medizin nicht. Und das war eben früher, einfach dadurch, dass die Medizin generalisierter war, wahrscheinlich einfacher. Insofern glaube ich, ist das ein wichtiger Blickwinkel. Also es gibt nicht eine Arzt Patienten Beziehung, sondern in der Regel mehrere parallel“ (Internist).

„Aufgrund der extremen Spezialisierung der Medizin haben Sie ja nicht eine Arzt Patienten Beziehung, sondern dutzende“ (Internist).

„Es ist daher glaube ich grundsätzlich wichtig, eben aufgrund dieser von mir skizzierten Entwicklung, zu registrieren, dass man mit immer mehr Ärzten zu tun hat, auch innerhalb eines Fachs“ (Psychiater).

Der Internist zieht Konsequenzen der angesprochenen Spezialisierungsprozesse, für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Figur einer dyadisch gestalteten ÄrztIn-PatientIn-Beziehung, scheint vor dem Hintergrund zunehmender Fragmentierungsprozesse, die Realität nicht (mehr) angemessen abzubilden. Als grundsätzliche Anlage wird sie aber beibehalten und lediglich die Anzahl der Beziehungen quantitativ erhöht. Am Beispiel von ChirurgInnen stellt der Psychotherapeut nachfolgend heraus, dass es sich hierbei nicht um eine grundlegend problematische Entwicklung handelt, sondern die Arbeitsteilung in der Medizin als sinnvoll angesehen wird. Er nimmt dabei jedoch vor allem Bezug auf die Arbeitsteilung zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin.

„Wie Krankheit erlebt wird, die psychischen Aspekte der Genese von Krankheit, Krankheitsverhalten und vieles mehr, sind bei der krankheitsspezifischen medizinischen Behandlung nicht von großer Bedeutung. Wenn es dort Probleme gibt, kommt dann meistens die Empfehlung, ja gehen Sie da mal zum Psychiater [...].

„Weil der Chirurg ist nicht zuständig. Es gibt einen Sinn, dass dieser sagt, ich muss mich um meine Dinge kümmern. Es ist gut, dass er das konzentriert machen kann und dass er sich nicht mit allem Möglichen beschäftigen muss. Also das hat ja einen Sinn. Da geht es auch um organisatorische Ökonomie“ (Psychiater).

Allerdings ist das Verhältnis zwischen Spezialisierung und (Re-)Integration spannungsreich und kaum zu lösen, müsste der Generalist, der dies zu leisten vermag, doch gleichzeitig eine Art »Superspezialist« sein:

„und das Problem ist immer, wenn Sie jetzt diese beiden Pole hernehmen. Sagen wir der gar nicht im Detail informierte Generalist, der aber die Person sehr gut kennt und auf der anderen Seite den superspezialisierten Spezialisten, der keine Ahnung von der Person hat aber ein Problem sehr gut lösen kann, dann können Sie sich die Frage stellen, wie groß ist denn überhaupt die Lösungskompetenz, des Spezialisten oder des, sagen wir, wenig informierten Generalisten. Und da werden Sie draufkommen, in Wahrheit ist bei beiden eine Lösungskompetenz wahrscheinlich da, aber sie ist nicht optimal. Das bedeutet, Sie müssen – man kann das glaube ich auch als Spannungsfeld sehen... Dass Sie sagen, es wäre wahrscheinlich sinnvoll, einen optimalen Wirkungsgrad zwischen diesen beiden Polen zu finden. Also eben der Superspezialist der aber auch hinreichend informiert ist, auch über sozusagen die restliche Anamnese. Beziehungsweise der doch besser informierte Generalist. Und so etwas wird die ganze Zeit gesucht. Und auch als Berufsklassifikation der Mediziner“ (Internist).

Der hohe Grad an Spezialisierung, die sich dabei nicht nur entlang von Krankheitsgrenzen bewegt, zeitigt aber auch Probleme, denn „mittlerweile ist es ein Kunststück den richtigen Experten für meine Krankheit zu finden.“ (Labormediziner).

„Nun sagt der eine Spezialist, ja da müssen Sie zum anderen auch gehen. Kaum eine Krankheit, bei der man nur einen Spezialisten hat, sondern wo man dann die anderen Spezialisten noch dazu braucht“ (Psychiater).

Weiterhin erschwerend, kommt dem der Komplexitätserhöhende Faktor der Multimorbidität hinzu.

„Weil Sie haben also ich weiß nicht wie oft Patienten, die mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben und wo viele Spezialisten irgendwie, sagen wir, aktiv sind. Und da werden verschiedene Beziehungen aufgebaut“ (Internist).

Durch diese mannigfaltigen Fragmentierungsprozesse scheint es kaum möglich, die für das Arzt-Patienten-Verhältnis als zentral wahrgenommene Qualität der Beziehung aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten.

„Und das beklagen auch viele Patienten und auch viele Ärzte, dass einfach diese durchgehende Beziehung nur sehr schwer aufgebaut werden kann, vor allem im Spital zum Beispiel“ (Internist).

„Ja die Kontinuität ist zum Beispiel bei einem einzelnen Hausarzt sehr gut gegeben. Nicht so gut funktioniert das, je größer die Einrichtungen werden. Gruppenpraxen, Primärversorgungszentren... Wobei ich nicht sage, dass es sie dort gar nicht geben soll. Aber man muss auch die Nachteile kennen. Und die bestehen in der Diskontinuität im Bereich der Versorgung. Weil man immer zu einem andern kommt. Je größer die Einrichtung ist, desto schwerer wird es, sich den Arzt auszusuchen, zu dem man gehen möchte“ (Labormediziner).

Bemerkenswert ist, dass in diesem Zusammenhang auch die vom „Consumerism“ propagierte Freiheit bei der Auswahl der Ärzte im Krankenhaus an seine Grenzen stößt und mit der Größe der Einrichtung als weiter abnehmend erscheint und im niedergelassenen Bereich sowohl beim Internisten als auch Labormediziner als besser umsetzbar hervortritt. Einen autonomieeinschränkenden Einfluss der Spezialisierung auch auf Seiten der ärztlichen Praxis, sieht der Internist: „wenn Sie dann eben in einer Schublade sind, dann sind Sie natürlich eingeeengt“ (Internist).

Ein weiterer interessanter Aspekt betrifft die Frage, wer für den Aufbau und die Pflege dieser Beziehungen als verantwortlich erscheint.

„Wenn ich regelmäßig meinen Arzt besuche, habe ich ein ganz anderes Verhältnis, als wenn ich alle paar Jahre zu einem halbrunden oder runden Geburtstag eingeladen werde zum Arzt zu gehen“ (Labormediziner).

„Das heißt eigentlich geht es darum, dass man als Patient, lernt ... doch es wär ganz gut das zu lernen, (lacht) sich solide Arzt Patient Beziehungen aufzubauen, um sie zu haben, wenn man sie braucht. Beziehungsweise eben auch, dass man schaut... Das ist ein bisschen eine Glückssache“ (Psychiater).

Erstens ist hervorzuheben, dass die Beziehungsarbeit nicht wahrgenommen wird, als etwas das einfach passiert, sondern dass sie als eine Fähigkeit und Leistung erscheint, welche vor allem von den Patienten erwartet wird. Hierzu muss von Patientenseite, durch regelmäßigen Arztbesuch, zunächst die Grundlage geschaffen werden. Der Patient ist dann aber auch dazu angehalten, seine eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der Aufgabe, »solide Arzt Patienten Beziehungen aufzubauen« auszubauen. So wird die Beziehung zur Ressource, die es zu generieren gilt, damit man auf sie zurückgreifen kann, wenn diese benötigt wird. Dass dies auch »eine Glückssache« ist, verweist auf die begrenzte Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit, beispielsweise durch begrenzte Freiheit bei der Arztwahl. Prinzipiell tritt die widersprüchliche Forderung, im Zuge einer zunehmenden Fragmentierung der Krankenbehandlung, Beziehungskontinuität aufzubauen relativ deutlich zu Tage und wird vom Gesundheitsökonom zusammenfassend auf den Punkt gebracht:

„Das sind in sich widersprüchliche Dinge. Man fordert von Ärzten Beziehungsarbeit, Übernahme von Verantwortung und Kommunikationsfähigkeit in einer Situation, die zunehmend depersonalisiert und kühler wird. Also das sind Widersprüche, die ich aber auch nicht auflösen kann“ (Ges.Ökonom).

Der Pflegewissenschaftler konstatiert mit diesen Entwicklungen einhergehende Überforderungserscheinungen, sowohl auf Seiten der Health Care Professionals als auch – und vor allem – auf Seite der PatientInnen:

„Zusammenfassend kann man sagen, dass es dadurch, dass wesentlich mehr Fragmentierung herrscht, auch mehr Unsicherheiten bei den Nutzerinnen und bei den Patienten gibt. Die Menschen sind, wenn sie in so ein System Krankenhaus oder Gesundheitssystem hereinkommen, überfordert. Und ich denke mir, das muss man immer im Hinterkopf haben. Bereits das Gesundheitspersonal ist überfordert, ja. Zu wissen, wo weise ich denn den Patienten richtig hin und was ist da zu tun. Und jetzt muss man sich vorstellen, kommt ein Laie da rein und der Patient und vielleicht auch noch ältere Menschen und dann sind sie noch beeinträchtigt in ihrer Wahrnehmung, weil sie ein Leiden haben und auf das sehr stark fokussiert sind. Die sind mit dem ganzen Fragmentierten massivst überfordert. Und das bedeutet, dass die dann umso mehr auf ein wirklich gutes Case und Care Management angewiesen sind... dass sie da durch das Ganze geschleust werden“ (Pflegewissenschaftler).

Hier treten die PatientInnen in ihrer Hilfsbedürftigkeit gegenüber dem komplexen System Krankenhaus hervor. Bereits die professionellen AkteurInnen im Feld können nur unzureichend mit allen Herausforderungen umgehen und vor dieser Vergleichsdimension erscheint die PatientIn als noch stärker gefährdet. PatientInnen werden in dieser Passage eher als passiv verstanden, als Menschen, die von den Health Care Professionals »geschleust« werden müssen. Gleichzeitig wird der Fakt der Überforderung nicht einfach als nicht zu lösendes Problem hingenommen, sondern der Lösungsansatz in Form eines »guten Case und Care Managements« eingeführt.

„Aber das müssten nicht unbedingt Ärzte sein. Es existieren Spitäler in den USA, wo die Fallführung wirklich auch bei der Pflege liegt. In Österreich wird Community Nursing

angedacht, denn Community Nurses könnten für bestimmte Gruppen diese Rolle auch übernehmen. Aber es gibt noch kein wirklich gutes System.“ (Ges.Ökonom).

Eine Art Systemlotsenfunktion wird angedacht, bei deren Zuständigkeit nun vermehrt andere Berufsgruppen in Betracht kommen. Vor allem die Pflege wird als für diese Aufgaben prädestiniert verstanden.

„Und die haben sozusagen auch noch den Fokus der Pflege mit dabei. Und also gerade für ältere, multimorbide Menschen, bei denen nicht nur die Behandlung des Diabetes ein Thema ist, sondern auch die Frage, Einschränkung durch Zehenamputationen und wie sie die Wohnung herrichten und des Wundmanagements und und und... All diese Dinge. Das sind diese Advanced Nursing Practitioners. Das heißt also – und das ist eine andere Form von Universalismus –, weil die eine neue Welt, nämlich die Welt der Pflege mit hereinbringen und zusätzlich eben diese allgemein medizinische Kompetenz dazu haben.“ (Ges.Ökonom).

Die hier angesprochene Auslagerung von Aufgaben, bzw. Erweiterung der Arbeitsbereiche anderer Berufsgruppen bleibt dabei nicht beim Outsourcing der Emotionsarbeit, bezogen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, stehen, sondern geht darüber hinaus und könnte auch Kernaufgaben der ärztlichen Profession berühren.

„Dass nur der Arzt Dinge verordnen kann, welche Heilmittel oder Hilfsmittel zum Einsatz kommen und so weiter, dass kann durchaus auch qualifiziert die Pflege machen oder die Rehabilitationsberufe, Physiotherapie, Ergotherapie und so weiter. Die haben ja die Kompetenzen dazu. Es ist nicht so, dass das alles der Arzt machen müsste. Passiert in der guten Praxis eh auch so, dass man sozusagen im Team zusammensitzt und dann das tut, was zum Beispiel bei der Reha-Situation relevant wird, beispielsweise was für Hilfsmittel benötigt werden und so weiter und was die Physiotherapie oder Ergotherapie vorschlägt; in Kenntnis des Patienten und seiner Probleme, seiner Situation und so weiter“ (Geriatler).

„Wir hatten auch aufgrund dieser ganzen Arbeitszeit-Diskussion, die Frage mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich diskutiert, wo also Pflegepersonal zum Beispiel Infusionen geben kann, Blut abnehmen kann, et cetera. Was also irgendwann einmal klassisch ärztliche Tätigkeiten gewesen sind. Also ich glaube, dass das in dieser Form nicht so bleiben wird, wie wir es jetzt erleben, dass eine Art Hierarchie besteht oder eine sagen wir geschützte Zunft, sondern dass das sehr viel flexibler sein wird.“ (Internist).

„Es gibt auch Länder, die durch Substitution von Ärzten dieser Fragmentierung entgegenwirken, wo auf Master-Niveau ausgebildete Pflegekräfte, dasselbe dürfen oder mehr oder weniger dasselbe dürfen, wie Allgemeinmediziner“ (Ges.Ökonom).

„Also das ist sozusagen das Anerkennen auch der Kompetenz und auch der Qualifikation zum Beispiel der Pflege und anderer Gesundheitsberufe. Hier sozusagen im Team zu arbeiten bringt bessere Ergebnisse und das ist nachweislich auch aus Untersuchungen, aus Studien hervorgegangen, dass das Interdisziplinäre, dass geförderte Interdisziplinäre bessere Outcomes bringt, auch was die Patientenzufriedenheit anlangt, was die Mitarbeiterzufriedenheit anlangt und das ist etwas... diese Teamkultur muss man entwickeln, muss man pflegen und muss man unterstützen“ (Geriatler).

Hier nun wird das Konzept einer »Teamkultur« eingeführt, welches neben dem Systemlotsenmodell, als weiterer Ansatz dienen soll, die Problematik der zunehmenden Differenzierung zu bewältigen. Die Notwendigkeit eines Zusammenhalts über Disziplingrenzen hinweg wird konstatiert, welche nicht auf ein bloßes arbeitsteiliges Zusammenwirken reduziert werden kann. Dazu gehört die Betonung der Gemeinsamkeiten

trotz (oder gerade wegen) der Unterschiedlichkeit, die Betonung der Gleichrangigkeit der Qualifikation und Expertisen auch anderer Berufsgruppen und die Notwendigkeit der Schaffung eines »Bewusstseins«, dass die Herausforderungen des fragmentierten Behandlungsnetzwerkes durch interdisziplinäre Zusammenarbeit bewältigt werden muss und damit eine Art Wertschätzung für die anderen einhergehen muss, als etwas das es zu »entwickeln und zu pflegen« gilt.

„Auch in der älteren Generation gibt es durchaus mehr Bewusstsein, dass es sich in diesem interdisziplinären Kontext, vor allem im Setting von Gesundheitsstrukturen, also sprich Krankenhaus, Pflegeheim und so weiter, aber auch im niedergelassenen Bereich viel besser im Sinne des Patienten arbeiten lässt“ (Geriatler).

„Und da ist es im Rahmen dieser Fragmentierung wichtig, dass ich alle Meinungen einhole und alles Wissen über diesen Fall, den man zu betreuen hat und erst dann die Entscheidungen getroffen werden. Also das heißt, es gibt viele Meinungen und viele Expertisen. Und die sind gleichrangig“ (Pflegerwissenschaftler).

Dass die hier geforderte Teamkultur auf Seiten der Health Care Professionals dabei nicht kongruent ist, mit einer Teamkultur, wie sie die partnerschaftlichen Modelle des Arzt-Patient-Verhältnisses vorsehen, wird an der Thematik der »Board-«, oder »Konsiliar-Medizin« deutlich und lässt die nachfolgende Spannungslinie zu Tage treten.

7.6 Spannungslinie Teamkultur Health Care Professional vs. Teamkultur ÄrztIn-PatientIn

„Da gibt es Konsile, wo sich verschiedene Fachexperten zusammensetzen und gemeinsam beraten, was am sinnvollsten ist. Das hat es auch alles früher nicht gegeben. Round Table-Gespräche, insbesondere bei schwer Kranken, wo nicht ein behandelnder Arzt alleine, sondern gemeinsam mit anderen Spezialisten entscheidet“ (Labormediziner).

„Das ist auch eine Frage des Komplexitätsgrades. Klassisches Beispiel sind die Tumor Boards. Wenn Sie heute, einen Tumor haben, gibt es einen Radiologen, einen Pathologen, einen Chirurgen, einen Internisten, usw. Und bis vor, sagen wir, fünfzehn Jahren, haben die sehr unabhängig voneinander agiert. Also das waren eben, so sagen wir, superspezialisierte Leute, die aber keine Plattform gehabt haben um gemeinsam eine Krankengeschichte zu besprechen. Da gab es die Idee der Tumorboards und die gibt es ja mittlerweile für viele Erkrankungen... dass man Herz Boards und alles Mögliche hat, wo man sagt, es geht nicht so sehr um den Spezialisten, sondern im Mittelpunkt steht ein Patient und um ihn herum, sozusagen diese Krankengeschichte, ordnen sich strukturiert alle Fächer an und versuchen gemeinsam, mit Hilfe einer Art Schwarmintelligenz die beste Lösung zu finden“ (Internist).

Die hier beschriebene Situation kann als Board- oder Konsiliarmedizin betitelt werden. Die Ausgestaltung dieser Konsile wird in beiden Zitaten anschaulich beschrieben. Auf den relativ neuen Charakter dieses Formats wird hingewiesen und dass die SpezialistInnen voneinander unabhängig agieren mussten, ohne eine »Plattform« zum gemeinsamen Agieren zur Verfügung zu haben. Durch dieses Teamformat gruppieren sich mehrere SpezialistInnen um einen individuellen Patientenfall und versuchen gemeinsam »mit einer Art

Schwarmintelligenz« die beste Therapie zu finden. Dieses Bündeln von Kompetenzen und Fokussieren auf den Patienten erscheint als durchaus sinnvoll und zielführend; allein, diese Konsile finden *unter Ausschluss der PatientInnen statt*. Wenn man so will, handelt es sich hierbei um das Kollegium gewordene Medizin und

„eigentlich das Gegenteil, wenn man so möchte der Arzt Patienten Beziehung (lacht), dann sozusagen für den Patienten jetzt. Das stellt einen Versuch dar, objektiv einen besten Weg aus irgendeiner Gasse zu finden. Aber es ist nicht so, dass es für den Patienten ein vertrauensvolles Gegenüber gibt. Das Tumor Board ist keine Person. Das ist ein abstraktes Konstrukt“ (Internist).

In diesem »abstrakten Konstrukt« erscheint der Patient nun ausschließlich als Fall und Behandlungsobjekt, ohne die Möglichkeit der Einflussnahme auf Behandlungsentscheidungen. Zwar wird dieser zu einem späteren Zeitpunkt im Laufe des Prozesses eingebunden werden müssen; nachdem jedoch der Konsiliarbeschluss vorliegt noch auf die Entscheidung einwirken zu können oder diese sogar zu revidieren, erscheint als von der Patientenseite kaum umsetzbar. Interessant ist die drastische Formulierung wenn vom »Gegenteil« der Arzt Patient Beziehung die Rede ist. Damit wird auf die Problematik verwiesen, dass die geforderte Teamkultur als Problemlösung als etwas Professionsinternes erscheint, von dem die Laien zwangsläufig ausgeschlossen bleiben müssen. In Zusammenschau mit der Ablösung des medizinischen Wissens von der PatientInnenperspektive im Zuge der Professionalisierung des Ärztstandes ist das nicht überraschend. Dass dieser Punkt hier allerdings so deutlich zum Vorschein kommt, ist bemerkenswert. Hierin kommt dann auch eines der Hauptprobleme dieser Arbeit zum Tragen, nämlich, die Verhinderung der Kongruenz der Perspektiven durch die sich gegenseitig ausschließenden und in Opposition zueinander entstandenen Wissensbeständen und damit der praktischen Schwierigkeiten, das „ÄrztIn-PatientIn-Team“ zu verwirklichen, wenn Laien in diesem Sinne gar kein Teammitglied sein können – wären sie doch sonst bereits als Teil der Profession oder anderer Berufsgruppen der Health Care Professionals inkludiert.

Betrachtet man die durchaus selbstkritische Reflexion des Tatbestands durch den Internisten, wenn er die Problematik so klar benennt in Zusammenschau, mit den hier vorgelegten Gleichzeitigkeiten und Momenten der Persistenz paternalistischer Elemente, innerhalb der organisierten Krankenbehandlung, scheint in der reinen Bewusstwerdung, dass es sich um durchaus problematische Konstellationen handelt, die mit den Forderungen nach partnerschaftlicheren Ansätzen innerhalb der Krankenbehandlung kaum in Einklang zu bringen sind, wenig Potential zu liegen, daran tatsächlichen etwas zu verändern. Allerdings handelt es sich hierbei auch um sehr spezifische Situationen, bei welchen mit

hochkomplexen Krankheitsbildern umgegangen werden muss, die daher aber auch für die PatientInnen einen hohen Grad an existenzieller Betroffenheit und damit ein Bedürfnis nach „existential care“ (so: Agledahl et al. 2011: 651) erzeugen.

Doch auch hier können unbewusste leibgebundene Wissens Elemente, die sich als Körperzustände äußern eine Rolle spielen. Wenn die Akteure das Gefühl haben, der Patient sei nicht Teil des Teams, ist es sehr schwer sich mit Reflexion dagegen zu stemmen und dadurch an dieser Praxis etwas zu ändern. Die leibgebundenen Wissens Elemente äußern sich dann in Graden der (körperlichen) Abneigung, des Widerstandes, der Widerwilligkeit und da bei jeglicher Interaktion gerade diese Arten von leibgebundenen Kategorien, Vertrauen, Empathie, etc. sehr wichtige Elemente sind, kann diese Widerständigkeit nicht einfach ausgehebelt werden, ist sie doch durch die feldspezifische Sozialisation fest verankert und wurde von Beginn des Feldeintrittes an durch aktives Mitwirken innerhalb der feldeigenen Logiken aus dem Fokus gerückt und durch andere Körperschemata verdrängt bzw. überlagert (vgl. Pflegewissenschaftler weiter oben). Wenn dies jedoch der Fall ist, wozu sollte man sich mit der Problematik dann überhaupt in der vorliegenden reflexiv-bewussten Form im Zuge dieser Ausarbeitungen auseinandersetzen?

Hier wäre dann der Punkt erreicht, in welchem sich die Perspektive der wissenschaftlichen Beschreibung der Verhältnisse mit einer normativeren Perspektive koppelt und dann die Antwort lauten kann: weil es eben kein erstrebenswerter Zustand ist und es dafür auch eine Vielzahl an empirischen Befunden gibt. Demnach sollen diese Darlegungen nicht dahingehend missverstanden werden, angesichts der Macht unbewusster Persistenzen sei in Tatenlosigkeit zu verharren, eine angemessene Reaktion, sondern im Gegenteil die Notwendigkeit herausgestrichen werden, die Partnerschaftlichkeit zwischen Arzt und Patient weiterhin als positiven Wirkfaktor stark zu machen und die Aufmerksamkeit im Angesicht des im talk scheinbar zu großen Teilen bereits verwirklichten Shared Decision Making nicht mit gutem Gewissen auf andere Themen zu lenken und die Beschäftigung mit dieser Thematik als gelöst ad acta zu legen. Denn so persistent die Verhältnisse auch erscheinen, dadurch dass diese nur in der Trägerschaft konkreter Akteure existieren und (re-)produziert werden, kann der Versuch der Bewusstmachung des unbewusst Wirkenden, dazu beitragen, dass sich die Verhältnisse im Laufe der Zeit tatsächlich ändern. Damit soll zum Abschluss auf die Gegenüberstellung von Paternalismus und Partnerschaft fokussiert werden.

7.7 Spannungslinie Paternalismus vs. Partnerschaft

„Also der langen Rede kurzer Sinn, je älter die Patienten oder je kränker sie sind, desto mehr vertrauen sie darauf, dass ein Dritter für sie die Entscheidungen trifft“ (Ges.Ökonom).

Diese Feststellung weißt eine hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen der im Literaturteil herausgearbeiteten Studien auf und ist nicht überraschend, äußert sich hier doch in besonderem Maße die Tatsache, dass die ExpertInnen gut informiert und auf Grundlage dieser und ähnlicher Ergebnisse kommunizieren.

„Die Ärztinnen und Ärzte mit denen ich gesprochen habe in letzter Zeit, also gesprochen heißt (lacht) Interviews durchgeführt, die reden schon oft von einem Generationenunterschied, zum Beispiel was die Patientinnen angeht“ (Politikwissenschaftlerin).

Hier stimmt auch diese Expertin überein und teilt Ergebnisse aus ihrer eigenen Erhebung, innerhalb derer sie Interviews mit ÄrztInnen führt. Auch in ihrer Wahrnehmung, kann der Faktor der Generationenzugehörigkeit, relativ klar als Einflussfaktor für die Art und Weise der Ausgestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses identifiziert werden. Wobei Vorsicht geboten ist, solchen Kategorien – Alter, Geschlechtszugehörigkeit, soziale Klassenzugehörigkeit, etc. – als Erklärungsvariablen heranzuziehen, handelt es sich doch immer um idealtypische Kategorisierungen die nicht zuletzt auf statistischen Wahrscheinlichkeiten ruhen und es sich, darüber hinaus, durch Vorannahmen geprägte Beobachtungen handelt, die im Sinne des Thomas Theorems – „if men define situations as real, they are real in their consequences“ (Thomas/Thomas 1928: 572) – Prozesse der Reifikation einleiten können, innerhalb welcher Explanans und Explanandum austauschbar werden. Interessant ist dabei, dass der Generationenunterschied nicht nur auf PatientInnen-Seite wahrgenommen wird, sondern auch auf Seiten der MedizinerInnen.

„Die neuere Generation der Medizinerinnen, Mediziner lernt auch etwas, was die ältere noch nicht so unterstützt bekommen hat, bei der Ausbildung: das Interdisziplinäre. Und das ist etwas, dass die jüngere Generation eher praktiziert als die ältere“ (Geriatler).

Darüber hinaus wird auch der Schweregrad der Krankheit als wirkmächtig herausgestellt,

„wenn es sozusagen wirklich um Leben oder Tod Entscheidungen geht oder völlig diffuse Situationen, da werden Menschen vermutlich Anleitung brauchen und Anleitung suchen“ (Ges.Ökonom).

Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich einige Untersuchungen dem Verhältnis von ÄrztInnen und PatientInnen über »existentielle Randbereiche« oder Extremsituationen zu nähern versuchen, um aus den daraus zu Tage geförderten Erkenntnissen, Rückschlüsse auch für das alltäglichere Interagieren im medizinischen Bereich zu erhalten, weil hier »Dinge klarer hervortreten« (su.).

„Es gibt durchaus eine Tradition von Zwangsbehandlungen oder Behandlungszwängen. Da kommt einmal die Psychiatrie auf jeden Fall in Frage. Das ist vielleicht gar nicht so schlecht um auch allgemein gesellschaftliche Entwicklungen abzulesen, wenn man ein bisschen die extremen Fälle betrachtet. Historisch gesehen hat die Psychiatrie sozusagen den Großteil ihrer Patienten und Patientinnen unfreiwillig, sagen wir, festgesetzt und behandelt. Zumindest im Bereich der psychiatrischen Anstalten. [...] Und da stellen sich die Fragen natürlich schon ganz anders als bei jemandem der mit einem Leiden oder nach einem Unfall Behandlung sucht und auch benötigt. Die Frage von Zwang versus Freiheit stellt sich bei Impfungen, das ist ja ganz aktuell zurzeit. Und es gibt natürlich immer wieder Phasen wo bestimmte Impfungen verpflichtend sind. In Zusammenhang mit Infektionskrankheiten allgemein, Meldepflichten, Behandlungspflichten, also da kann man sozusagen auch ablesen, ob das jetzt zu einem bestimmten Zeitpunkt eher in Richtung Autonomie von Patienten, Patientinnen geht. Wie geht man eben um damit, wenn jemand durch eine, sag ich jetzt einmal, falsche oder unvernünftige Entscheidung sich nicht nur selbst gefährdet, sondern auch die Gemeinschaft oder andere. Man kann sich das auch überlegen bei Kindern. Also bezogen auf das Verhältnis Ärzte Kinder Eltern. Was ist wenn die Eltern sag ich jetzt mal unvernünftig sind oder augenscheinlich nicht im Interesse des Kindeswohls handeln. Welches Ausmaß an Zwang oder Eingriffen lässt man hier zu oder wie viel Autonomie lässt man den Eltern diese Entscheidungen zu treffen? Mit einer Frage wie der Organspende, also die Verfügung über den eigenen Körper nach dem Tod. Das ist dann nicht die Regel medizinischen Handelns als nicht größter Teil der Interaktionen. Aber zum Teil ist es als Indikator sozusagen vielleicht sogar geeigneter, weil die Dinge klarer hervortreten“ (Med.Historiker).

Dass sich aus diesen Fragestellungen sehr wertvolle Erkenntnisse ableiten lassen ist aus meiner Sicht unbestritten. Trotzdem wurde in dieser Arbeit bewusst versucht auf die alltägliche Behandlungspraxis zu fokussieren, um auch die vermeintlich ganz normalen Routinen der Analyse zugänglich zu machen, ohne den Umweg über die Extreme zu gehen.

8. TYPEN VON PATIENTINNEN

Damit endet die Vorstellung der aufgefundenen Spannungslinien. Abschließend wird auf einige PatientInnentypen zu fokussieren sein, welche sich im empirischen Material immer wieder abzeichneten und aktiviert wurden, auf die also implizit oder explizit Bezug genommen wurde. Dass dabei ein Unterschied hervortritt, zwischen der Verfügungsgewalt bestimmter Ressourcen, die die AkteurInnen innehaben und deren tatsächlichem Einsatz, in der Behandlungssituation, also sozusagen der Umwandlung von potentiell Einfluss in aktuellen Einfluss (vgl. Saake/Vogd 2008: 19) leitet die nachfolgende Passage ein, in welcher ein Professionsexperte selbst gezwungen ist die Patientenposition einzunehmen.

„Man liefert sich lieber aus und lässt sich beraten, als dass man seine eigenen Entscheidungen trifft. Ich hab das gesehen bei meinem Schwiegervater, der lange Zeit Direktor eines Krankenhauses war. Im Moment wo er krank geworden ist, haben wir die Entscheidungen für ihn getroffen. Und das war ihm Recht so“ (Labordiagnostiker).

Beim Arzt-Patient kann man davon ausgehen, dass auf ihn wohl alle der nachfolgenden Typisierungen, zumindest bis zu einem gewissen Grade, zutreffen werden. So wird dieser gut informiert sein (vgl. Kivits 2004) und über eine eigene Expertise verfügen, gleichzeitig

erscheint er als hilfsbedürftig und nimmt im vorliegenden Falle davon Abstand seine Ressourcen zu aktivieren (Heldal/Tjora 2009, Brown et al. 2002) sondern begibt sich in den Verantwortungsbereich seiner ÄrztInnen und Angehörigen und lässt sein Kapital ruhen.

8.1 Der »informierte« Patient

Der hier vorzustellenden Subjektposition benannt als informierte Patientin wird, wie bei der Spannungsfeldanalyse bereits herausgearbeitet wurde, auf Seiten der Health Care Professionals mit einiger Skepsis begegnet. Der informierte Patient scheint eine Art Abwehrreaktion auszulösen, verspricht die Fallbearbeitung mit solchen Akteuren doch prinzipiell hohes Potential einer Zunahme von Komplexität zu zeitigen.

„Dass sich die schlau machen bevor sie zu ihnen kommen, also das etwas, was landläufig unter Dr. Google segelt, dass sich die Leute schlau machen und schon mit einer vorgefassten Meinung kommen, was sie denn haben und was sie so bräuchten und dass sie dann einen zum Teil erheblichen Aufwand treiben müssen, um die Leute da von ihrer, unter Anführungszeichen, Diagnose und von ihren eigenen Therapiewünschen wegzubringen“ (Ges.Ökonom).

Hier begegnen wir wieder den »Auswüchsen« des erwünscht gut informierten Patienten als einer Art übergut und damit schlecht informiertem Patienten, welcher sich (auch) mithilfe fragwürdiger Quellen und ohne Rückkopplung an die professionelle Wissensordnung, unabhängig eine vorgefertigte Selbstdiagnose gestellt hat und bereits mit konkreten Therapiewünschen in die Situation eintritt. Damit ist das Gegenteil der Konsiliarmedizin eingeführt und die damit komplementäre Gegenform als einseitiges Patienten-Verhältnis, in welchem der Patient im Eigenkonsil zur Entscheidung gelangt, unter Ausschluss der Professionsangehörigen. Dass diese selbständig gebildete Expertise korrekt sein könnte, kommt dabei nicht in Betracht und das obwohl es

„bei den Jüngeren, bereits zur Routine geworden ist. Das heißt abzuchecken bei Seiten denen man vertraut, was denn das is und was man dagegen tun könnte. Das wird schon immer häufiger“ (Ges.Ökonom).

Trotzdem wird die Abwertung der PatientInnenperspektive sehr deutlich, auch wenn die PatientInnen nicht allein ihr individuell-idiosynkratisches Wissen einbringen, sondern mit dem Anspruch, einer mit wissenschaftlichen Fakten aufgeklärten Perspektive auftreten.

„Es gibt natürlich schon, egal wieviel man von Patient Empowerment redet, schon auch eine ziemlich starke Abwertung der PatientInnenperspektive. Also Zeit allein ist jetzt nicht genug. Es braucht schon auch ein Verständnis dafür, dass diese Perspektive auch irgendwie relevant ist und PatientInnen nicht nur die Nervigen sind, die die ganze Zeit labern und nichts Relevantes sagen“ (Politikwissenschaftlerin).

Aber

„wir reden sozusagen von Dingen, die ein Laie kaum beurteilen kann. Was fang ich an mit Risikoprozentsätzen und sonstigen Dingen“ (Ges.Ökonom).

„Jemand der nicht Medizin studiert hat kann auch gar nicht abschätzen, was für Konsequenzen eine Behandlung oder eine nicht Behandlung für ihn haben kann“ (Labormediziner).

„Es ist ja oft eine Abwägung. Soll ich mich operieren lassen? Ist es gefährlich? Bin ich fit genug? Ist es sicher? Werde ich gesund oder kann es Komplikationen geben? Und da muss man sich schon auf den behandelnden Arzt verlassen können. Weil das kann der Patient nicht beurteilen“ (Labormediziner).

„Laienwissen ist immer gefährlich. Gerade in so einem komplexen Bereich wie der Medizin. Wo es ja eigentlich so gut wie keine linearen Zusammenhänge gibt, also gibt es da immer ganz viele Faktoren, die eine Rolle spielen und Selbstdiagnose ist, glaube ich, ein schwieriges Unterfangen“ (Technikerin).

„Und ich glaub das kann man schon in Einzelfällen. Sich so ein bisschen eine Meinung bilden und Informationen holen. Aber eben daraus ein belastbares Wissen zu entwickeln ist sehr schwer. Und das ist, glaube ich schon etwas, wofür Ärzte gut sind oder wofür sie eigentlich trainiert sein sollten. Das macht die Profession aus. Und insofern würde ich sagen, gibt es hier wieder ein Spannungsfeld: Auf der einen Seite ist der mündige Patient die Voraussetzung für die moderne Medizin überhaupt. Auf der anderen Seite gibt es den, sagen wir, übersteigert mündigen Patienten, der alles dann schon besser weiß“ (Internist).

Bezüglich der Einschätzung, Laien könne es gelingen, alleine ein belastbares Wissen zu bilden erscheint das Urteil relativ eindeutig. Hervorstreichen ist bei den Zitaten die verabsolutierende Haltung, welche die Möglichkeit, dass es einen ohne Medizinstudium und Rückkopplung des Wissens an die Profession (ausreichend) informierten Patienten geben *könnte*, von vornherein ausschließt.

Als Patient mit einer bereits vorab und unabhängig aufgeklärten und vorgefertigten Meinung aufzutreten und diese, ohne auch die Empfehlungen des Arztes bei der eigenen Entscheidung zumindest in Betracht zu ziehen, scheint damit starke Irritation und Widerständigkeit auszulösen und mit der Gefahr verbunden zu sein, das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis nachhaltig zu schädigen.

8.2 PatientIn als hilfesuchend

Dem Gegenüber erscheint als legitimeres Patientensubjekt nach wie vor, der passivere und mit der Situation potentiell überforderte Hilfesuchende, welcher sich aus guten Gründen in die Verfügungsgewalt der ÄrztInnen begibt.

„Wir reden von Kranken, wir reden von Verzweifelten, wir reden von Leuten mit Schmerzen.“ (Ges.Ökonom).

„Also das Machtgefälle ist natürlich immer ein Thema. Und das wird schon konstituiert durch die, sag ich mal, einseitige Abhängigkeit. Der Patient, die Patientin ist sozusagen in Not und abhängig im weitesten Sinne. Der Arzt die Ärztin verfügt über die Fachkenntnis und hoffentlich den Schlüssel zu einer Heilung. Und darin konstituiert sich ja schon ein gewisses Gefälle“ (Med.Historiker).

„Der Patient, in der Situation wo er eine schwere Krankheit hat zum Beispiel, ist angewiesen auf die Hilfe und den Rat der Ärzte und selbst Ärzte wenn sie krank werden tun sich sehr schwer mit dieser oft geforderten Eigenverantwortung. Weil man in eigener Sache nicht objektiv sein kann. Man liefert sich lieber aus und lässt sich beraten, als dass man seine eigenen Entscheidungen trifft“ (Labormediziner).

„Ich finde das auch bestätigt in der Literatur, dass es Lebensumstände gibt, wo Menschen aus ihrer Erkrankung heraus, ihrer Gefühlslage heraus, nicht wirklich in der Lage dazu sind, eine Entscheidung zu treffen; zu sagen Vorgehensweise A birgt diese Chancen und Risiken und Vorgehensweise B birgt jene Chancen und Risiken. Ich kann mir gut vorstellen, das kann eine echte Überforderung der Patientinnen auch bedeuten“ (Ges.Ökonom).

„Weil zum einen bin ich Laie. Zweitens bin ich krank, und vielleicht voller Angst, insbesondere wenn es um lebensbedrohliche Krankheiten geht. Und dann muss ich mich auch noch selber managen. Also das glaub ich führt zu einer großen Überforderung“ (Technikerin).

„Es ist auch interessant, dass der Begriff Patient immer so merkwürdig kritisch betrachtet wird. Im Bereich der Psychotherapie wird von vielen der Begriff Klient benutzt, auch vom Patienten selber. Meiner Meinung nach geht es da tendenziell um ein schon auch fragwürdiges Verleugnen des Patientendaseins. Nämlich was das bedeutet, dass man Patient ist. Und dass ich durch eine Veränderung des Begriffs einfach den Zustand des Krankseins und der damit verbundenen Abhängigkeit – also zu sagen ich bin Klient hat einen Konsumanspruch – aber es geht auch darum, dass der Arzt hoffentlich gesund ist und der Patient, der ist leider krank. Und zu hoffen ist, dass der Arzt möglichst gut ist und dass der den Patienten möglichst gut behandeln kann. Und das ist sein Job. Und natürlich auf einer bestimmten Augenhöhe unter einem bestimmten Aspekt“ (Psychiater).

8.3 Patientin als Ressource

In relativ scharfem Kontrast zur Betonung der grundlegenden Hilfsbedürftigkeit erscheint die Perspektive des Pflegewissenschaftlers, welchem, wie gezeigt wurde, von einigen der auch hier versammelten ExpertInnen, eine zunehmende Kompetenz hinsichtlich des Arzt-PatientInnen-Verhältnis zugesprochen wird.

„Also in meinem Verständnis sehe ich auch den Menschen nicht als dass er nur aus Problemen besteht, auch wenn er in ein Krankenhaus kommt. Sondern er hat vielleicht ein Problem, das ist dort und da aber er hat unheimlich viele Fähigkeiten“ (Pflegerwissenschaftler).

Hier wird eine Veränderung der Betrachtungsweise deutlich und stark gemacht, die nicht mehr das Kriterium der Hilflosigkeit ins Zentrum rückt, sondern einen ressourcenorientierten Ansatz vorschlägt, bei der

„die professionelle Betreuungsperson sagt, ah Moment einmal, Sie haben Probleme vielleicht in den Beinen, aber die Hände sind in Takt, ja, wir können schauen, vielleicht kann man die Hände aufstützen, die Arme aufstützen, dass man aufstehen kann und das Gehen funktioniert. Und somit bleibt er autonom“ (Pflegerwissenschaftler).

Es wird die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Funktionsstörung gelegt, sondern vor allem auf die (noch) nicht betroffenen Bereiche, um die mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen unter Umständen und bis zu einem gewissen Grade kompensieren zu können und damit die PatientInnenautonomie zu gewährleisten. Dem kommt eine zentrale

Bedeutung zu, denn „wenn ich selber noch was machen kann, dann fühl ich mich nicht wertlos“ (Pflegerwissenschaftler). Die Erhaltung der Autonomie wird zum angestrebten Ziel und zur erstrebenswerten Ressource und zwar sowohl in körperlicher als auch kognitiver Hinsicht.

„Dass man zum Beispiel auch Menschen, die alt werden, auch ermöglicht, funktionell, kognitiv und körperlich gut alt zu werden. Das ist sozusagen auch der rehabilitative Auftrag der Medizin, den sie also im Zusammenhang mit dem hohen Alter, mit der Geriatrie auch hat. Und dazu braucht es, wie gesagt, durchaus eine Qualität, dazu braucht es Wissen, Fähigkeiten, Erfahrung und das ist etwas was es zu unterstützen gilt“ (Geriatler).

Die Leistung der Health Care Provider erscheint dann als Unterstützung zur Erhaltung von Ressourcen aber auch der *Aktivierung* von Potentialen.

„Das muss möglich sein, auch im Sinne des Patient Empowerment. Also dass der Patient befähigt wird selbst sich seiner Situation anzunehmen und auch selbst Dinge in die Hand nehmen kann und sich nicht nur, sozusagen auf Gedeih und Verderb dem Gesundheitssystem, also in dem Fall der Ärzteschaft, begibt“ (Pflegerwissenschaftler).

„Ich glaube daran müssen wir arbeiten, auch am Menschen, dass wir sagen, Moment einmal, das Problem ist vorhanden, ja, wir arbeiten gemeinsam daran, aber was können Sie beitragen, dass das Problem dann auch verschwindet. Also diese Ressourcenorientierung, gehört glaube ich gefördert“ (Pflegerwissenschaftler).

„Das heißt wir haben laufend unsere eigenen Kompetenzen wahrzunehmen“ (Pflegerwissenschaftler).

Damit kann dann auch ein Beitrag geleistet werden, mit der grundlegenden Perspektivendifferenz besser umzugehen.

„Die befragten Ärztinnen haben gesagt, sie haben das Gefühl, sie haben die Patientinnen umfassend unterstützt und beraten was jetzt zu tun ist und die Patienten sind raus gegangen und wurden dann befragt und haben das Gefühl gehabt, der hat sie überhaupt nicht verstanden“ (Ges.Ökonom).

„Also diese ganze Recovery-Bewegung geht sehr stark in diese Richtung. Das heißt, dass man Menschen einfach gewinnt, über ihre Erfahrungen zu sprechen und was ihnen geholfen hat. Und das ist manchmal ganz weit abseits von dem, was wir als Betreuungsperson glauben, was denen geholfen hat“ (Pflegerwissenschaftler).

Mit dem Ressourcen-Ansatz soll sowohl die grundlegende Hilfsbedürftigkeit der PatientInnen ernstgenommen, als auch die Bevormundung im Sinne des Paternalismus überwunden werden um in hohem Maße, von ExpertInnenseite legitimierte, aktive und empowerte PatientInnen hervorzubringen, die nun verstanden werden als mit einigen Mängeln aber vielerlei Ressourcen ausgestattete Wesen. Die Ressourcen werden dann als in den PatientInnen ruhende Potentiale gesehen, die es sinnvoll *und von Seiten der Health Care Provider* zu aktivieren gilt.

Der Patient als Ressource könnte damit auch als zu aktivierender und (hoffentlich) erfolgreich aktivierter Typus des passiv hilfeschendenden Patienten beschrieben werden, der

zwar auf Unterstützung angewiesen ist, sich dabei aber nicht mehr »auf Gedeih und Verderb der Ärzteschaft« ausliefert und an seiner eigenen Krankenbehandlung *gemeinsam mit den Health Care Professionals, mitarbeitet*.

8.4 PatientIn als ExpertIn

Eine eher widersprüchliche Position bildet das, was mit dem Verständnis der PatientInnen als ExpertInnen angesprochen ist und bei welcher der grundlegende Widerspruch bereits in der Bezeichnung begründet liegt, wenn uns diese als Oxymoron „lay expert“ (vgl. Prior 2003: 53) entgegentritt. Ebenfalls relativ uneindeutig ist die Einschätzung, worin genau die hier bezeichnete Expertise bestehen mag. Je nachdem, welche Forschungsperspektive man befragt, erscheint diese als auf einem Kontinuum liegend. Am einen Pol liegt die Zuerkennung einer mehr oder weniger inhaltlich-medizinischen Expertise, welcher derjenigen der professionellen Expertise relativ nahe zu kommen scheint (vgl. Donaldson 2003). Auf der gegenüberliegenden Seite begegnet uns ein Verständnis, in welchem diese medizinische Expertise nicht zum Tragen kommt, sondern die PatientInnen lediglich als ExpertInnen ihrer eigenen subjektiven Erfahrung konzipiert werden. Hiernach treten Arzt und Patient im Verhältnis der klassischen Perspektivendivergenz als Vertreter unterschiedlicher und voneinander unabhängiger Wissensordnungen hervor: “the provider is an expert in the clinical evidence. Patients are experts in their experiences and what matters most to them” (Alheit/Herzberg 2018: 256).

Grundsätzlich liegt diese Positionierung der PatientInnen sehr nahe am Typus des informierten Patienten wird von den befragten ExpertInnen aber als weniger illegitim angesehen.

„Ich meine, im Bereich des Selbstmanagements gibt es schon Aspekte, die auch gut funktionieren und wo das auch sehr stark verwendet wird, also zum Beispiel bei der Zuckerkrankheit. Also da weiß der Patient... die wissen in der Regel ganz genau wie sie sich managen. Also es gibt viele Erkrankungen, wo einfach der Patient zu einem Experten seiner Krankheit wird, aber als Individuum“ (Internist).

„Oder wenn der Arzt gar nicht mehr genau weiß, was in dem Fall alles funktioniert. Also da hat wieder der Arzt den allgemeineren objektiveren Blick. Weil der eine macht es ein bisschen so, der andere macht es ein bisschen so. Der eine braucht so und so viel Insulin, der macht das in der Früh der andere macht es am Abend. Das finden die Patienten dann teilweise für sich heraus, dieses Selbstmanagement. Das ist ein ganz wesentlicher Aspekt, ist aber jetzt in meinen Augen eigentlich nicht medizinisches Wissen im engeren Sinne“ (Internist).

Vor allem hinsichtlich der Behandlungsregime bei chronischen Erkrankungen (»der Zuckerkrankheit«), bei welcher die Mitarbeit der PatientInnen von hoher Relevanz ist und im Rahmen welcher die PatientInnen »in der Regel ganz genau wissen, wie sie sich managen«, wird vom Internisten dieser Expertenstatus zuerkannt und scheint im zweiten

Teil der Passage, bezogen auf die Verabreichung von Insulin und der Messung des Blutzuckerspiegels, durchaus auch eine medizinische Dimension aufzuweisen, die sowohl die Expertise lediglich der eigenen Erfahrung übertrifft, als sogar auch die des behandelnden Arztes, welcher sich nicht in einem ähnlich hohen Intensitätsgrad mit dem individuellen Fall beschäftigen kann. „People with long-term health problems often become quite expert in managing their treatment and care and management of chronic diseases usually depends on patients playing an active role.“ (Coulter 2002: 56). Allerdings wird dies vom Internisten auch sehr schnell wieder relativiert, wenn er bemerkt es handele sich hierbei nicht um medizinisches Wissen »im engeren Sinne«. Der Internist belegt damit im angelegten Kontinuum eine Art Zwischenposition.

Beim Pflegewissenschaftler hingegen erscheint die Patientenexpertise als sehr viel belastbarer, wird aber auch in Bezug auf den psychotherapeutischen Bereich beleuchtet. Hier bildet das Gespräch insgesamt einen integraleren Bestandteil der Behandlung, als dies bei der somatischen Medizin der Fall ist.

„Naja also grade im psychiatrischen Bereich ist es ja ganz klar erwiesen, dass die Patienten oft die wesentlich besseren Experten sind und auch die Vorsymptome und Vorboten wesentlich besser erkennen, als es das ganze Umfeld kann“ (Pflegerwissenschaftler).

Die Mindestforderung erscheint dann bei der Politikwissenschaftlerin, wenn es darum geht, den PatientInnen wenigstens »irgendeine« Kompetenz zuzuerkennen.

„Nicht alle Menschen sind angenehm, aber das ist dann die Aufgabe anzuerkennen, dass sie irgendeine Kompetenz haben und das anzuerkennen, dass dies eine Relevanz. Wenn es zum Beispiel um ein narratives Wissen geht“ (Politikwissenschaftlerin).

Als mit dem Typus des patient as expert verbunden erscheint die Figur des Patienten als Managers seiner eigenen Krankheit (vgl. Coulter 2002: 56), aber auch mit dem bereits vorgestellten informierten Patienten. Trotz der Vorbehalte hinsichtlich des ExpertInnen-Status der Laien, erscheint die Abwehrhaltung jedoch nicht in gleichem Maße stark ausgeprägt, wie dies weiter oben, beim informierten Patienten offenbar wurde.

Im Unterschied zwischen diesen beiden Typen, in meiner Interpretation verstanden als zwei Ausprägungen eines ähnlichen Typus, sollen die Annahmen dieser Arbeit nochmals fokussiert zusammenfließen, wenn behauptet wird, *der Laienexperte erscheint als aktiv in die medizinische Wissenssphäre eingebundene und damit legitimierte Form des eher passiven und unabhängiger von der medizinischen Wissenssphäre hervorscheinenden Typus des informierten Patienten*. Die Aktivierung scheint der Schlüssel zur Legitimierung auch der paternalistischen Logiken im Patienten-als-Ressource-Typus. Aktivität wird in diesem Zusammenhang verstanden als tätige Mitarbeit, bei der eigenen Krankenbehandlung, *in*

Kooperation mit den Health Care Professionals und unter Berücksichtigung ihrer professionellen Wissensbestände, bei welcher auch der Kontrollanspruch der Ärzteschaft hinsichtlich dieses Bereichs von den PatientInnen erkannt und anerkannt wird.

Dass es nicht genügt, lediglich gut informiert zu sein, darauf weisen auch Heldal & Tjora (2009) in ihrer Fallanalyse des „Mr. Hansen“ hin, eines Patienten, welchem es gelingt, in einem hohen Maße an der eigenen Behandlung zu partizipieren und dies soweit verwirklichen kann, dass er eine – sehr teure und aufwändige – Therapie erhält, die anderen PatientInnen, mit identischem Krankheitsbild, normalerweise verwehrt bleibt. Dem voraus ging der Aufbau eines sehr intensiven Verhältnisses zu den behandelnden ÄrztInnen und den Pflegekräften, die den Mr. Hansen nach einiger Zeit als fast gleichwertigen Experten wahrnahmen, ihn zum Teil sogar um seine »professionelle« Meinung baten. Das Ergebnis, zu welchem die AutorInnen gelangen, besteht in der Feststellung, dass weder die außergewöhnlich großen Fachwissensbestände des Mr. Hansen, noch sein äußerst guter Zugang zu krankenhausexternen, zum Teil internationalen ExpertInnen, welchen er sich im Zuge seiner Behandlungspartizipation erarbeitet hatte, den Ausschlag für seine sehr erfolgreiche Partizipation ergab. „The active patient role of Mr. Hansen was [...] not a stable phenomenon, but something that developed over time“ (Heldal/Tjora 2009: 16). Nicht die statischen Eigenschaften, als Verfügung über potentielle Ressourcen wie Wissen als kulturellem Kapital (vgl. Bourdieu 2005) und einem umfangreichen Expertennetzwerk mit Bourdieu verstanden als soziales Kapital, sondern die Aktivierung dieser Kapitalien und damit der Umsetzung des in diesen Ressourcen liegenden Einflusspotentials in tatsächlichen Einfluss, innerhalb eines komplexen Beziehungsgeflecht, das sich durch hohes gegenseitiges Vertrauen und Anerkennung auszeichnete, führte zu dieser gelungenen Positionierung als expert patient. Der erfolgreiche weil aktive Patient wird dann nicht (mehr) als (rein) individueller Akteur verstanden, sondern „the (successful) active patient is [...] a set of relationships, in which meaning emerges retrospectively“ (Heldal/Tjora 2009: 17).

In den Worten der Politikwissenschaftlerin klingt dieser grundlegend relationale Aspekt von Subjektivität folgendermaßen an und beinhaltet die Ausweitung des Beziehungsnetzes, welches sich bei ihr auch auf Bereiche außerhalb des medizinisch-klinischen Komplexes erstreckt.

„Wenn man schon von Shared Decision Making spricht, ich glaub dann geht es auch darum anzuerkennen, dass es nicht nur um Arzt oder Ärztin und Patientin geht, sondern dass an Patientin Patient immer noch andere Leute irgendwie auch dranhängen. Also muss nicht unbedingt sein, aber kann immer sein. Und dem liegt ein relationales Verständnis darüber zu Grunde, wer wir sind. Wir sind zwar einzelne Menschen (lacht), aber ich finde es grundlegend falsch sozusagen von Individuen zu sprechen, weil wir immer eigentlich ... wir sind nie unteilbar, also das sozusagen wir sind immer schon mit anderen verbunden. Wir sind

wer wir sind nur weil wir eingebettet sind in die Beziehungen mit anderen. Und das gilt es sozusagen zu berücksichtigen im medizinischen Setting“ (Politikwissenschaftlerin).

Damit sind wir wieder am Ausgangspunkt der Parsonschen Konzeption des Arzt-Patienten-Verhältnisses angelangt. Dieser benennt zwar das Umfeld des Patienten als zu berücksichtigender Faktor, zieht daraus, so scheint es, jedoch keine analytischen Konsequenzen, zumindest nicht direkt innerhalb seiner reziprok-dyadischen Anlage einer funktionalistischen Rollenbeziehung Arzt und Patient.

Die relationale Anlage in den Fokus zu rücken, kann mit dem Feldbegriff gelingen, ohne dabei gänzlich auf den substantialistischen Aspekt des Akteursbegriffs als „strukturierte Struktur“ verzichten zu müssen. Damit können dann Handlungsspielräume für Akteure als potentielle PositionsbesetzerInnen im Feld aufgezeigt werden.

Diese Spielräume liegen hiernach unter anderem in der feldspezifischen Sozialisation begründet, welche die ÄrztInnen durchlaufen und die die bewusste und unbewusste Wissensvermittlung und die Einschreibung der Regeln und Regelmäßigkeiten in die individuellen Habitus, die wiederum die Besetzung von (höheren) objektiven Positionen im Feld wahrscheinlich machen. Diesem institutionell und organisatorisch gut abgesicherten, einheitlich erscheinenden Akteurskreis, treten in der Behandlung PatientInnen-Akteure gegenüber, welche diese feldspezifische Sozialisation nicht in einem entsprechend hohen Grade durchlaufen können. Trotzdem sind sie, wenn sie in das Feld eintreten, als Teil der hier herrschenden Logiken und damit Teil der hier stattfindenden Sozialisationsprozesse zu sehen. Je länger der Feldaufenthalt andauert, desto besser werden sie beim Mitagieren. In Auseinandersetzung mit anderen AkteurInnen im Feld formiert sich der eigene feldspezifische Habitus, prägen sich die feldspezifischen Strukturen ein. Ist dieser Prozess erfolgreich absolviert und hat er lange genug gedauert, können eventuell im Expertendiskurs als legitim erscheinende Positionen besetzt werden, was auch immer die Möglichkeit der Ablehnung oder Grade der Distanzierungen von diesen Positionen und der damit verbundenen Erwartungen beinhaltet. Da auch die ÄrztInnen im fragmentierten Behandlungsnetzwerk zunehmend auf die Mitarbeit der PatientInnen, nicht zuletzt bei der Integration der Krankenbehandlung angewiesen sind, kann man durchaus davon ausgehen – und dies klang in den Interviews an –, dass diese prinzipiell aufgeschlossen sind, gegenüber autonom agierenden Patienten, zumindest wenn sie nicht abgekoppelt vom Feld agieren und Perspektiven durchzusetzen versuchen, die unabhängig von der Interaktion mit feldspezifischen Akteuren und Strukturen entstanden sind. Hier treten die (autonom-unkontrolliert) informierten PatientInnen als potentielle Komplikatoren, als illegitime Patientensubjekte auf und provozieren Abwehr.

Kommt die Expertise jedoch in aktiver Auseinandersetzung mit den feldeigenen Strukturen und Logiken, als an diese angekoppelt zustande, wird die Einbringung und Verwirklichung eigener Präferenzen wahrscheinlicher, da sie näher an und innerhalb der Funktionsweise des Feldes entstanden ist und damit die Anschlussfähigkeit dieser Perspektiven seitens der anderen Akteure im Feld wahrscheinlicher wird. Darin kann auch eine Erklärung liegen, warum die Patientenexperten vor allem innerhalb der Patientengruppe der chronisch Erkrankten zu finden sind, kann man doch davon ausgehen, dass sich diese im Vergleich zu anderen PatientInnen sehr viel länger im Feld aufhalten/aufhielten, daher mehr Beziehungen knüpfen/knüpften konnten und es daher eher schaffen/geschafft haben, eine legitimierte Laien-ExpertInnen-Position zu besetzen. AkteurInnen, die nur sporadisch mit dem Feld und innerhalb des Feldes interagieren und dabei eventuell bereits mit feldunabhängig generierten Perspektiven eintreten, erscheint eine solche Position eher verwehrt zu bleiben. Allerdings sind die ÄrztInnen bei der Behandlung chronisch Kranken auch in höherem Maße von deren Mitwirkung und einem gut funktionierenden, autonomen Krankheitsmanagement auf PatientInnen-Seite abhängig und somit spielt auch hier die konkrete Erkrankung und Behandlungssituation eine zentrale Rolle.

Die erfolgreiche Mitwirkung im Feld muss als hoch voraussetzungsvoll verstanden werden. Als Konsequenz der Analyse empfiehlt es sich meiner Meinung nach das Zusammenagieren zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eher als Mitarbeit (vgl. Strauss et al. 1997) innerhalb der (eigenen) organisierten Krankenbehandlung zu fassen, als weniger ein Verhältnis von zwei (und nur) zwei AkteurInnen. Diese würden dann verstanden, wenn nicht als ungelernete, so doch zumindest als (gut) angelernte MitarbeiterInnen, im besten Falle als Co-Expertinnen. Zwar wird man hier eingestehen müssen, dass es sich bei diesen Arbeiten meist um die Erfüllung wenig prestigeträchtiger Aufgaben und Arbeitsschritte handelt, diese jedoch notwendig und von zentraler Bedeutung sein können für die eigene Krankenbehandlung. Durch die Einnahme einer solchen Perspektive könnten auch Kontakte zu anderen AkteurInnen im Behandlungsnetzwerk abgebildet werden, wie zum Beispiel dem Verwaltungspersonal von Versicherungsträgern, PhysiotherapeutInnen, Pflegepersonal und je nachdem wie weit man dieses Netz spannen mag auch LehrerInnen, mobile DiakoniemitarbeiterInnen uvm. Es würde dann auch einfacher sein, dem Fokus auf die (dyadisch erscheinenden) Interaktionen andere Arten von Tätigkeiten hinzuzufügen, wie das Sammeln von bestimmten Befunden, Abstimmung von Terminen, Einkaufen von Orthesen und Gummistrümpfen, Fragen der mehr oder weniger gut gelungenen Integration von Behandlungsmaßnahmen in den Alltag und die oftmals die Alltagsroutinen herausfordernden Integrationsleistungen von Verhaltensänderungen z.B. hinsichtlich der

Ernährung oder Bewegungsprogramme. Auch die Auseinandersetzung mit im Alltag (zunehmend) körperlich und kognitiv eingeschränkten Personen könnte in den Blick geraten. Die PatientInnen würden dann als eine Art eigene »Berufsgruppe« erscheinen, die an der interdisziplinären Arbeit der organisierten Krankenbehandlung mit ihrer als wertvoll erachteten (ExpertInnen-)Perspektive partizipieren können.

So gelänge es dann unter Umständen auch von einer reinen Entscheidungslogik abzurücken, innerhalb derer hauptsächlich Fragen verhandelt werden hinsichtlich Form und Ausmaß der Eingebundenheit in Behandlungsentscheidungen und auch Logiken der Kooperation und der gegenseitigen Sorge zu berücksichtigen oder anderer sich als relevant herausstellender Faktoren.

„Und dann hab ich mir gedacht, ich habe noch nie diesen Aspekt von Care in Health Care eigentlich so wirklich verstanden. Also wenn es um Health Care Services geht. Was ist eigentlich der Care Aspekt, bei Health Care Services. Also warum ist es nicht einfach nur ein Health Service? Und es gibt die Annemarie Mol, die ein ziemlich schönes Buch geschrieben hat und das heißt The Logic Of Care, ich weiß nicht, ob Sie das kennen, aber ist hoch empfehlenswert und da kontrastiert sie sehr schön was ist the Logic of Choice und was ist the Logic of Care und in ihrem Geiste sag ich das irgendwie auch so ein bisschen, dass es eben ... (lacht) Choice haben Leute, die sozusagen über alle... Wir sind ja nicht diese rationalen Individuen, die sich alle Optionen der Reihe nach anschauen und dann eine aufsummierte Entscheidung treffen, die völlig rational und auf den Pros und Cons basiert. Vielmehr sind wir alle auch immer bis zu einem gewissen Grad vulnerabel und brauchen Unterstützung und Hilfe - Care, und das ist natürlich viel mehr bei Menschen so, die krank sind oder sonst ein Leiden oder Beeinträchtigungen haben. Aber letztlich betrifft es uns alle. Deswegen glaube ich – das war die Frage nach dem Idealverhältnis –,muss man vielmehr wegkommen von einer Logik des Entscheidens und hin zu einer Logik der Sorge (Politikwissenschaftlerin, vgl. Mol 2008).

9. FAZIT

Die dyadische Anlage des Arzt-Patient-Verhältnisses erscheint im Lichte der Auswertungen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund von Prozessen der Fragmentierung im Gesundheitssystem, als ein eher ungeeignetes Modell, um die Komplexität der Realität der organisierten Krankenbehandlung und der vielen daran beteiligten AkteurInnen, angemessen fassen und abbilden zu können. Gleichzeitig erscheint dieses Verhältnis als mit einer so bemerkenswerten Dynamik ausgestattet, dass sich trotz der eher holzschnittartig-modellhaften Anlage, eine facettenreiche Forschung entfalten kann. Die Begrifflichkeit der Thematik selbst spiegelt dabei als dyadisch angelegtes Verhältnis, welches sich jedoch in größeren sozialen Zusammenhängen abspielt, die spannungsreiche Relation von individuellen und gesellschaftlichen AkteurInnen und den sie umgebenden sozialen Strukturen wider, in welche sie nolens volens eingebunden und von denen sie durchdrungen sind.

Dass sich die Perspektiven der ExpertInnen in einem entsprechend hohen Maße unterscheiden, ist für eine aufgeklärte Soziologie nicht weiter verwunderlich, kommen ihre Erkenntnisse doch unter anderem nach je unterschiedlichen Feldlogiken und den darin eingelassenen disziplinären Beobachtungsmodi zu Stande.

Trotz dieser Vielfalt fanden sich auch Gemeinsamkeiten. Die Annahme eines übergeordneten Trends zu partnerschaftlicheren ÄrztIn-PatientIn-Beziehungen, die das paternalistische Verhältnis verändert und erweitert haben, ohne es jedoch abzulösen ist hier zu nennen.

Als weiterer zentraler Punkt kann auch das spannungsreiche Verhältnis von Autonomie und Verantwortung sowohl auf PatientInnen-Seite als auch auf Seite der ÄrztInnen erwähnt werden. Nach wie vor erscheint die ärztliche Profession dominant, trotz der zunehmenden Regelungsansprüche die von außen an sie herangetragen und durch welche sie beeinflusst werden. Deutlich wurde, dass die Gefahr auch weiterhin groß ist, dass die Perspektive der PatientInnen in der Krankenbehandlung kaum oder in nicht »ausreichendem« Maße partizipieren kann und sie sich im asymmetrischen Verhältnis nicht durchzusetzen vermag. Das Potential, tatsächlich auf Augenhöhe mit den ÄrztInnen zu interagieren, erscheint begrenzt und hoch voraussetzungsvoll hinsichtlich körperlicher Fitness, der Ausstattung mit Ressourcen, wie Bildung aber auch ökonomischem und sozialem Kapital und vor allem der Möglichkeit einer erfolgreichen *Umsetzung* dieser Kapitalien in tatsächlichen Einfluss im Mitagieren innerhalb des medizinischen Felds.

Wissen bildet bei all dem eine der zentralsten Kategorien und es wurde versucht, den Fokus zu erweitern von der Betrachtung rein kognitiv-bewusster Wissensinhalte, hin zu einer Berücksichtigung von dem Bewusstsein nur begrenzt zugänglichen Wissens-elementen, wie sie die Praxeologie Bourdieus vorschlägt, um eine Interpretations- und Verstehensfolie zu liefern, vor der die teils erheblichen Unterschiede zwischen talk und action hinsichtlich der hier verhandelten Inhalte aufschienen. Für die Erweiterung des Verständnisses wurde darüber hinaus eine historische Perspektive eingenommen, die im Sinne einer „Archäologie des Wissens“ (vgl. Foucault 1981, 2012, 2016) die lang andauernden und konflikthafter Entwicklungen andeuten sollte, aus der die uns heute als Selbstverständlichkeiten entgegnetretenden Strukturen emergieren konnten. Die Komplexität der Praxis wurde darüber hinaus mit Hilfe einer Art »dichten Beschreibung« betrachtet, bei welcher bewusst Raum gelassen wurde für Ausführungen hinsichtlich des Gewordenseins der untersuchten Gegenstände und deren alltäglicher Paradoxien, angelehnt an das, was Vogd folgendermaßen zu fassen versucht:

„Eines der wesentlichen Ziele, die hier verfolgt werden, besteht in einem Plädoyer für eine Beschreibungsdichte, die sich wieder zutraut sich der Komplexität des untersuchten Gegenstandes zu stellen“ (ebd.: 36).

So fand die Krankenbehandlung die längste Zeit in der Geschichte nicht in hohem Maße organisierten Zusammenhängen wie des Krankenhauses statt, sondern vor allem innerhalb der Familie bei welcher die Grundlage der Behandlung die Perspektive der PatientInnen bildete und sich der Arzt in umgekehrten Kontrollarrangements befand, als wir dies heutzutage gewohnt sind. Ebenfalls ist das naturwissenschaftliche Medizinverständnis nicht als Ergebnis eines linearen Fortschrittsprozesses zu verstehen sondern als relativ junges Paradigma der Medizin.

Diese Fokussierung geht notwendig damit einher, andere zentrale Einflussfaktoren auf die Krankenbehandlung nicht in die Analyse aufnehmen zu können. So bleibt die historische Einordnung skizzenhaft und als von lokalen Gegebenheiten losgelöst, ebenso wie die Soziologie des Krankenhauses. Eine umfassendere Einbindung von wichtigen Akteuren, wie Sozialversicherungs- und Krankenhausträgern (uvm.) konnte keine Berücksichtigung finden. Faktoren der medizinischen Ausbildung, das Verhältnis von psychologischen Behandlungen und somatischen Behandlungen und die Verhältnisse zwischen wichtigen Berufsgruppen wie der Pflege und Ärzteschaft zueinander und zu den PatientInnen kamen hier auch nicht in den Blick.

Vor allem der Begriff des Kollegiums erscheint unterkomplex und suggeriert, dass sich in diesem ausschließlich Angehörige des *ärztlichen* Kollegiums wiederfinden. Das Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen der Health Care Professionals gerät kaum in den Blick. Dies ist sicher eine große Schwachstelle der Ausführungen, bildet aber ein zusätzliches Argument, bei künftigen Forschungsvorhaben die Perspektivierung wie in den Ergebnissen dieser Arbeit vorgestellt anzupassen, da diese Problematik nicht zuletzt in der bereits kritisch erwähnten dyadischen Anlage des ÄrztIn-PatientIn-Verhältnisses mitbegründet liegt, wenn hier von vornherein thematisch auf zwei und nur zwei AkteurInnen in der Krankenbehandlung fokussiert wird.

Weitere Limitationen liegen in der Annahme habitualisierter und teilweise unbewusst routinisierten Handlungsweisen begründet. So bleibt der Begriff des „Unbewussten“ teilweise dunkel und der wissenschaftlichen Reflexion schwer zugänglich. Die Ausführungen bestehen dann häufig darin, sich diesem Dunkel zu nähern ohne es direkt beleuchten zu können. Darüber hinaus erscheint die teilweise Engführung auf die damit verbundenen Annahmen unzureichend um die komplexe Handlungspraxis im Alltag

umfassend abzubilden, ist diese doch *keinesfalls gleichzusetzen* mit unbewussten Prozessen und die Behandlungsleistung von ÄrztInnen und auch PatientInnen ausgezeichnet durch komplexe Reflexion der hochkomplexen Probleme und Fallkonstellationen.

Die Fokussierung mittels Bourdieuscher Denkwerkzeuge wurde vorgenommen, um Aspekte sichtbar zu machen, die in Theorien, welche den AkteurInnen im Feld vornehmlich oder sogar ausschließlich bewusst-reflexive Regelbefolgung unterstellen eher verdeckt bleiben. Dabei soll diese Verstehensfolie nur als ein Angebot innerhalb der Perspektivenvielfalt der Soziologie verstanden werden und möchte nicht als alternativloses Erklärungsmodell »der« Wirklichkeit auftreten.

Ein Vorteil der hier angelegten Perspektive könnte hinsichtlich weiterer Forschungsbemühungen zum Thema ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis bzw. der Betrachtung der Zusammenarbeit vielfältiger AkteurInnen innerhalb der zunehmend netzwerkartig organisierten Krankenbehandlung liegen. Vor allem das Ziel der Schärfung des soziologisch kaum aufgeklärten Begriff »des unbewussten (Routinehandelns)« könnte als Ansatzpunkt für die Zusammenarbeit mit psychologischen Disziplinen und Betrachtungsweisen dienen. Hier könnten dann Synergien hinsichtlich einer fundierteren Fassung nicht ausschließlich bewusst-reflexiver Handlungsorientierungen emergieren. Gleichzeitig besteht innerhalb dieser Disziplinen bereits eine reichhaltige Forschung zum Thema Arzt-Patient-Verhältnis, welche in der von mir durchgeführten Studie leider kaum zu berücksichtigen war.

Die Perspektivenvielfalt macht deutlich, dass das Erarbeiten und Beantworten einer *gemeinsamen* Fragestellung unter Beteiligung verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen und abrückend von reiner multidisziplinärer Vielfalt hin zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit fruchtbar sein kann und im besten Falle Engführungen und vorschnelle Vereinfachungen zu vermeiden helfen.

Die Hoffnung besteht, dass die hier dargelegten Ausführungen verstanden als ein »Aufbrechen« des Forschungs-Feldes Hinweise enthalten, wo Ansatzpunkte für interdisziplinäre Projekte bestehen *könnten*. Mit dem Fokus auf die Zusammenarbeit bzw. die Arbeitsteilung innerhalb des medizinischen Felds, nicht nur im konkreten Setting der Krankenbehandlung sondern auch unter Einbezug erweiterter Räume, wie beispielsweise Lebenswelten von PatientInnen könnte gleichzeitig der Feldbegriff weiter geschärft werden.

Für die Feldbestimmung könnte der Einbezug ethnomethodologischer Ansätze sinnvoll sein, bei welchen die ForscherInnen als mitagierende im Feld das Zusammenagieren beobachten während sie in die Handlungsabläufe eingebunden sind, um so Logiken und für die Akteure relevante Handlungsmotivationen herauszufinden, ohne auf eine am »Reißbrett« vorab

vorgenommene Einteilung der Sozialen Welt zurückzugreifen. So kann seitens der Theoriebildung vermieden werden, für die im konkreten Handlungsvollzug stehenden Akteure als wenig wichtig empfundene Aspekte überzubetonen oder Aspekte, welche für das Forschungsobjekt als wenig zentral identifiziert wurden unberücksichtigt zu lassen, obwohl sie für die beteiligten AkteurInnen von zentraler Bedeutung sind.

„An der wissenschaftlichen, literarischen, philosophischen usw. *illusio* teilhaben heißt Einsätze ernst nehmen (und manchmal eine Frage von Leben oder Tod daraus machen), die aus der Logik des Spiels selbst hervorgegangen, dessen Ernst begründen, mögen sie auch den bisweilen so genannten »Laien« oder in anderen Feldern Engagierten unverständlich bleiben oder als »uninteressant« oder »zwecklos« erscheinen (die Unabhängigkeit der Felder voneinander geht mit einer gewissen Unkommunizierbarkeit zwischen ihnen einher)“ (Bourdieu 1997a: 20).

Letztlich gilt: Medizin ist keine Dienstleistung wie jede andere und die Verantwortung für die eigene Krankenbehandlung kann kaum zur Gänze abgegeben werden und dies ist auch nicht erstrebenswert, denn die Folgen von nicht angemessener Behandlung und falsch getroffenen Entscheidungen wiegen auf Seite der PatientInnen schwerer als auf der der Health Care Professionals.

Schon deshalb *müssen* sich diese nolens volens mit der zunehmenden Komplexität des Gesundheitssystems arrangieren, auseinandersetzen, kritisch und aktiv bleiben, so gut informiert sein als möglich und den Ärzten nicht unbefragt folgen, gleichzeitig aber darauf achten, dass sie den Bogen nicht überspannen und zu forsch und zu weit in den ärztlichen Autonomiebereich eingreifen. So sind sie angehalten sich selbst ihre legitimen Autonomieräume mitzuschaffen, nicht nur aus moralischen Gründen, sondern auch und vor allem aus analytisch-aufgeklärtem Machtkalkül. Denn wenn wir berücksichtigen, dass die Autonomie der Profession zu einem großen Teil aus der Abgrenzung zur Sphäre der Laien entspringt, werden, sollte diese Sphäre »verletzt« sein, Widerständigkeiten provoziert die sich auch auf der Gefühlsebene in Form von Abneigung, Abwendung, etc. abspielen. Dies zu reflektieren und dem dadurch unter Umständen vorbeugen zu können ist zentral, denn letztlich leiden darunter vornehmlich die PatientInnen.

10. LITERATUR

- Agledahl, Kari Milch / Gulbrandsen, Pål / Førde, Reidun / Wifstad, Åge (2011): Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations, in: *Journal of Medical Ethics* 2011, 37, S. 650-654.
- Alheit, Peter / Herzberg, Heidrun (2018): Geteilte Entscheidungsprozesse? Konkurrierende Wissensordnungen in der Arzt-Patienten-Beziehung, in: Hensen, Peter / Stamer, Maren (Hrsg.): *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche*, Springer VS, Wiesbaden, S. 253 - 269.
- Amelung, Volker / Sydow, Jörg / Windeler, Arnold (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation, in: ebds. (Hrsg.): *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Antonovsky, Aaron (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion, in: *Health Promotion International*, vol. 11, no. 1, Oxford University Press, Great Britain, S. 11-18.
- Austin, John L. (2002): *Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with Words)*, Reclam, Stuttgart.
- Barlösius, Eva (2006): Pierre Bourdieu, in: Bonacker, Thorsten / Lohman Hans-Martin (Hrsg.): *Campus »Einführungen«*, Campus Verlag, Frankfurt a. M. / New York.
- Bayne, Hannah / Neukrug, Ed / Hays, Danica / Britton, Bruce (2013): Communication Study. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care, in: *Patient Education and Counseling* 93 (2013), S. 209–215.
- Begenau, Jutta / Schubert, Cornelius / Vogd, Werner (2010): Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht, in: ebds. (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Behrens, Johann (2003): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenzbasierte professionelle Praxis. Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“ (ZfS 4/2002), in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 32, Heft 3, Juni 2003, Lucius & Lucius, Stuttgart, S. 262–269.

- Berger, Peter L. (1971): *Einladung zur Soziologie. Eine humanistische Perspektive*, List, München.
- Bieber, Christiane / Gschwendtner, Kathrin / Müller, Nicole / Eich, Wolfgang (2016): *Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team*, in: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66, S. 195–207.
- Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*, in: Bohnsack, Reiner / Flick, Ulrich / Lüders, Christian / Reichertz, Jo (Hrsg.): *Reihe Qualitative Sozialforschung Praktiken – Methodologien – Anwendungsfelder*, Springer VS, Wiesbaden.
- Bolam, Bruce / Gleeson, Kate / Murphy, Simon (2003): "Lay Person" or "Health Expert"? Exploring Theoretical and Practical Aspects of Reflexivity in Qualitative Health Research, in: *Forum: Qualitative Social Research*, Volume 4, No. 2, Art. 26.
- Bönisch, Sebastian (2017): *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke*, Springer VS, Frankfurt am Main.
- Borgetto, Bernhard (2004): *Aktivierender Staat und aktive Bürgergesellschaft im deutschen Gesundheitswesen*, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 49, Birkhäuser Verlag, Basel, S. 152–160.
- Borgetto, Bernhard (2006): *Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation. Die Reformen im deutschen Gesundheitswesen und das Rollengefüge von Arzt und Patient*, in: *Sozialer Sinn*, Heft 2/2006, 7. Jg.: Lucius & Lucius, Stuttgart, S. 231-250.
- Bosančić, Saša (2014): *Arbeiter ohne Eigenschaften. Über die Subjektivierungsweisen angelernter Arbeiter*, Springer VS, Wiesbaden.
- Bourdieu, Pierre (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (1984): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (1987): *The Force of Law. Toward a Sociology of the Juridical Field. The Institution of Monopoly*, in: *Hastings Law Journal*, 38 (5), S. 828-837.
- Bourdieu, Pierre (1992): *Von der Regel zu den Strategien*, in: *ders.: Rede und Antwort*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 83-91.

- Bourdieu, Pierre (1993a): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (1993b): Über einige Eigenschaften von Feldern, in: ders.: Soziologische Fragen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 107-114.
- Bourdieu, Pierre / Wacquant, Loic J.D. (1996): Die Ziele der reflexiven Soziologie, in: ebds.: Reflexive Anthropologie, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 95-249.
- Bourdieu, Pierre (1997a): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (1997b): Der Tote packt den Lebenden, in: Steinrück, Margareta (Hrsg.): Schriften zu Politik & Kultur Band 2, VSA Verlag, Hamburg.
- Bourdieu, Pierre (2005): Ökonomisches Kapital - Kulturelles Kapital - Soziales Kapital, in: Steinrück Margarete (Hrsg.): Schriften zur Politik & Kultur 1 - Bourdieu, Pierre: Die verborgenen Mechanismen der Macht, VSA Verlag, Hamburg, S. 49-79.
- Bowles, Sam / Gintis, Herbert (1982): The Crisis of Liberal Democratic Capitalism. The Case of the United States, in: Politics & Society. 1982, 11(1), S. 51-93.
- Bissell, Paul / May, Carl R. / Noyce, Peter R. (2004): From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions, in: Social Science & Medicine 58 (2004), S. 851–862.
- Brown, Rhonda F. / Butow, Phyllis N. / Henman, Michael / Dunn, Stewart M. / Boyle, Francis / Tattersall, Martin H.N. (2002): Responding to the active and passive patient: flexibility is the key, in: Health Expectations, 5, Blackwell Science Ltd., S. 236–245.
- Cassirer, Ernst (1960): Was ist der Mensch? Versuch einer Philosophie der menschlichen Kultur, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Coulter, Angela (2002): The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care, The Nuffield Trust, London.
- Cruikshank, Barbara (1999): The Will to Empower. Democratic Citizens and Other Subjects, Ithaca/London.
- Daly, Jeanne (2005): Evidence-based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care, University of California Press, Berkeley.
- Dell, Christopher (2012): Die improvisierende Organisation. Management nach dem Ende der Planbarkeit, transcript Verlag, Bielefeld.

- Diekmann, Andreas (2009): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 20. Aufl.
- Dierkesmann, Rainer / Waldmann, Werner (2010): Ärztliche Visite im Krankenhaus. Lernen aus der Vergangenheit?, in: *Kliniker* 39 (7+8), S. 332–336.
- Donaldson, Liam (2003): Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS: Liam Donaldson argues that the government's expert patient programme could help to create a generation of patients empowered to take action to improve their health. (Comment), in: *British Medical Journal*, vol. 326, no. 7402, 2003, Gale Academic OneFile, S. 1279.
- Ebbinghaus, Angelika (2000): Einleitung: Blicke auf den Nürnberger Ärzteprozeß, in: ebd. / Dörner, Klaus / Linne, Karsten (Hrsg.): *Der Nürnberger Ärzteprozeß 1946/47. Wortprotokolle, Anklage- und Verteidigungsmaterial, Quellen zum Umfeld / Im Auftrage der Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts in Zusammenarbeit mit Karl Heinz Roth und Paul Weindling*. Saur, München.
- Engler, Steffani (1997). Studentische Lebensstile und Geschlecht, in: Dölling, Irene / Kraus, Beate (Hrsg.): *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M., S. 309-330.
- Eckart, Wolfgang U. (2005): *Geschichte der Medizin*, 5. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Elias, Norbert (2001): *Symboltheorie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Esposito, Elena (1993): Der Computer als Medium und Maschine, in: *Zeitschrift für Soziologie* 22, 5, S. 338-354.
- Ewert, Benjamin (2013): *Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen*, Springer VS, Wiesbaden.
- Feinstein, Alvan R. (1967): *Clinical Judgment*, The Williams & Wilkins Company, Baltimore.
- Fischer, Joachim (2016): *Exzentrische Positionalität. Studien zu Helmuth Plessner*, Velbrück Wissenschaft, Weilerswist.
- Foucault, Michel (1981): *Archäologie des Wissens*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (1994): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

- Foucault, Michel (2012): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, 22. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (2016): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, 10 Aufl., Fischer, Frankfurt am Main.
- Freidson, Eliot (1975): Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien.
- Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession Herausgegeben von Rohde, Johann / Schoene, Wolfgang, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Gehlen, Arnold / Rehberg, Karl-Siegbert (2016): Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. Klostermann Rote Reihe, Frankfurt. <http://search-ebSCOhost-com.uaccess.univie.ac.at/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1409501&site=ehost-live>.
- Gerteis, Margaret / Edgman-Levitan, Susan / Daley, J. / Delbanco, TL (1993) Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey Bass, 1993.
- Glouberman, Sholom / Mintzberg, Henry (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation, in: Health Care Management Review, Volume 26(1), Aspen Publishers, S. 56-69.
- Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staatmachen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Grätzel von Grätz, Philipp (Hrsg.) (2004): Vernetzte Medizin. Patient-Empowerment und Netzinfrastruktur in der Medizin des 21. Jahrhunderts, Heise Verlag, Hannover, S. 1-17.
- Hagenbichler, Edgar (2010): Das österreichische LKF-System, in: Embacher, Gerhard: Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B, Kopierstelle des BMG, Wien, abgerufen über http://www.kaz.bmgf.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/lkf-broschuere_bmg_2010_end.pdf, am 10.06.2021 um 14:40 Uhr.
- Hanemaayer, Ariane (2016): Evidence-Based Medicine: A Genealogy of the Dominant Science of Medical Education, in: Journal of Medical Humanities, 37, S. 449–473.

- Haynes, Robert B. (1982): Determinanten der Compliance. Die Krankheit und die Mechanismen der Behandlung, in: ebds., Taylor, D Wayne, Sackett, David L (Hrsg.): Compliance Handbuch, Oldenbourg, München, Wien.
- Heldal, Frode / Tjora, Aksel (2009): Original Article. Making sense of patient expertise, in: Social Theory & Health Vol. 7, 1, Palgrave Macmillan, S. 1–19.
- Hess-Lüttich, Ernest W. B. (2018): Arzt und Patient müssen reden (können). Über die Verflochtenheit von Heil- und Redekunst, in: Rhetorik, 37, 1, S. 24-51.
- Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert vom gelehrten Stand zum professionellen Experten; das Beispiel Preußens (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; Bd. 68), Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Hülst, Dirk (1999): Symbol und soziologische Symboltheorie. Untersuchungen zum Symbolbegriff in Geschichte, Sprachphilosophie, Psychologie und Soziologie, Leske & Budrich, Opladen.
- Iseringhausen, Olaf / Staender, Johannes (2012): Das Krankenhaus als Organisation, in: Apelt, Maja / Tacke, Veronika (Hrsg.): Handbuch Organisationstypen, Springer VS, Wiesbaden.
- Jewson N.D. (2009): The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870, in: International Journal of Epidemiology, 38, S. 622–633.
- Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung, in: Ehrhart, Hans-Georg / Frevel, Bernhard / Schubert, Klaus / Schüttemeyer, Susanne S. (Hrsg.): Elemente der Politik, Springer VS, Wiesbaden.
- Kaupen-Haas, Heidrun / Mischo-Kelling Maria / Reiter Gabriele (1993): Arzt-Patient-Kommunikation ‚Revisited‘. Am Beispiel internistischer Stationsvisiten, in: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses, Walter de Gruyter, Berlin, New York, S. 149-176.
- Keller, Reiner (2012): Das Interpretative Paradigma. Eine Einführung, Springer VS, Wiesbaden.
- Kermani, Faiz / Davies, Madhu (2016): Patient Compliance. Sweetening the Pill. Routledge, London/ New York.

- Kickbusch, Ilona (1996): Tribute to Aaron Antonovsky—'What creates health', in: Health Promotion International, 11, 1, Oxford University Press, Great Britain, S. 5-6.
- Kivits, Joëlle (2004): Researching the 'Informed Patient'. The case of online health information seekers, in: Information, Communication & Society Vol. 7, Nr. 4, Dec. 2004, Taylor & Francis Ltd, S. 510–530.
- Klatetzki, Thomas (2012): Professionelle Organisationen, in: Apelt, Maja / Tacke, Veronika (Hrsg.): Handbuch Organisationstypen, Springer VS, Wiesbaden.
- Krajic, Karl / Forster, Rudolf / Mixa, Elisabeth (2009): Die „Gesundheitsgesellschaft“ – eine Herausforderung für eine theoretisch orientierte Gesundheits- und Medizinsoziologie? Eine Einleitung, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2009/34, 2, S. 3–12.
- Krajic Karl / Dietscher Christina / Pelikan, Jürgen (2017): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention - soziologisch beobachtet, in: Jungbauer-Gans Monika, Kriwy Peter (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Springer VS, Wiesbaden.
- Krüger, Hans-Peter (2009): Philosophische Anthropologie als Lebenspolitik. Deutsch-jüdische und pragmatistische Moderne-Kritik, Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Zweimonatsschrift der internationalen philosophischen Forschung Sonderband 23, Akademie Verlag GmbH, Berlin, EBSCO Publishing: eBook Collection (EBSCOhost) - printed on 11/16/2020 10:12 AM via Universität Wien.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, Beltz Verlagsgruppe, Weinheim.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung, VS-Verlag, Wiesbaden.
- Lachmund, Jens (1987): Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 16, Heft 5, Oktober 1987, F. Enke Verlag Stuttgart, S. 353-366.
- Lachmund, Jens / Stollberg, Gunnar (1995): Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. Bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Leske und Budrich, Opladen.
- Lachmund, Jens (1997): Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Laclau, Ernesto / Mouffe, Chantal (2012): Hegemonie und radikale Demokratie. Zur Dekonstruktion des Marxismus, 4. Auflage, Passagen Verlag, Wien.

- Latour, Bruno (1993): *The Pasteurization of France*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London.
- Lessenich, Stephan (2009): Aktivierungspolitik und Anerkennungsökonomie. Der Wandel des Sozialen im Umbau des Sozialstaats, in: *Soziale Passagen 2009/1*, VS-Verlag, 163–176.
- Löffler-Stastka, Henriette / Krajic, Karl (2021): *Arzt-Patient-Beziehung 1945-2004*. Ad Kapitel 5. Ethik und Recht. Freiheit und Verantwortung der ÄrztInnen – der PatientInnen? *ÄrztIn-PatientIn-Beziehungen im Spannungsfeld zwischen technologischen und gesellschaftlichen Veränderungen und persönlichen Bedürfnissen – Teil 1*, in: Schütz, Wolfgang / Seebacher, Felizitas / Hofer, Hans-Georg / Nemeč, Birgit (Hrsg.): *Nach 1945 Medizin in Wien – Kontinuitäten und Brüche im Kontext internationaler Veränderungsprozesse*, Vienna University Press/V & R unipress, Wien.
- Luhmann, Niklas (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Herder-Dorneich, Phillip / Schuller, Andreas (Hrsg.): *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? 3. Kölner Kolloquium*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 28–49.
- Luhmann, Niklas (1983b): *Medizin und Gesellschaftstheorie*. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 8, S. 168-175.
- Luhmann, Niklas (1987): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Luhmann, Niklas (1990): *Der medizinische Code*, in: Luhmann, Niklas (Hrsg.): *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 183-195.
- Marchart, Oliver (2007): *Eine demokratische Gegenhegemonie Zur neo-gramscianischen Demokratietheorie bei Laclau und Mouffe*, in: Buckel, Sonja / Fischer-Lescano, Andreas (Hrsg.): *Hegemonie gepanzert mit Zwang. Zivilgesellschaft und Politik im Staatsverständnis Antonio Gramscis*, 1. Aufl., Reihe: *Staatsverständnisse*, Bd. 11.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- Mayring, Philipp (2019): *Qualitative Content Analysis: Demarcation, Varieties, Developments*, in: *Forum: Qualitative Social Research*, Volume 20, No. 3, Art. 16.

- Mead, George H. (1988): Geist, Identität und Gesellschaft aus Sicht des Sozialbehaviorismus, herausgegeben von Morris, Charles W., 7. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Meinzer, Dorothee C. (2019): Die Arzt-Patient-Beziehung in einer digitalisierten Welt. Zur kommunikativen Konstruktion einer mediatisierten Beziehung, in: Hepp, Andreas / Krotz, Friedrich / Vogelgesang, Waldemar / Hartmann, Maren (Hrsg.): Reihe Medien, Kultur, Kommunikation, Springer VS, Wiesbaden.
- Mol, Annemarie (2008): The logic of care. Health and the problem of patient choice, Routledge, London.
- Morgan, Myfanwy (2018): Doctor-Patient Relationships, in: Scambler, Graham (Hrsg.): Sociology as Applied to Health and Medicine, 7. Aufl., Palgrave, London, 77-97.
- Murrhardter Kreis (1995) Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen: Bleicher.
- Murken, Axel Hinricht (1988): Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, DuMont, Köln.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse, in: König, René / Tönnemann, Margret (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, S. 10-57.
- Peter, Lothar (2004): Pierre Bourdieus Theorie der symbolischen Gewalt, in: Steinrück, Margareta (Hrsg.): Pierre Bourdieu - Politisches Forschen, Denken und Eingreifen, VSA Verlag, Hamburg, S. 48-73.
- Ploucquet, Wilhelm G. (1797): Der Arzt, oder über die Ausbildung, die Studien, Pflichten, Sitten und die Klugheit des Arztes, Cotta Tübingen.
- Polanyi, Karl (2001). The Great Transformation. The Political and Economic Origins of Our Time, Bacon Press, Boston.
- Polanyi, Michael (2009): The tacit dimension, The University of Chicago Press, Chicago, London.
- Prigge, Jana-Kristin / Dietz, Beatrix / Homburg, Christian / Hoyer, Wayne D. / Burton, Jennifer L. (2015): Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences, in: International Journal of Research in Marketing 32, Elsevier B.V., Amsterdam, S. 375–386.

- Prior, Lindsay (2003): Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology, in: *Sociology of Health and Illness* Vol. 25 Silver Anniversary Issue 2003, S. 41-57.
- Proust, Marcel (2004): *Guermantes*, in: Keller, Luzius (Hrsg.): *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit*, Band 3, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Ranke, Hermann (1941): *Medicine and Surgery in Ancient Egypt*, in: Speiser, E. A. / Neugebauer, Otto / Ranke, Hermann / Sigerist, Henry / Shryock, Richard / Graham, Evarts / Singer, Edgar / Weyl, Hermann (Hrsg.): *Studies in the History of Science*. University of Pennsylvania. Bicentennial Conference, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, S. 31-42.
- Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2 (1985), S. 257-278).
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*, 2. Aufl., Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Ronge-Toloraya, Andreas (2021): Freiheit und Verantwortung der ÄrztInnen – der PatientInnen? ÄrztIn-PatientIn-Beziehungen im Spannungsfeld zwischen technologischen und gesellschaftlichen Veränderungen und persönlichen Bedürfnissen – Teil 2: eine ExpertInnenbefragung, in: Schütz, Wolfgang / Seebacher, Felizitas / Hofer, Hans-Georg / Nemeč, Birgit (Hrsg.): *Nach 1945 Medizin in Wien – Kontinuitäten und Brüche im Kontext internationaler Veränderungsprozesse*, Vienna University Press/V & R unipress, Wien.
- Salmon, Peter / Hall, George M. (2004): Patient empowerment or the emperor's new clothes, in: *Journal of the Royal Society in Medicine*, Vol. 93, 2004, SAGE Publ., Norwich, UK, S. 53-56.
- Scheibler, Fülöp (2004): *Shared Decision Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Schmitz, Christof / Berchtold, Peter (2016): Zur Anatomie medizinischer Prozesse im zeitgenössischen Krankenhauswesen, in: Bode, Ingo / Vogd, Werner (Hrsg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Springer VS, Wiesbaden.

- Schönwälder, Marion (2009): Deprofessionalisierung des Ärztestandes. Neue Folgenhaftigkeit ärztlichen Handelns, AVM-Verlag, München.
- Schubert, Cornelius / Vogd, Werner (2009): Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie; in: Amelung, Volker / Sydow, Jörg / Windeler, Arnold (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer, Stuttgart, S. 25-49.
- Schüle, Johann A. / Reitze, Simon (2021): Wissenschaftstheorie für Einsteiger, 5. Aufl., Facultas, Wien.
- Schütz, Alfred (1971): Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft, in: ders. Gesammelte Aufsätze Bd. 1, Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 331-411.
- Schwingel, Markus (1995): Bourdieu zur Einführung, Junius Verlag, Hamburg.
- Siegrist Johannes (2005): Medizinische Soziologie, 6. Aufl., Elsevir, München.
- Sigerist, Henry (1941): Medieval Medicine, in: Speiser, E. A. / Neugebauer, Otto / Ranke, Hermann / Sigerist, Henry / Shryock, Richard / Graham, Evarts / Singer, Edgar / Weyl, Hermann (Hrsg.): Studies in the History of Science. University of Pennsylvania. Bicentennial Conference, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, S. 43-54.
- Simon, Michael (2016): Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren, in: Bode, Ingo / Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Springer VS, Wiesbaden.
- Sosnowy, Collette (2014): Practicing Patienthood Online: Social Media, Chronic Illness, and Lay Expertise, in: Societies, 4, S. 316–329, doi:10.3390/soc4020316.
- Shorter, Edward (1991): Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute, Picus Verlag, Wien.
- Stein, Eugene J. (1980): Doctors and Patients: Partners or Adversaries?, in: Bioethics Quarterly, Vol. 2(2), Human Sciences Press, 118-122.
- Stichweh, Rudolf (1987): Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Strauss, Anselm. L. / Corbin, Juliet (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage, Newbury Park.

- Strauss, Anselm / Fagerhaugh, Shizuko / Suczek, Barbara / Wiener, Carolyn (1997): *Social organization of medical work*, Transaction Publishers, New Brunswick, London.
- Strübing, Jörg (2014): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*, 3. Aufl., in: Bohnsack, Reiner / Flick, Ulrich / Lüders, Christian / Reichertz, Jo (Hrsg.): *Reihe Qualitative Sozialforschung Praktiken – Methodologien – Anwendungsfelder*, Springer VS, Wiesbaden.
- Thomas, William I. / Thomas, Dorothy S. (1928). *The child in America*, Knopf, Oxford.
- Timmermans, Stefan / Berg, Marc (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Temple University Press, Philadelphia.
- Ulsenheimer, Klaus (2015): *Fehlentwicklungen in der Medizin. Verrechtlichung und Ökonomisierung*, in: *Medizinrecht (MedR)*, 33, S. 757–762.
- Vobruba, Georg (1983): *Prävention durch Selbstkontrolle*. In Wambach, Manfred M. (Hrsg.): *Der Mensch als Risiko*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 29–48.
- Vogd, Werner (2002): *Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive*, in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 31, Heft 4, August 2002, Lucius & Lucius, Stuttgart, S. 294–315
- Vogd, Werner (2004): *Ärztlich Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen*, VWF, Berlin.
- Vogd, Werner (2006a): *Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie*, in: *Sozialer Sinn*, Heft 2/2006, 7. Jg., Lucius & Lucius, Stuttgart, S. 197-229.
- Vogd, Werner (2006b): *Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung*, in: *Berliner Journal für Soziologie*, Heft 4/2006, S. 97-119.
- Vogd, Werner / Saake, Irmhild (2008): *Einleitung: Moderne Mythen der Medizin. Eine organisationssoziologische Perspektive*, in: Saake Irmhild (Hrsg.): *Moderne Mythen der*

Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung, VS Verlag, 1. Aufl., Wiesbaden, S. 7-36.

Vogd, Werner / Feißt, Martin / Molzberger, Kaspar / Ostermann, Anne / Slotta, Juliane (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten; in: Luthe, Ernst-Wilhelm / Weatherly John N. (Hrsg.): Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Wilkesmann, Maximiliane / Apitzsch, Birgit / Ruiner, Caroline (2015): Von der Deprofessionalisierung zur Reprofessionalisierung im Krankenhaus? Honorarärzte zwischen Markt, Organisation und Profession, in: Soziale Welt 66/2015, S. 327 – 345.

WHO (1946): Constitution of the world health organization, abgerufen über <https://www.euro.who.int/de/about-us/organization/who-worldwide>, am 10.06.2021, um 14:00 Uhr.

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata, abgerufen über <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, am 10.06.2021, um 14:10 Uhr.

Wildner, Manfred / Busse, Reinhard / Brunner-Wildner, Anne (2002): Patientenpartizipation in Europa, in Forschungsjournal NSB, Jg. 15, Heft 3, S. 106 – 113.

11. ANHANG

11.1 Abstract

Die Masterthese beschäftigt sich mit dem Verhältnis von ÄrztInnen und PatientInnen unter Einbezug multidisziplinärer Perspektiven. Das Ziel der Arbeit besteht darin, die aufgrund der hohen Relevanz der Thematik in einer Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen bestehende Perspektivenvielfalt sichtbar zu machen und mit Hilfe einer leitfadengestützten ExpertInnen-Befragung, von InhaberInnen hoher Positionen im österreichischen Gesundheitssystem und damit als verbunden zu betrachtende Bereiche, an die empirische Wirklichkeit »rückzukoppeln«. Die ExpertInnen zeichnen sich neben ihrer hohen Positionierung im Feld aus durch ihre Zugehörigkeit zu verschiedenen medizinischen Disziplinen (Innere Medizin, Psychiatrie, Geriatrie und Labormedizin) und anderer, die als thematisch eng mit diesen verknüpft betrachtet werden (Gesundheitsökonomie, Technik, Pflegewissenschaft, Politikwissenschaft, Medizingeschichte, Psychologie). Nach Auswertung des empirischen Materials, welche sowohl unter Bezugnahme auf Elemente einer inhaltsanalytischen Methodologie und vor allem mit Hilfe des Grounded Theory Ansatzes erfolgte, kann die im Literaturteil aufgefundene Widersprüchlichkeit und Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Entwicklungen in der alltäglichen Praxis der Krankenbehandlung auch in den Interviews und damit als eigener empirischer Befund beobachtet werden. Um den Ergebnissen bei der Darstellung keine Eindeutigkeit aufzuzwingen wird diese in Ihrer Widersprüchlichkeit abzubilden versucht, unter Verwendung des Begriffs der „Spannungslinien“, welcher sich eng anlehnt an den von den Informantinnen selbst gewählten und häufig genutzten Begriff der „Spannungsfelder“. Sechs dieser Linien wurden identifiziert als „Talk vs. Action“, „Daten vs. Wissen“, „bewusste Regelbefolgung vs. strategisches Agieren im Feld“, „Spezialisierung vs. (Re-)Integration“, „Teamkultur Health Care Professional vs. Teamkultur ÄrztIn-PatientIn“ und „Paternalismus vs. Partnerschaft“. Die soziologisch-interpretative Rahmung bildet eine durch die Praxeologie Bourdieus inspirierte Analyse, in welcher abschließend vier Typen von PatientInnen vorgestellt werden, die sich sowohl in der wissenschaftlichen Literatur auffinden lassen als auch in den Interviews reaktiviert wurden und damit auch aus der Perspektive der befragten ExpertInnen im Spannungsfeld der Medizin emergieren. Von der konkreten Geschlechtszuschreibung unabhängig konnten so folgende Typen identifiziert werden: der „»informierte« Patient“, die „PatientIn als Hilfesuchende“, „die Patientin als Ressource“ und die „PatientIn als ExpertIn“. Im Ergebnis zeigt sich, dass die organisierte Krankenbehandlung, in welcher die meisten Begegnungen der Health Care Professionals

und ihrer PatientInnen stattfinden, sich als fragmentiert und unter Beteiligung von einer großen Anzahl von AkteurInnen darstellt, so dass das Abstellen auf eine dyadische Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten als für die soziologische Analyse zu unterkomplex erscheint. Vielmehr handelt es sich bei der Krankenbehandlung um einen arbeitsteiligen Prozess unter Partizipation hoch spezialisierter AkteurInnen, bei welchem auch die PatientInnen als integraler Bestandteil aktiv partizipieren (müssen) und durch welche sie nicht lediglich als „passive“ oder „passivierte »Objekte«“ geschleust werden können, auch wenn dies in einigen der aufgefundenen Perspektiven durchaus so erscheinen mag.