

## V PROFESSIONEN

Der Blick auf die in die Krankenbehandlung verwickelte ärztliche Profession wirft ein Paradoxon auf. Von außen gesehen ist eine deutliche Überforderung der einzelnen professionellen Akteure festzustellen. Ärzte haben in knapper Zeit unter unsicheren Wissenslagen Entscheidungen zu treffen. Sie haben mit den vielfältigen Kontingenzen organisatorischer und technischer Prozesse umzugehen und sind in ökonomische und rechtliche Kontexturen eingebunden, welche den medizinischen Primaten zuwiderlaufen. Zudem haben sie all jene Schwierigkeiten zu bewältigen, welche die Arzt-Patient-Interaktion aufwirft, und können nicht zuletzt allein schon aus Zeitgründen nur auf limitierte Ausbildungsmöglichkeiten zurückgreifen, um ihre Kompetenzen zu entwickeln.

Aus Perspektive der üblichen innerprofessionellen Selbstbeschreibungen kommt die Tatsache der Überforderung jedoch nicht vor. Ein Arzt, der offen kommuniziert, dass er sich überfordert fühlt, hat seinen Beruf verfehlt. Ein Novize, der die üblichen Initiationen in den Arztberuf nicht bewältigt und besteht (allein im Nachtdienst, Begegnung mit dem Tod, Umgang mit Kunstfehlern), wird die Arztrolle später nicht ausfüllen können.

An der rechten Bauchseite soll ich etwa einen Viertelquadratmeter von Fett befreien, und in der Konzentration auf diesen Ausschnitt und die richtige Handhabung von Pinzette und Skalpell ist innerhalb kurzer Zeit von meinen anfänglichen Gefühlen nicht mehr zu spüren. [...] Die folgenden Stunden sind bestimmt vom Entfernen der Haut und des Fettgewebes. Zu meinem eigenen Erstaunen ist mit der Freilegung der Muskelschichten das Empfinden, an einem Menschen herumzuschneiden, mit dem ich mich bisweilen identifiziert habe, wie weggeblasen. Ich kann in diesem Körper hantieren wie an einem defekten Motor, und instrumentelle Probleme sind es nun, die in den Vordergrund treten: Lokalisierung und Identifizierung der in der Präparieranleitung aufgeführten Nerven, Gefäße, Muskeln; wie bekommt man mit, was die anderen an einer ganz anderen Körperstelle präparieren und worüber man in gleicher Weise fürs Testat Bescheid wissen muss; wie täuscht man Arbeitshaltung vor, wenn man gerade nichts macht, aber von allgegenwärtigen Assistenten und Professoren nicht ertappt und als schwach angedet werden will; wie übersteht man die zufälligen Ausragesituationen, die meist sehr schnell ans Tageslicht bringen, daß man von Anatomie gleich überhaupt keine Ah-

nung hat; vermeide ich das Deklinieren der lateinischen Ausdrücke, damit nicht auffällt, daß meine Lateinkenntnisse auch nicht mehr die besten sind; und nicht zuletzt die große Frage, wie übersteht man die Testate, von denen das erste bereits nach vier Wochen fällig ist?

»Der Anatomiekurs – Aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums« (Schwaiger/Bollinger 1981, 25f.).

Der Habitus des professionellen Akteurs entfaltet die Lösung des aufgeworfenen Paradoxons. Die Willkür des sich als hochgradig autonom verstehende Arztes zeigt sich im Angesicht der überfordernden Komplexität der Krankenbehandlung als die Lösung, nicht jedoch als deren Problem. Nur jemand, der es sich trotz seiner Wissenslücken und kognitiven Beschränkungen<sup>1</sup> zutraut, die Fülle an Mehrdeutigkeiten und Kontingenzen, welche die Krankenbehandlung aufwirft, mittels Entscheidung zu durchschlagen, eignet sich zum Arzt.

Natürlich kann nicht jeder Arzt die psychische Last und Spannungen aushalten, die sich aus diesen Prozessen ergeben. Burn-out-Syndrome, Stoffsuchte und Depressionen sind bei Ärzten häufiger anzutreffen als im Durchschnitt der Normalbevölkerung.<sup>2</sup> Doch dies hebt nicht die professionslogische Zumutung aus, dass ein echter Arzt all dies eben auszuhalten habe. Sich auch mit schwereren grip-palen Infekten noch zur Krankenversorgung zu schleppen und ggf. nach einem 24-Stunden-Dienst nochmals in den Operationssaal zu gehen, gehört zum Ethos und Heros ärztlichen Tuns – wer dies nicht begreift, wird bestenfalls ein Kopfschütteln seiner Kollegen ernten.<sup>3</sup>

Die alte Hybris des ›Halbgottes in Weiß‹ erscheint mit der hier aufgeworfenen soziologischen Perspektive nicht einfach nur als ein Produkt einer überkommenen Medizinkultur, die man durch demokratischere Formen ersetzen kann und sollte, sondern verweist auf ein tief liegendes Bezugsproblem ärztlichen Handelns. Trotz der hiermit verbundenen Nebenfolgen wird der wirkmächtige ›Entscheider‹ innerhalb der Krankenbehandlung weiterhin gebraucht, um den

1 Siehe zu den grundsätzlichen kognitiven Beschränkungen etwa Hell/Fiedler/Gigerenzer (1993) sowie zur professionstheoretischen Reflexion jener Begrenzungen Berg (1995).

2 Siehe etwa Lindemann et al. (1997) und Domenighetti et al. (1991).

3 Siehe zur Dynamik des medizinischen Feldes in Referenz auf Feldstudien und Interviews mit Ärzten Vogd (2004b, 207ff.). Die Überforderung und die damit einhergehende Einspurung in die medizintypische Sozialisationsdynamik der angehenden Mediziner beginnt allerdings schon in der Vorklinik, etwa mit dem ›Anatomie-Kurs‹ wie etwa Schwaiger und Bollinger (1981) aufzeigen.

gordischen Knoten komplexer Lagerungen mit dem Schwert der ›Volition‹ zu durchschlagen.<sup>4</sup>

Pointiert wird diese Dynamik noch durch den deutschen Typus des Universitätsordinarius, der – anders als im angloamerikanischen Raum<sup>5</sup> – zugleich in Forschung, Klinik und Lehre Exzellenz zu verkörpern hat. In Hinblick auf das hier inszenierte wissenschaftliche Standbein der universitären Medizin spricht zwar selbst die DFG in ihrer ›Denkschrift Klinische Forschung‹ von 1997 in Hinblick auf die medizinischen Fakultäten von »nicht-qualitätskontrollierter ›pro forma‹-Forschung ohne wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und ohne eine weiterführende akademische Zielsetzung«.<sup>6</sup> Doch auch dies hebt wiederum nicht die Eigendynamik der wechselseitigen Konditionierung von Karrieremöglichkeiten und intra-professionellen Selbstbeschreibungen aus. Für Mediziner, die eine klinische Leitungsposition anstreben, bleibt die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz bislang unabdingbar. Aus Perspektive der Sozialisation der professionellen Spitzenkräfte heißt dies dann eben nur, dass man neben den anderen auch noch diese Überforderung zu bewältigen hat. Dass hierbei auch nur mit Wasser gekocht werden kann, ist dann kein Argument gegen, sondern eins für die Profession, denn schließlich kann nur der Professionelle beurteilen, wie es wirklich um die Dinge steht und was daraus für den klinischen Alltag zu folgern ist.

Man weiß zwar, dass Pannen, Pusch und auch Schlimmeres vorkommen, doch auch hier kommt jene Paradoxie der Profession zum Vorschein, dass von außen nicht sein kann, was nicht darf – und entsprechend kein Akteur seine Unzulänglichkeiten ›outen‹ würde, von innen gesehen jedoch all dies zu der gedeckten und dem ärztlichen Feld längst vertrauten Praxis gehört.<sup>7</sup>

4 Der Begriff ›Volition‹ verweist hier mit Günther auf jene Ordnungsrelationen, in denen Problemlagen nicht mehr in einem strengen Sinne logisch-analytisch, sondern nur durch die Willkür einer Praxis durchlagen werden können, die durch ihre eigene Selbstinstruktion die Verhältnisse wieder ordnet. Vgl. Günther (2002, 237f.).

5 Hier ist dann üblicherweise auch an den Universitätskliniken eine deutliche personelle und institutionelle Trennung zwischen Einheiten, in denen hauptamtlich an Forschung gearbeitet wird und in denen die Patientenversorgung im Vordergrund steht.

6 DFG-Denkschrift Klinische Forschung. Download 15.8.1998: [www.dfg.de/aktuell/download/klinische\\_forschung.html](http://www.dfg.de/aktuell/download/klinische_forschung.html).

7 Als seltener Moment einer expliziten professionellen Selbstreflexion, welche die übliche Grenze zwischen professioneller Selbstbeschreibung und Praxis durchbricht und gewissermaßen einem durch das ärztliche Feld ansozialisierten Habitus zurechnet, erscheint die Antwort der Deutschen

Gerade in seiner Fähigkeit, die vielfältigen Unsicherheitslagen und die entsprechenden Inszenierungen sowohl zu managen als auch durchschauen zu können, gewinnt der professionelle Experte gegenüber dem Laien über seine Wissensexpertise hinausgehend weitreichende Autonomie: Es gibt gewissermaßen keinen Ausweg aus dem Paradoxon, dass man dem Experten ein objektives Deutungsmonopol zugestehen muss, gleichzeitig jedoch niemals der Verdacht ausgeräumt werden kann, dass hier Subjektives oder gar Willkür gepredigt wird. Der Spannung zwischen den konstativen und performativen Aspekten der Kommunikation<sup>8</sup> ist nur durch den Rekurs auf Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Autorität des Gegenübers zu lösen.

Man kann nun zwar mit Hitzler die Expertenrolle als Inszenierungsleistung rekonstruieren,<sup>9</sup> doch dies reicht nicht aus, um die

Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie auf den Betrugsfall des Onkologen Prof. Hermann: Im DGHO-Mitglieder-Rundschreiben 03/2000 heißt es diesbezüglich: »Die wichtigste Ursache für diese Motivation liegt in der zentralen Bedeutung, die die Veröffentlichungen für das berufliche Fortkommen in der Medizin haben. Im Gegensatz zu Disziplinen wie etwa den Rechts-, Wirtschafts- oder Ingenieurwissenschaften ist eine eindrucksvolle Publikationsliste für Ernennungen in klinische Chefarztpositionen mindestens genauso wichtig wie Erfahrung, genuin individuelle Kreativität und besonderes Engagement in der täglichen Berufspraxis [...] Hinzu kommt die allgemeine Gefahr des Integritätsverlustes der Persönlichkeit des unter kontinuierlichem Produktionsdruck stehenden jungen Wissenschaftlers (>publish or perish<!), da an hochkarätigen klinischen Institutionen oft ein übertriebener Leistungsdruck eines ehrgeizigen Chefs von oben zu einem Klima der Angst und ungesunder Selbstüberforderung unter den Mitarbeitern führt. [...] Wie Blum et al. weiter ausführen, bietet die Medizin weitere Rahmenbedingungen, welche diese Tendenz noch verstärken können: Der Umgang mit Patienten, etwa bei der Erörterung der Prognose unheilbar Kranker, kann zu einem eher laxen und verschwommenen Umgang mit der Wahrheit und noch mehr mit der Wahrhaftigkeit führen, da man aus vermeintlich gerechtfertigter ärztlicher Sicht dem Patienten sowie so nicht immer die Wahrheit sagen könne. [...] Die Neigung zu »ärztlichen Kavaliersdelikten« auch in wissenschaftlichen Belangen, etwa im Sinne des »Grantsmanship«, wird hierdurch gefördert.«

8 Hier im Anklang auf der Unterscheidung von Austin (1979), der zwischen Wahrheitswert und Darstellung einer Aussage unterscheidet.

9 Wenn man dann fragt, woran man die Expertenschaft erkenne, »dann stößt man auf solche Phänomene wie: auf eine bestimmte Art und Weise sprechen, bestimmte Embleme und Symbole verwenden, ein bestimmtes Erscheinungsbild abgeben, bestimmte Rituale – auch Antirituale – vollziehen usw., dann stößt man also sehr schnell auf Inszenierungsleistungen. Dann erscheint der Experte eben nicht als jemand, der besondere Kompe-

medizinische Profession für unsere Zwecke angemessen zu charakterisieren. Professioneller Akteur zu sein, heißt nicht nur, in bestimmten Kontexten eine bestimmte Haltung einzunehmen, sondern beinhaltet auch, eine Persönlichkeitsbildung durchlaufen zu haben, die einem erlaubt, all die hiermit verbundenen Spannungen aushalten zu können. Das grundlegende Merkmal ärztlichen Handelns besteht nicht nur darin, eine Darstellungsleistung zu vollbringen, sondern die zentrale und (im buchstäblichen Sinne) entscheidende Figur der Krankenbehandlung zu verkörpern. Auf der Ebene des Habitus heißt dies, mit all den hiermit verbundenen Spannungslagen, Widersprüchlichkeiten, Unsicherheiten, Inkommensurabilitäten und ethischen Konflikten zurechtzukommen.

Der Karriereweg zum professionell agierenden Mediziner erscheint in diesem Sinne als eine Form der Persönlichkeitsbildung, die den Arzt im Sinne von Oevermann als einen hochgradig autonom agierenden Charakter enaktiert<sup>10</sup> und ihn hiermit von den Pflegekräften, aber auch den anderen Medizinalberufen grundlegend unterscheiden lässt. Der Professionelle hat im Angesicht existenzieller Lagen lernen müssen, komplexe Unsicherheitslagen durch Volition zu durchschlagen und die hiermit verbundenen psychischen Lasten zu bewältigen. Natürlich ist ärztliche Arbeit in hohem Maße (weitaus mehr, als Laien es sich vorstellen können) durch Routinen vorformatiert. Doch dies steht nicht im Widerspruch zu dem Befund, dass in jedem Moment – sei es in der Notfallsituation im Nachtdienst oder im Falle einer besonders verwickelten Beziehungsdynamik – eine Konstellation entsteht, die nur von Ärzten qua Entscheidung durchschlagen werden kann.

## Der ›Dritte Stand‹

Wenn wir die Geschichte der Medizin anschauen, so erscheint die Geburt der Klinik als der wohl wichtigste Wendepunkt für das professionelle Selbstverständnis der Ärzte. Die überwiegend auf Interaktion beruhende höfische Medizin sowie die traditionspositivistischen Denkformen der Volksmedizin wurden durch die dominante medizinische Praxis der Klinik abgelöst. Der einzelne Patient tritt nun im Krankenhaus den in der Regel persönlich unbekannten Ärzten gegenüber. Erst durch diese Anonymisierung wurde der spezifisch medizinische Blick möglich, welcher die Erfolgsgeschichte der mo-

tenzen hat, sondern als jemand, der es versteht, sozial zu plausibilisieren, daß er über besondere Kompetenzen verfügt« (Hitzler et al. 1994, 27).  
10 Vgl. Oevermann (1990).

dernen Medizin einleitete. Bis auf den Allgemeinmediziner, der zumindest noch theoretisch auch hausärztlich tätig ist und damit näher am Alltag der Patienten dran sein kann, tritt der moderne Facharzt diesen gegenüber in ein Reflexionsverhältnis, das weitgehend von den lebensweltlichen Besonderheiten des Patienten abstrahieren und sich auf den begrenzten Blick auf bestimmte Körperfunktionen beschränken kann.

Hierdurch entsteht innerhalb der medizinischen Dienstleistung ein besonderes Spannungsverhältnis. Der professionell agierende Arzt steht nicht nur für die objektivierende medizinische Expertise, sondern auch für einen Klientelbezug, der seine Entscheidungen auch in Hinblick auf ›subjektive‹ Bedürfnisse und lebensweltliche Lagen des Patienten zu reflektieren hat. Zwischen allgemeinem wissenschaftlichen Geltungsanspruch und konkretem Bezug auf die Patientenbedürfnisse stellt die ärztliche Arbeit deshalb trotz ihrer wissenschaftlichen Fundierung immer auch eine Kunstlehre dar, in der nicht zu vereinbarende Perspektiven harmonisiert werden.

An dem Bezugsproblem, einen Ausgleich zwischen diesen beiden Polen finden zu müssen, nährt sich auch die gesellschaftliche Sonderstellung der medizinischen Profession. Beide Aspekte – um hier mit Oevermann zu sprechen – bilden eine »widersprüchliche Einheit«, <sup>11</sup> die nur durch den Arzt als einem autonomen Akteur balanciert werden kann.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist in eine unaufhebbare strukturelle Asymmetrie eingelagert, deren Skandalon – hierauf hat Parsons verwiesen – nur durch die normative Einbettung der ärztlichen Profession beruhigt wird.<sup>12</sup> Die Medizin kann ihre Zumutungen und Gewalt gegenüber dem Patienten nur dann rechtfertigen, wenn sie kommunikativ plausibilisieren kann, dass es ihr weniger um ihre Eigeninteressen denn um das Wohl des Patienten geht. Trotz der hiermit verbundenen Widrigkeiten lässt man sich vom Arzt als Objekt behandeln, weil man davon ausgeht, dass es im Sinne der Wiederherstellung der eigenen Autonomie und Lebenspotenziale geschieht.

Aus den strukturellen Bedingungen dieser Ausgangslage nährt sich auch das Ethos der ärztlichen Profession als ›Drittem Stand‹. Indem sie mit Verweis auf den Klientelbezug ihre Gemeinwohlorientierung in den Vordergrund stellt, kann sie zugleich in Bezug auf ihre Werthaltungen ihre Unabhängigkeit von Politik und Wirtschaft proklamieren. Man mag zwar als Soziologe geneigt sein, den Gemeinwohlbezug der ärztlichen Profession als eine operative Fiktion

<sup>11</sup> Oevermann (1990).

<sup>12</sup> Siehe zur Idee der Kompensation der Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung auch Kettner und Kraska (2009).

zu demaskieren<sup>13</sup> – etwa indem man auf die Machtspiele ärztlicher Standespolitik verweist –, doch dies ändert nichts daran, dass für den Patienten, der eine medizinische Behandlung in Anspruch nimmt, unhintergebar ist, darauf zu vertrauen, aus medizinischen und nicht aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen behandelt zu werden.<sup>14</sup>

Die therapeutische Kommunikation braucht den professionellen Akteur, um ihm die Kompetenz zurechnen zu dürfen, die vielfältigen Widersprüche der Krankenbehandlung balancieren und entscheiden zu können. Im Sinne der funktionalen Anforderung, die hiermit verbundenen vielfältigen Kontingenzen zu bewältigen, ist sein persönliches Urteil gefragt. Um im Sinne von Günthers polykontexturaler Logik zu sprechen, seine Autonomie, seine Subjektivität und seine Willkür werden gebraucht, um mehrdeutige und vielschichtige Fragen in eindeutige Antworten und Handlungen zu überführen.

Betrachten wir im Folgenden die Besonderheiten der medizinischen Profession etwas genauer.

## Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis

Medizinisches Wissen hat zwar, wie Stichweh formuliert, oftmals einen »wissenschaftlichen Status«, ist jedoch »in entscheidender Sicht insuffizient«, 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

13 Insbesondere in den 1960er- und 1970er-Jahren wurde vermehrt Kritik an der ärztlichen Macht formuliert. Man denke etwa an die analytisch durchaus sehr aufschlussreichen Arbeiten von Eliot Freidson (1975b; 1979). Aus der hier formulierten theoretischen Perspektive erscheint die kritisierte Willkür der Ärzte jedoch unweigerlich als die Schattenseite eben jener ärztlichen Autonomie, die notwendig ist, um die inkommensurablen Ansprüche an die ärztliche Arbeit zu balancieren. Die Macht parasitiert sozusagen an der strukturell notwendigen Entscheidungsaufonomie.

14 In diesem Sinne kommt dann auch Oevermann in einer Fallrekonstruktion zum Fall Münch zu dem Schluss, dass die kalte Medizinalität eines KZ-Mediziners die professionelle Seite des ärztlichen Handelns technokratisch tilgt (Oevermann 2000). Die Dilemmata eines Vertrauensverlustes der Medizin durch einen Kurzschluss mit dem Politischen ließen sich aber beispielsweise auch in der DDR-Psychiatrie beobachten (vgl. Süß 1999).

Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen«. <sup>15</sup>

Aus systemtheoretischer Perspektive erscheint das Verhältnis zwischen klinischer Praxis und medizinischer Wissenschaft auch aus einem anderen Grunde problematisch, da der wissenschaftliche Fortschritt vielfach Fragen und Unsicherheitsbereiche aufwirft, die in der Kommunikation gegenüber den Patienten wieder getilgt werden müssen. Klinische Professionalität besteht im Gegensatz zur wissenschaftlichen Lauterkeit darin, dass man »nicht auf demonstrative Offenlegung, das Mitkommunizieren des noch unsicheren Status des Wissens setzen kann. Eine solche Option, die gerade in der Relativität der Wahrheit die Unbegrenztheit des eigenen Fortschreitens erfährt, ist für die Professionen durch das Faktum oft existentieller Betroffenheit des Klienten ausgeschlossen, welches eher dazu zwingt, Ungewissheit zu verdecken, sie in Formen abzuarbeiten, die das Vertrauen des Klienten nicht erschüttern«. <sup>16</sup> Für den Kliniker besteht ein »wesentliches Moment der Problemsituation« in der »Ungewissheit hinsichtlich der Dynamik der Situation, hinsichtlich der zu wählenden Handlungsstrategie und schließlich dem mutmaßlichen Ausgang, und ebendiese Struktur lässt auf der Seite des Professionellen die Relevanz subjektiver Komponenten wie Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme hervortreten, die zugleich mit dem Vertrauen des Klienten als seiner komplementären und möglicherweise erfolgsrelevanten Investition interagieren«. <sup>17</sup>

Hieraus ergeben sich als Konsequenz für die professionelle Ideologie die »Ausdifferenzierung der Klientenorientierung« unter dem »Primat des Handlungsbezuges«. <sup>18</sup> Medizin muss im Sinne ihres funktionsspezifischen Leistungsvollzugs gegenüber dem ihr verpflichteten Patienten handeln, kann sich jedoch in Bezug auf die Begründung für ihr Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen. Das Nichtwissen der Ärzte kann in der klinischen Praxis nicht in jedem Fall durch Wissen reduziert werden <sup>19</sup>, sondern oftmals nur dadurch, dass man der unsicheren Aus-

<sup>15</sup> Stichweh (1987, 228).

<sup>16</sup> Ebd.

<sup>17</sup> Ebd.

<sup>18</sup> Stichweh (1987, 230).

<sup>19</sup> Wissenschaft im guten Sinne erzeugt – Poppers Falsifikationstheorem folgend – mehr Fragen als Antworten. Grundlagenwissenschaft erzeugt mehr Komplexität, als es angewandte Wissenschaft vertragen kann. Entsprechend gilt auch hier Luhmanns wissenschaftstheoretisches Diktum, dass es unter den gegebenen Bedingungen leichter ist, »Konstruktionen zu entwerfen und nachzuvollziehen als richtige Realitätswahrnehmungen zu behaupten und durchzusetzen« (Luhmann 1998b: 634).



gangslage mit einer Praxis begegnet, welche die Mehrdeutigkeiten und Unsicherheiten performativ in eindeutige Lösungen überführt.<sup>20</sup>

»Autonomes individuelles Handeln« und »universalistischer Anspruch einer wissenschaftlichen Disziplin« bilden innerhalb der Medizin ein Spannungsfeld, das seinerseits nach Maßnahmen zur Entspannung verlangt, sei es mittels einer Professionsethik, der Schaffung von »Orten professioneller Reinheit« oder auch durch die Selbstimmunisierung berufsständiger Organisationen.<sup>21</sup> Professionslogisch gesehen bleibt keine andere Wahl, als die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis unscharf zu lassen, denn die hierdurch kultivierte Diffusität hält gleichzeitig die Autonomie der Profession gegenüber dem gefährlichen Zugriff anderer Funktionssysteme auf die ärztlichen Leistungsvollzüge aufrecht, etwa dem Recht oder der Wirtschaft.

## Unsicherheiten im Klientelbezug

Eng verbunden mit den vorangehenden Ausführungen ergeben sich weitere Besonderheiten für den Klientelbezug. Über die Unsicherheiten der Diagnosestellung und Therapieindikation ist der Patient nicht nur als Auftraggeber ärztlicher Arbeit, sondern zugleich als Subjekt seiner Lebenspraxis zu begreifen.<sup>22</sup> Die Behandlung eines Patienten bringt in diesem Sinne immer auch ein Minimum an Verstehensarbeit mit sich, die darauf zielt, die Selbstreferenz eines Patienten zu antizipieren. Selbst beim bewussten Patienten spielt der vermeintliche Patientenwille eine Rolle für die ärztlichen Entscheidungen.

20 Hier begegnen wir dann jenen komplexen Zeitverhältnissen, in denen die Vergangenheit ein Reservoir an alternativen Deutungen und Entscheidungsmöglichkeiten bereithält, während die strukturell offene Zukunft nun qua Entscheidung geschlossen wird. »Nur mittels Entscheidungen kann man eine prognostizierbare Zukunft erzeugen. Unsicherheitsabsorption ist ein Entscheidungsprozess« (Luhmann 2000c, 186).

21 Stichweh (1987, 236ff.).

22 Wie Oevermann formuliert, haben Professionen es »in ihrer in sich widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mütterlichen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis in ihren gesunden Anteilen andererseits, wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun, ohne daß sie dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen« (Oevermann 1990, 15).

Offensichtlicher wird das Problem der Patientensubjektivität beim bewusstseinsfähigen Patienten. Zum einen muss er bei den medizinischen Prozeduren mitmachen, also diesbezüglich überzeugt werden. Zum anderen – und dies ist das gewichtigere Problem, stellt sich die Frage, ob die Behandlungen und Therapiemaßnahmen mit seinen eigenen Vorstellungen seiner Lebensorganisation kompatibel sind. Eine Therapieoption mag zwar wissenschaftlich gut begründet und medizinisch indiziert sein, doch dies hilft wenig, wenn der Patient in seinem Alltag Orientierungen verfolgt, welche die Therapiebemühungen konterkarieren. Die Frage der Compliance, also der Einhaltung der ärztlichen Maßnahmen durch den Patienten, kann damit nicht mehr nur in der Richtung verstanden werden, den Patienten vom Sinn der ärztlichen Anweisungen zu überzeugen, sondern ist im Sinne einer professionellen Perspektivenübernahme auch so zu verstehen, dass die Auswahl potenzieller Maßnahmen in Bezug auf die Sinnhorizonte des Patienten stattfindet, also Optionen gewählt werden, welche der Eigenlogik des Patienten entsprechen.

Der Klientelbezug koppelt sich damit jedoch unweigerlich an die Unsicherheitsbereiche der Verstehensproblematik an, und hier kommt die Sonderleistung des Professionellen nicht nur als Hermeneut der Krankheit, sondern auch als Hermeneut des Kranken ins Spiel. Zu erkunden, was in dem Anderen ›wirklich‹ vorgeht, ist alles andere als trivial und ist als Kommunikation per se mit Kontingenzen durchsetzt.<sup>23</sup>

## Unsicherheiten medizinischer Technologien

Gemeinhin wird davon ausgegangen, dass die medizinischen Technologien der Diagnose und Überwachung dazu beitragen, die Unsicherheiten in Hinblick auf die Fragen der Krankenbehandlung zu verringern. Dies trifft zwar auf der einen Seite zu, ist aber, wie insbesondere Schubert herausgearbeitet hat, nur für den Preis zu haben, dass hierdurch neue Unsicherheiten generiert werden.<sup>24</sup> Da diagnos-

23 Mit Hans Georg Gadamer besteht die hermeneutische Leistung dann auch weniger im Perspektiven-übernehmenden-Verstehen, sondern in der Fähigkeit, die vielfältigen Bereiche des Missverstehens als Ausgangspunkt gezielter Erkundungen zu nehmen: »Die Bemühung des Verstehens« findet »überall statt, wo sich kein unmittelbares Verstehen ergibt, bzw. wo mit der Möglichkeit eines Mißverstehens gerechnet werden muß« (Gadamer 1972, 167).

24 Siehe zu der Typisierung schädlicher Konsequenzen eines zunehmenden Einsatzes medizinischer Verfahren Fisher/Welsh (1999).

tische Prozeduren auch falsch-positive Ergebnisse liefern können, die auf eine Krankheit hinweisen, wo keine ist, erhöht die Ausweitung ihrer Anwendung gleichzeitig die Gefahr von Fehldiagnosen. Umgekehrt stellt ein negativer Befund noch keinen Beweis dar, dass keine Krankheit vorliegt. Darüber hinaus stellen viele diagnostische und therapeutische Prozeduren ihrerseits Eingriffe in den Körper dar, die schädigende Wirkungen mit sich bringen können, welche die zu erwartenden therapeutischen Vorteile einer Früherkennung wieder aufheben können. Zudem bergen technisierte Verfahren ihre eigene Störanfälligkeit, die weitere Techniken der Kontrolle nötig werden lässt, welche dann ihrerseits Fehlfunktionen aufweisen können.<sup>25</sup>

»Der Kardiologe Holger Lemke sitzt vor dem Computer an Befunden einer Magnetresonanztomographie. Nach einer Weile ruft er seinen Kollegen Bernd Daubach, der an einem anderen Monitor arbeitet, zu sich. Lemke äußert seine Verdachtsdiagnose, während er mit dem Zeiger der Computermouse über eine bestimmte Stelle des Bildes fährt. »Der zuweisende Chirurg hat es im Operationsbericht beschrieben. Für mich sieht es aber eher wie Typ 2 aus«, meint Lemke fragend, worauf Daubach zugesteht: »Das ist echt schwierig. Mir sind keine Kriterien bekannt, das zu verifizieren.« Die beiden einigen sich den Chirurg anzurufen und zu fragen, ob er sich das Bild ansehen wolle. Dieser ist jedoch nicht erreichbar, worauf die beiden den Scan noch einmal genauer untersuchen. »Es könnte auch diese Stelle hier sein«, meint Daubach, während er den Zeiger auf einen bestimmten Bildausschnitt richtet, und fährt fort: »Hier ist doch Kontrastmittel. Das hier ist das Stück, das man in der Angio[graphie] sieht. Schreib doch: »Verdacht auf Endoleckage.« Das wird das schon sein, ohne dass du dich jetzt äussern musst, ob Typ 2 oder Typ 3.« Lemke stimmt diesem Vorschlag zu und macht sich an das Schreiben des Berichts.«

*Beobachtungsprotokoll aus einer Herzklinik, Regula Valérie Burri (2008, 224)*

All die benannten technischen Unschärfen unterhöheln nicht die Sonderstellung professioneller Akteure, sondern reifizieren sie. Wem sonst ließe sich die Kompetenz zuweisen, Unsicherheiten in der Interpretation qua Expertise zu schließen?

Bildgebende Verfahren erlauben es zwar, bislang verborgene Prozesse des Körpers in hohen Auflösungen darzustellen, doch ihre Auswertung stellt immense Anforderungen an die Verstehens- und Typisierungsleistungen der Interpreten. Ein Röntgenarzt hat in seiner Ausbildung zunächst einmal 1 000 bis 2 000 Bilder eines bestimmten Typus zu sehen, um eben diesen Typus von anderen Phänomenbe-

25 Siehe Schubert (2006; 2008).

reichen sicher unterscheiden zu können. Biologische Strukturen und ihre Bilder sind in sich so variantenreich und diversifiziert, dass die Fähigkeit, Gleiches in verschiedenen Bildern erkennen und ähnlich Aussehendes auf verschiedene morphologische Strukturen zurückführen zu können, erst in langer face-to-face-Unterweisung antrainiert werden muss.<sup>26</sup> Viele diagnostische Bilder lassen sich zwar auch durch den Computer aufbereiten, um eine deutlichere visuelle Rhetorik zu entfalten. Die hieraus folgenden ›Einheiten aus Bild, Zahl und Schrift‹<sup>27</sup> stellen jedoch ihrerseits Artefakte dar, die in Hinblick auf ihre technischen Herstellungsprozesse rekontextualisiert werden müssen, um ihre Aussagekraft bewerten zu können.

Gleiches gilt für Laboruntersuchungen. Da Proben vertauscht oder falsch beschriftet sein können, die Laborchemie durch Medikamente und Nahrungsmittel beeinflusst werden kann und falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse eher die Regel als die Ausnahme darstellen, gilt auch hier das Primat der ärztlichen Interpretation. Je stärker die (labor)technisch vermittelte Information auf komplexen Aufbereitungsprozessen beruht, desto mehr wird eine kritische Kontextualisierung durch einen erfahrenen Experten benötigt, welcher in der Lage ist, die Relevanz der technisch erzeugten Daten gegebenenfalls wieder zu relativieren.

Dass im Zusammenhang fraglicher Diagnosestellungen vielfach Doppeluntersuchungen durchgeführt werden, ist entsprechend üblicherweise weniger ökonomischen Kalkülen geschuldet denn dem Versuch, vertrauenswürdige Daten zu generieren, deren Legitimität dann zumindest dadurch gewährleistet wird, dass man die Leute und deren Arbeitsweisen kennt, welche die Befunde generieren, auf deren Basis gegebenenfalls weitreichende therapeutische Entscheidungen gegründet werden.<sup>28</sup>

Wenn man beispielsweise weiß, dass die Befundung einer Magnetresonanztomographie in einer ambulanten Röntgenpraxis in der Regel weniger als 10 Minuten dauert, dieselben Bilder aber in der radiologischen Abteilung eines Universitätsklinikums 40 bis 60 Minuten angeschaut und reflektiert werden, ergeben sich allein schon hieraus unterschiedliche Relevanzen in der Bedeutung eines Befundes. Der erfahrene Arzt wird hier gegebenenfalls – wenn die weniger

26 Illustrativ und aufschlussreich für diese Lern- und Lehrprozesse ist insbesondere die Untersuchung von Atkinson (1995).

27 Coy (2003).

28 Neben Atkinson (1995) haben insbesondere auch die Untersuchungen von Cicourel (1987a; 1987b; 1990) herausgearbeitet, welche Rolle die Frage, wem man in welcher Hinsicht vertrauen kann, innerhalb der ärztlichen Entscheidungsfindung spielt.

komplexen Routinen bei der Lösung seines Problems nicht weiterhelfen – die Bilder an Experten aus der Hochschulmedizin weiterleiten wollen – und auch dies gehört zum professionellen Habitus: Man weiß zu unterscheiden, wann man oberflächlich bleiben und Lücken in Kauf nehmen kann und wann es angesagt ist, ins Detail zu gehen und hohen Aufwand zu treiben.

*Ärztin:* Bei einer unheilbaren Krankheit wird nur noch palliativ behandelt, nicht mehr kurativ. Wenn die Patientin Angst hat, würde es ihr gut tun zu wissen, dass man auf dem Bild nichts sieht. Wenn man aber etwas sieht und sie nichts spürt, gerät man in einen Konflikt. Bei einer unheilbaren Situation ist dies eine schwierige Entscheidung. Behandelt man das Bild oder wartet man, bis sie etwas spürt? Generell behandeln wir eher die Symptome als das Bild, das heißt wir warten, bis sie etwas spürt. Es ist aber für eine Patientin schwer auszuhalten, wenn sie sieht, dass sie voller Metastasen ist und wir dann nichts unternehmen, auch wenn sie noch nichts spürt (Dr. med. Bettina Matter, Gynäkologin).

*In: Regula Valéria Burri (2008, 240).*

Nicht zuletzt besteht eine wesentliche professionelle Kompetenz in der Fähigkeit, den mittels medizinischer Technik gelesenen Körper mit der so genannten ›Klinik‹ in Beziehung zu setzen. Unter dem Begriff ›Klinik‹ verstehen Ärzte die vom Patienten berichtete Befindlichkeit, die nun als Ausdruck eines Symptombildes mit den anderen Daten abzugleichen und zu korrelieren ist. Das diesbezügliche Fallverstehen ist, wie kognitionspsychologische Untersuchungen zeigen, bei erfahrenen Ärzten eng an eine ganzheitliche Mustererkennung gekoppelt, d. h. an ein Verstehen, das ähnliche Krankheitsbilder in verschiedenen Konstellationen von Symptomen und Testergebnissen entdecken lässt bzw. umgekehrt im gleichen Symptom den Verweis auf verschiedene Krankheiten errahnen lässt.<sup>29</sup>

All dies zusammengenommen führt mit Schubert zu dem abschließenden Befund, »dass die Zunahme von Apparaten und Gerätschaften mit einer Zunahme der Interpretationsleistung über die von ihnen erzeugten Daten einhergeht. Der Mythos der positivistischen Eindeutigkeit trifft also auf die Praxis der kontingenten Erzeugung von Eindeutigkeit. Zum anderen sind auch die aus den Daten abgeleiteten Entscheidungsorientierungen aufgrund der zunehmend komplexer werdenden Wirkrelationen nicht mehr als simples Behandlungsschema im Sinne einfacher Kausalzusammenhänge verstehbar, sondern

29 Siehe zur ärztlichen Kompetenz der Mustererkennung insbesondere Gruber (1994; 1999).

müssen als kontingente Entscheidungsheuristiken aufgefasst werden, bei denen ein gewisses Maß an situationaler Unsicherheit notwendigerweise bestehen bleibt. Medizinische Technologie ermöglicht auf diese Art eine bestimmte Form der ärztlichen Behandlung, indem sie neue Einblicke in den menschlichen Körper gewährt, gleichzeitig schafft sie damit auch eine der apparativen Diagnose und Therapie inhärente Komplexität, die in der Praxis der Behandlung bewältigt werden muss<sup>30</sup>.

## Organisationale Unsicherheiten

Wie bereits im Bild von Organisationen als einem Treffraum der Funktionssysteme deutlich wurde, besteht eine der wesentlichen Eigenleistungen von Organisationen darin, qua Entscheidung inkomensurable Orientierungen in ein arbeitsfähiges Arrangement bringen zu können. Dies kann geschehen, indem Prozesse voneinander entkoppelt werden, Dinge teilweise im Modus des Als-ob bearbeitet und situativ gegenüber rechtlichen, wirtschaftlichen und manchmal auch medizinischen Handlungsprimaten auf Distanz gehalten werden.

Indem Organisationen auf diese Weise mehrdeutige Inputs, die auf unterschiedlichste Funktionsbezüge referieren, in bereits vorhandene Routinen überführen, erzeugen sie auf der einen Seite Handlungssicherheiten. Man kann den durch die Organisation vorprogrammierten Pfaden folgen, was die multiplen Kontingenzen kranker Körper und sprechender Patienten bewältigbar macht, indem das Patientenproblem in einen für die Organisation bearbeitbaren Sachverhalt transformiert wird.

Da die unterschiedlichen Routinen jedoch ihrerseits wieder zu einer Desintegration von Behandlungsprozessen führen können, erzeugen Organisationen auf der anderen Seite eine neue Klasse von Problemen, die mit der Verzahnung von Prozessen einhergeht. Für die Medizin wird dies vor allem seit der Ausdifferenzierung ihres Faches in die vielfältigen Subdisziplinen virulent. 1952 lag die Zahl der Krankenhausärzte mit rund 28 000 noch weit unter den an die 42 000 niedergelassenen Ärzten. Ab den 70er-Jahren kehrte sich das Bild jedoch um,<sup>31</sup> wenngleich die Gesamtzahl der Ärzte um ein Vielfaches zunahm. Von den 291 171 im Jahre 1999 berufstätigen Ärzten waren »nur« noch 118 171 niedergelassen tätig.<sup>32</sup> Auch im ambulan-

30 Schubert (2008, 143).

31 Siehe Mayntz (1988, 137).

32 Statistisches Bundesamt, Personal im Gesundheitswesen, 2001.

ten Bereich gewannen die Spezialisten zugunsten der Primärversorgung, wenngleich die generalistischen und ganzheitlichen Tugenden der Allgemeinärzte seitens der Gesundheitspolitik weithin ausgelobt werden. Als Folge der fortschreitenden Spezialisierung wurden Desintegrationsphänomene sichtbar sowie im Anschluss auch vermehrt die Entfremdung der Organmedizin vom ›ganzen‹ Menschen kritisiert.<sup>33</sup> Die einzelnen Subdisziplinen – so der durchgängige Befund von Medizinsoziologen und Gesundheitswissenschaftlern – arbeiten zwar in ihren Leistungsvollzügen durchweg auf einem hohen Niveau, doch die fehlende Verzahnung der Bereiche erzeuge eine Reihe von Folgeproblemen, da nur eine unzureichende Integration stattfinde.<sup>34</sup> Die moderne Medizin gewinnt durch ihre hochgradig arbeitsteiligen Organisationsformen Sicherheiten in ihren medizinischen Routinen, hat jedoch hierfür den Preis von Unsicherheiten in der Integration der unterschiedlichen medizinischen Wissenssphären zu zahlen.

Die Organisationen der Krankenbehandlung mögen zwar einerseits die professionelle Basis der ärztlichen Arbeit korrumpieren, um dann andererseits jedoch die professionellen Kompetenzen zur Integration von Wissen und Nichtwissen sowie von Widersprüchlichkeiten umso wertvoller erscheinen zu lassen.<sup>35</sup> Mit Blick auf die Entwicklung der medizinischen Organisationen treffen wir hier also auf den paradoxen Befund, dass die organisierte Medizin mit ihrer zunehmenden Ausdifferenzierung die ehemals auf eine ›ganzheitliche‹ Perspektive orientierten Vertreter der ärztlichen Profession zwar zunehmend in eine Spezialistenrolle gedrängt hat, jedoch gerade deshalb vermehrt auf ihre generalistischen Kompetenzen angewiesen ist.

## Professionelle Ambivalenzen

Ein weiterer Punkt in diesem Zusammenhang, auf den auch Schubert hinweist, besteht in den ambivalenten Haltungen, die gleichsam als Paradoxie des Professionellen in die professionelle Logik eingelagert sind.<sup>36</sup> Die professionelle Orientierung, sich dem Patienten bedin-

33 Oder um mit Mayntz (1988, 171) zu sprechen: Es fehle in diesem Sinne »eine naturwüchsige Tendenz zur optimalen Erfüllung von Systembedürfnissen«.

34 Vgl. Badura (1994).

35 In diesem Sinne macht es dann auch Sinn, Stichwehs These vom »Bedeutungsverlust von Professionen zugunsten von Organisationen« zunächst zustimmen, um ihm dann aber in Hinblick auf das fortbestehende Bezugsproblem ärztlicher Arbeit zu widersprechen (Stichweh 1996).

36 Vgl. Schubert (2008, 146ff.).

gungslos zuzuwenden, wird von der anderen Seite her flankiert durch die Bestrebung, diesen wieder loswerden zu wollen bzw. von diesem nicht allzu intensiv in sein Leiden verwickelt zu werden. Homolog hebt seine Gemeinwohlorientierung nicht seine Bestrebungen aus, die Machtstellung der eigenen Berufsgruppe auszubauen. Ebenso stehen dem praktischen Sinn eines durch Erfahrung gewonnenen Wissens, was im konkreten Fall am besten zu tun ist, all jene performativen Aspekte der Inszenierung einer medizinischen Kompetenz gegenüber, die eigentlich sehr genau um ihre Grenzen wissen sollte.

All diese Dichotomien erscheinen bei genauerer Betrachtung nicht als Unvereinbarkeiten, sondern als Ambivalenzen, die gerade deshalb, weil sie auf Unschärfen und Uneindeutigkeit reiten, die professionelle Sonderrolle stabilisieren. Dass der Arzt nur dann als kompetente Entscheidungskraft fungieren kann, wenn er eine Leistungselite verkörpert, die entsprechend für sich sorgt, dass er nur dann als ›Droge Arzt‹<sup>37</sup> seine Wirksamkeit entfalten kann, wenn er die Grenze zwischen Körperwissen und symbolischer Heilung im Unschärfen belässt, dass er nur dann helfen kann, wenn er nicht zu sehr ins Helfen involviert wird, erscheinen dann als jene Form der Paradoxieentfaltung, die durch niemanden sonst geleistet werden könnte als den professionellen Akteur selber.

Der Professionelle erscheint hiermit weiterhin als eine Führungsperson besonderen Charakters. Wie andere wissensbasierte Experten oder Vertreter aus den Managementeliten wird ihm zugerechnet, autonome Entscheidungen zu treffen, um die multiplen Kontingenzen seines Handlungsfeldes zu durchschlagen. Doch im Unterschied zu diesen gründet er sein Handeln auf einem kollektiven Vertrauensvorschuss, der seinem Stand entgegengebracht wird. Während ein Manager damit leben kann, dass ihm unterstellt wird, nur aus eigener Gewinnsucht zu handeln, beruht die Reputation eines Arztes immer auch auf der Einbettung in eine Gemeinschaft der Gleichen, die als Milieu und Gruppe das professionelle Ethos verkörpert, in den oben genannten Fragen eine angemessene Balance zu finden.

Aus systemischen Gründen haben die Motive ›Eigennutz‹ und ›Macht‹ – anders als im wirtschaftlichen und politischen Feld – im Latenzbereich der professionellen Selbstbeschreibung verborgen zu bleiben. Die professionelle Identität unterliegt in den Netzwerken der Peers entsprechend einer kontinuierlichen Selbstaktualisierung, was dann den Stand der Profession als Eigenwert auf Dauer stellt, wenngleich die Inhalte und Werte des professionellen Ethos im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse variieren mögen.

37 Balint (2001).



Im Sinne der in den vorangehenden Kapiteln aufgeworfenen gesellschafts-, netzwerk- und organisationstheoretischen Perspektiven ergeben sich hier Problemstellungen, welche die Frage berühren, was passiert, wenn alte professionelle Identitäten in Frage gestellt werden, aber (noch) keine alternativen professionellen Orientierungen zur Verfügung stehen. Da die hier verhandelten professionellen Identitäten zugleich als intrinsische Motivation eine zentrale Triebkraft für die hohe Leistungsbereitschaft ärztlicher Akteure darstellen, ist die Antwort auf diese und ähnlich gelagerte Fragen für die Bewertung von alten und neuen Systemarrangements der Krankenbehandlung von erheblicher Bedeutung.

## Einheit der Profession als Netzwerk

Was rechtfertigt die Rede von der ärztlichen Profession im Singular? Arzt ist nicht gleich Arzt. Die schnellen Spiele der Chirurgen, die auf Zeit und Reflexion bauenden Internisten, der nur einen begrenzten Organbereich im Blick habende Spezialist, der auch psychosoziale Aspekte mitdenkende Hausarzt, der Universitätsordinarius oder der Oberarzt eines Landkrankenhauses – all diese Ärzte zeichnen sich durch divergierende medizinische Handlungsbereiche und entsprechend variierende Orientierungen aus.<sup>38</sup>

Dennoch lässt sich über diese inhaltlichen Divergenzen ein gemeinsamer Erfahrungsraum des Arztes ausmachen. Dieser ergibt sich vor allem durch die wechselseitige Referenz der Ärzte aufeinander und durch das gemeinsame verkörperte Wissen darüber, was es heißt, Arzt zu sein. Erst auf dieser Ebene ergibt sich ein soziologisches Verständnis davon, was es heißt, ein Vertreter der ärztlichen Profession zu sein.

Professionen wären hiermit als eine besondere Form eines Netzwerks im Sinne von White anzusehen (siehe Kap. III). Als Knotenpunkte innerhalb der wechselseitigen Konstitution von Identität und Kontrolle gewinnen die Ärzte ihre Autorität und Autonomie dann entsprechend nur als Element einer übergreifenden professionellen Ordnung, die ihrerseits in den besonderen Lagerungen der Krankenbehandlung gegründet ist.

<sup>38</sup> Siehe zur Professionstypik internistische Medizin/Chirurgie/Psychosomatik, Universitätsmedizin/Krankenhaus der Maximalversorgung die Untersuchung von Vogd (2004b). Vgl. zur unterschiedlichen professionstypischen Konditionierung der Arzt-Patient-Beziehung Begenauer/Schubert/Vogd (2009).

Professionelle Leistungen müssen einerseits als professionelle Leistungen wiedererkennbar sein, andererseits aber dürfen die Kriterien interner Regulierung und Kontrolle nicht allzu scharf gesetzt werden. Man weiß, dass jedem ein Kunstfehler unterlaufen kann, dass die Entscheidungslagen, mit denen man zu tun hat, oftmals unscharf definiert sind, dass man angesichts knapper Zeit und des existenziellen Handlungsdrucks, der im Angesicht von Krankheit und Leid offenbar wird, handeln muss, dabei aber später nicht immer sicher sein kann, das Richtige getan zu haben.

Als Arzt weiß man besser als jeder andere um die Grenzen seiner Kunst. Entsprechend gilt dann zwar einerseits das Primat, den eigenen Kollegen nicht allzu genau auf die Finger zu schauen, aber andererseits diesen gegenüber ständig die Wahrnehmung und Reflexion mitlaufen zu lassen, um abzutasten, wem man im Zweifelsfall im Urteil vertrauen kann und wen man als Netzwerkpartner besser nicht mehr anspielen sollte.<sup>39</sup>

Als hochgradig wissensintensive Berufe können Ärzte in Hinblick auf ihre innere Handlungsdynamik von außen nicht wirklich durchschaut und kontrolliert werden. Man wird hier in den allermeisten Fällen eben nur bei dem Verdacht stehenbleiben, dass es sich um eine Inszenierung von Kompetenz handele, wenngleich sich, wenn man nur genauer hinschauen könnte, Unwissen und Willkür zeige. Nur Ärzte, die nahe genug dran sind, verfügen über ein hinreichendes Wissen, hier genauere Beurteilungen zu wagen.

Als einzig wirksames Steuerungsmedium professioneller Arbeit bleibt hier letztlich nur die professionelle Selbstkontrolle als ein Arrangement von Ärzten übrig, die in Form von Netzwerken miteinander kooperieren. Schon Freidson beschrieb in seinem 1975 erschienenen Buch ›Doctoring together‹ entsprechende ›Medical Groups‹:<sup>40</sup>

»Ziel einer solchen Gruppe ist es, die sowieso in urbanen Räumen vorhandene Kompetenz und Spezialisierung von Ärzten zu koordinieren, um dem (dazu berechtigten) Patienten eine kostengünstige Behandlung auf hohem Niveau zu verschaffen. Freidson untersucht in seiner Studie unter anderem die Überweisungspraktiken und entdeckt, dass diese nicht allein technischen Notwendigkeiten folgen, sondern ›soziale Konventionen und institutionelle Arrangements reflektieren, die zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort durch die Beteiligten ausgehandelt‹ wurden [...]. Die Allgemeinärzte der Gruppe beispielsweise waren nicht nur

39 Siehe zur Dynamik und Relevanz solcher interprofessionellen Prozesse der Vertrauensbildung Cicourel (1987a; 1990) und Atkinson (1995).

40 Freidson (1975a).

Gatekeeper oder Rezeptionisten, die die Patienten weitervermitteln, sie sollten darüber hinaus die diversen Behandlungsleistungen interpretieren, koordinieren und managen. Es findet demnach keine bürokratische, sondern eine professionelle Selbstkontrolle der medizinischen Leistung – und das ist hier entscheidend – in Gruppen von Medizinern statt. Schon Freidson erkennt hier folgerichtig, dass die Form der Organisation der Arbeit die Art der Arbeit selbst beeinflusst. Der Arzt verhält sich auf Grundlage des von ihm bewahrten professionellen medizinischen Know-hows und der Eingebundenheit in eine Gruppe von Ärzten anders als der Händler und der Bürokrat. [...] Die Netzwerkperspektive hebt die Bedeutung der Beziehungszusammenhänge zwischen den Ärzten hervor, gleichzeitig wird deutlich, dass der Kern der ärztlichen Profession, die (erfahrungs-)wissensgebundene Praxis selbst, unabhängig von der jeweiligen Organisationsform der Leistungserbringung professionelle Autonomie behält [...]. Allerdings bleibt in Netzwerken die autonome ärztliche Entscheidung nicht unbeobachtet, sondern wird in der integrierten Versorgung während der abgestimmten Behandlung durch die anderen Spezialisten wahrgenommen.<sup>41</sup>

Die Netzwerkperspektive erlaubt es schließlich auch, den Patienten als einen kontrollierenden Knotenpunkt im Netzwerk der professionellen Akteure zu betrachten. Denn auch er leistet durch seine Entscheidung, mit einem spezifischen Arzt zusammenzuarbeiten oder dies eben nicht zu tun, oder indem er seine eigene Beschwerdemacht gegenüber Ärzten zur Geltung bringt, einen Beitrag, um das, was innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung geleistet wird, zu kontrollieren.<sup>42</sup>

Kommen wir abschließend nochmals zurück zu der eingangs geschilderten Ausgangsdynamik professionellen Handelns. Wir begegnen hier einerseits einer überfordernden Komplexität der Krankheitsbehandlung, die mit medizinischen, sozialen, organisationalen und gesellschaftlichen Kontingenzen zu rechnen hat, andererseits aber mit dem Arzt einem professionellen Akteur, der gelernt hat mit all diesen Unsicherheiten umzugehen.<sup>43</sup>

41 Schubert/Vogd (2008, 36f.).

42 Möglich wird dies nicht zuletzt auch dadurch, dass Patienten zugleich Subjekte des Rechts darstellen, aber zumindest mittelbar als Kunde den Ärzten gegenüber ökonomische Macht ausüben können.

43 An dieser Stelle nochmals der Hinweis auf René Fox (1969) mit seinem grundlegenden Beitrag »Training for Uncertainty«, auf den dann viele spätere Autoren, unter anderem Atkinson (1984), Bezug genommen haben.

Was einen ›guten Arzt‹ aus dieser professionstheoretischen Perspektive ausmacht – ihn vom bloßen Experten unterscheidet –, erscheint weniger durch sein medizinisch-fachliches Wissen bestimmt, denn durch jene in Behandlungsnetzwerken erlernbaren Kompetenzen. Diese bestehen darin, mit den vielfältigen Unschärfen, Ambivalenzen, widersprüchlichen Einheiten und Mehrdeutigkeiten, die in die moderne Krankenbehandlung eingelagert sind, produktiv umgehen zu können. Der ›gute Arzt‹ kann die hieraus resultierenden psychischen Spannungen nicht nur ertragen, sondern kommunikativ in jenes Vertrauensverhältnis münzen, entsprechend dem man als kranker Mensch zwar sehr wohl weiß, dass die Bedingungen der Wohlversehrtheit der eigenen Leiblichkeit alles andere als garantiert sind, man aber mit einem Arzt genau jenen Partner findet, hiermit handlungspraktisch umgehen zu können.<sup>44</sup>

44 Genau dies macht dann auch in Wettrecks Rekonstruktion der ärztlichen Kompetenz den Unterschied zwischen einem technischen biomedizinischen Blick und jener umfassenderen ärztlichen Sichtweise aus, welche auch soziale und psychische Komplexität in den Behandlungsprozess mit einbeziehen kann (Wettreck 1999).