

10. Ärztliches Selbst und ärztliche Praxis – kulturgeschichtliche Rollen, praxisgestaltende Kraft der Metapher, Expertenwissen, *Habitus* und kulturelles *common-sense*-System der Medizin

›...dass wir Ärzte die Verpflichtung haben, unsere kognitiven und emotionalen Probleme unter dem Gesichtspunkt ihres Verflochtenseins mit ethischen Fragen zu reflektieren.«

Th. von Uexküll/W. Wesiak (1:445)

›Ich will verstehen. Worte und Bilder weisen mir in dieser Studie den Weg zu den Bedeutungen. Sie gilt es zu deuten. Verstehen durch deuten lautet die Formel, an der sich mein methodisches Programm orientiert.«

Christina Schachtner (2:45)

›The metaphors by which we live define and limit what we do, and they are crucial for physicians. [...]. One reason why doctors overtreat and overstudy and do not always talk with, or listen to, their patients is that they are too busy looking at organs and laboratory findings. The eye rules the ear in current medical practice.«

Howard Spiro (3:3)

In ihrem Buch *Theorie der Humanmedizin* (1) haben Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak ausführlich Stellung genommen zur Arzt-Patienten-Beziehung, zum ärztlichen Rollenverständnis in Vergangenheit und Gegenwart, zum Problem der ärztlichen Ethik und Verantwortung und zur Notwendigkeit, diese Begriffe mit neuem Inhalt zu füllen (1:425-499). Nachfolgend sollen hierzu einige Anmerkungen und Aktualisierungen erörtert werden.

Kulturgeschichtlicher Rückblick – Historie ärztlichen Rollenverständnisses

In einem kulturgeschichtlichen Rückblick unterscheiden Uexküll und Wesiak unterschiedliche Phasen des ärztlichen Rollenverständnisses vom Jungpaläolithikum (40.000

bis 10 000 v. Chr.), über die griechische und römische Antike, das Mittelalter bis hin zur Neuzeit (siehe Tabelle 1). Für den steinzeitlichen Menschen war die gesamte Natur, auch die von uns als unbelebt bezeichnete Natur, auf mystische Art beseelt. Die Heiltechnik der Schamanen und Medizinmänner bestand – unserem heutigen Verständnis nach – in einer intensiven Suggestionstherapie. Mit rhythmischen Zaubertänzen, Zaubergeutränken und -düften wurden kranke Menschen in einen hypnoiden Trancezustand versetzt, in denen sie Suggestionen besonders zugänglich sind. In den frühen Hochkulturen des dritten und zweiten Jahrtausends v. Chr. im Vorderen Orient wurden Krankheit und Tod als Fügung der Götter angesehen, die durch Gebet und Opfergaben günstig gestimmt werden sollten. Die Heilkundigen waren eng mit dem Priestertum verbunden, weshalb die Bezeichnung Priesterarzt gerechtfertigt erscheint.

Tabelle 1:

Das ärztliche Rollenverständnis in Vergangenheit und Gegenwart(nach Th. von Uexküll / W. Wesiak *Theorie der Humanmedizin* (1:426-444))

-
- Der Arzt als Magier
 - Der Priesterarzt
 - Der Arzt als Pädagoge
 - Der Arzt als Freund des Patienten
 - Der Arzt als Steuermann und Gärtner
 - Der Arzt als Samariter
 - Der Arzt als Techniker – als Homo faber
 - Der Arzt als Partner – auf der Suche nach einer neuen Arztrolle
-

In der griechischen Antike veränderte ein aufklärendes und pädagogisches Element die Rolle des Arztes. »Die Sophisten arbeiteten bereits psychagogisch und psychotherapeutisch, indem sie mittels einer Art Persuasionstherapie versuchten, Fehlhaltungen der Menschen durch Überredung zu beeinflussen. Sokrates [...] entwickelte eine Form der Dialogführung, die er selbst *maieutike technē* (d.h. Hebammenkunst) nannte und schuf damit eine bis heute gültige psychotherapeutische Methode.« (1:432) Die hippokratischen Ärzte formulierten wegweisende Überlegungen zur ärztlichen Ethik und zur Beziehung von Arzt und Patient, die im Eid des Hippokrates noch heute Standard in der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte sind. Allerdings muss angemerkt werden, dass in Abhängigkeit von den sozialen Bedingungen des Kranken unterschiedliche Handlungsstile praktiziert wurden. Neben einer Art »tyrannischer« Medizin die bei Sklaven angewandt wurde, existierte eine »pädagogische« Medizin, die viel »Muße verlangte, so dass sich nur Reiche eine solche Behandlung [...] leisten konnten. (1:435) Als eine dritte Behandlungsart fand lt. Platon bei den armen freien Bürgern und Handwerkern eine »Radikalkur«

statt. Uexküll und Wesiak kommentieren: »Anders ausgedrückt, finden wir, wie überall im Bereich menschlichen Handelns, auch in der Heilkunde eine Kluft zwischen den geforderten Idealnormen und der alltäglich praktizierten Realität.« (1:435)

Mit der hippokratischen Schule erreichte die Medizin der Griechen einen hohen Entwicklungsstand, der über Jahrhunderte prägend und normbildend war. Die grundlegenden Gedankengänge der antiken Heilkunst, wie sie im *Corpus Hippocraticum* zum Ausdruck kommen, fokussieren auf eine Medizin, »die um das jeweilige Fließgleichgewicht des Organismus kreist, um auszugleichen oder zu regulieren. Die Medizin ist gleichsam eine Proportionskunde und von daher der Musik verwandt. Sie umfasst alle Missstimmungen und bringt sie über eine Konsonierung zur Harmonie.

Tabelle 2:

Leitsätze des hippokratischen Denkens (nach Schipperges H. *Homo patiens* (4:82))

-
1. Nie ohne Grund eingreifen, d.h. erst dann therapieren, wenn man eine Indikation dazu gestellt hat.
 2. Möglichst sichere, möglichst einfache und möglichst rasch wirkende Mittel wählen, um die akute Not zu wenden.
 3. Die heiltechnischen Eingriffe immer wieder unterbrechen, um der ‚Natur‘ Zeit zu lassen, spontan zu wirken.
 4. Nur ja keinen Schaden zufügen (nil nocere), d.h. keinen Eingriff wagen, der nicht wiedergutzumachen wäre! Immer daran denken, dass mit den ‚Juvamenta‘ immer auch ‚Nocumenta‘ verbunden sind, dass dicht neben dem Nutzen auch die Noxen stehen.
-

Der Arzt ist der Moderator, der Maß nimmt, Maß hält und Maßstäbe setzt. Er gleicht die Verluste wieder aus, er kennt die Mitte und weiß um die Grenzen. Hippokrates nennt ihn daher den »*kybernetes*, den Steuermann einer humanen Lebensführung.« (4:77-78) Das Gleichgewicht von Theorie und Praxis gibt dem spezifischen Tun des Arztes einen Sinn und sein Maß. Für den hippokratischen Arzt war es selbstverständlich, die Behandlung unheilbar kranker Personen abzulehnen. Tabelle 2 fasst Leitsätze des hippokratischen Denkens zusammen.

Der 4-Säfte-Lehre, die *Humoralpathologie*, zufolge entstand Krankheit durch eine Fehlmischung der vier Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle). Die menschliche Natur wurde als Teil der umfassenden Natur angesehen, die gärtnerisch gepflegt werden sollte.

Von der Epoche des römischen Reiches bis weit ins Mittelalter hinein dominierte die von dem römischen Arzt Galen (129–199 n. Chr.) aktualisierte 4-Säfte-Lehre zu Charakter und Krankheitsdispositionen des Menschen die Sicht auf die menschliche Natur. Aufgrund des dominierenden Einflusses des Christentums und des Gedankens »der Gotteskindschaft bildet sich nun erstmals das Bewusstsein, »dass alle Menschen Brüder und einander daher zu Hilfe und Trost verpflichtet sind.« (1:438) Mit der christlichen Lehre

der Nächstenliebe kam zur Rolle des Arztes als Steuermann und Gärtner die des Samariters hinzu.

›Nach Lain-Entralgo [5 (O.L.)] müssen wir [...] im Spätmittelalter entsprechend der sozialen Struktur der mittelalterlichen Gesellschaft drei Ebenen der Krankenbehandlung unterscheiden:

- die Ebene der ›ärmsten der Armen‹, also der Leibeigenen und des städtischen Proletariats, die in den Klöstern und Gemeindespitalern behandelt wurden,
- die Ebene der Handwerker und des entstehenden Bürgertums (die Behandlung dieser Patienten fand in deren Wohnung durch den sich allmählich bildenden Stand der ›Hausärzte‹ statt),
- die Ebene der Mächtigen dieser Erde, der Fürsten, Feudalherren und hohen kirchlichen Würdenträger, die sich berühmte Ärzte als ›Leibärzte‹ in ihren Hofstaat holten.‹ (1:440)

Die Entwicklung der Naturwissenschaft und Technik und die Aufklärung und Säkularisierung des Lebens hatte zum einen die Folge, dass ›im Gegensatz zu den philosophisch-scholastischen Spekulationen des Mittelalters in den Wissenschaften der Neuzeit die *Empirie* den unbestrittenen Vorrang vor jeder Theorie einzunehmen begann.‹ (1:441) Zum anderen förderte das Gedankengut der Aufklärung mit der Sicht des selbstbestimmt denkenden Menschen den Wandel zum ›mündigen Patienten‹ und zu einer neuen Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Ersteres hatte zur Folge, dass sich der Arzt als naturwissenschaftlicher Experte verstand, der virtuos die neuen technischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie zu nutzen wusste, dabei aber oft den Patienten zum Objekt seines diagnostischen und therapeutischen Handelns degradierte. Letzteres, das aufgeklärte Selbstverständnis als mündiger Mensch, hat zur Folge, dass der Patient sein Recht auf Selbstbestimmung auch im Krankheitsfall gewahrt wissen will. Dies ist mit einem paternalistischen Arztverständnis nicht vereinbar und erfordert eine Rolle des Arztes als Partner. ›Die Aufgabe, Experte und Partner zu sein, haben die Ärzte zu verschiedenen Zeiten in unterschiedlicher Weise erfüllt. [...]. Auch der Arzt der Gegenwart kann seine vielfältigen Aufgaben nur optimal bewältigen, wenn er in der Lage ist, je nach Erfordernis der Situation allen erwähnten Rollen gerecht zu werden. Dies ist nicht leicht, fällt ihm aber vor allem deshalb so schwer, weil die Mediziner Ausbildung gegenwärtig weltweit ganz eindeutig auf die Rolle des technischen Experten ausgerichtet und eingengt ist.‹ (1:443-4)

Christina Schachtners *grounded theory*-Ansatz ihrer Untersuchung der ärztlichen Praxis

Nach dem kulturgeschichtlichen Rückblick soll zunächst ein interessanter Blick aus der Außenperspektive auf Besonderheiten, Probleme und Dynamik ärztlichen Denkens und Handelns dargestellt werden. Was mir an Christina Schachtners (geb. 1948) Buch besonders gefällt, ist ihre Erörterung erkenntnistheoretischer Grundlagen und detaillierte Be-

schreibung ihrer etwas ungewöhnlichen Herangehensweise an das Thema ärztliche Praxis.

Die grounded theory einer aus Beobachtungsdaten entwickelten Theorie

Die *grounded theory* ist ein in den 60er Jahren von Anselm Strauss (1916–1996) und Barney Glaser (1930–2022) an der Universität von Chicago entwickelter Forschungsstil. Im Unterschied zum Popperschen Wissenschaftsverständnis und zum üblichen Forschungsparadigma, mit Hilfe empirischer Daten eine Theorie zu verifizieren oder zu falsifizieren, beinhaltet die methodologische Forderung der *grounded theory*, die Theorie in enger Verbindung mit und aus den Daten heraus zu entwickeln. »Zur Entstehung der Grounded Theory trugen zwei Denkrichtungen bei. Zum einen ist sie beeinflusst vom amerikanischen Pragmatismus (wie er insbesondere von John Dewey [1859–1952], George H. Mead [1863–1931] und Charles S. Peirce [1839–1914] vertreten wird), der seine Aufmerksamkeit auf das menschliche Handeln und auf Problemlösungsprozesse richtet. Zum andern knüpft er an die Chicagoer Schule der Soziologie an, die der Feldbeobachtung und dem intensiven Interview einen hohen Stellenwert bei der Datenerhebung gab.« (2:56)

Ihre Bemerkungen zur Forschungsmethode beginnen mit den Worten: »Forschen heißt, Fragen zu stellen. Ich frage in dieser Studie nach dem Wesen ärztlicher Praxis, womit mein Interesse auf einen bedeutungsvollen Prozess gerichtet ist. Ich will verstehen. Worte und Bilder weisen mir in dieser Studie den Weg zu den Bedeutungen. Sie gilt es zu deuten. Verstehen durch deuten lautet die Formel, an der sich mein methodisches Programm orientiert.« (2:45). Sie geht von einer indischen Geschichte des Ethnologen Clifford Geertz (1926–2006) aus, nach der einem Engländer gesagt wurde, »die Welt stehe auf einem Podest, das auf dem Rücken eines Elefanten stehe, der selbst auf dem Rücken einer Schildkröte stehe. Der Engländer will wissen, worauf denn diese Schildkröte stehe. Auf einer anderen Schildkröte. Und die andere Schildkröte? »Oh Sahib« wird ihm geantwortet, »dann kommen nur noch Schildkröten, immer weiter hinunter.« (6:41) Was sich auf der Oberfläche präsentiert, so ist der Geschichte zu entnehmen, ist nie schon alles; es liegt etwas darunter. Die Geschichte kann als Parabel gelesen werden für die notwendige Unterscheidung zwischen Ausdruck und Bedeutung (vgl. Charles Taylor (geb. 1931), (7:154ff)). »Worte, Handlungen, materielle Manifestationen sind sinnlich wahrnehmbarer Ausdruck tieferliegender, ineinander verschlungener Bedeutungsschichten. Ihr Sinn speist sich aus diesen Bedeutungsschichten, die freilich, auch das besagt die Geschichte, in ihrer Zahl unendlich sein können. So kann man niemals einen letzten Grund erreichen. Die Untersuchung sozialer Wirklichkeiten muss daher notwendig unvollständig bleiben (vgl. Geertz 1983, 41f).« (2:45–46)

Danach berichtet Schachtner von einer vorausgegangenen Untersuchung, in der Forscherinnen und Forscher aus dem Bereich der Künstlichen Intelligenz (K.I.) von ihren Schwierigkeiten berichteten, den Prozess der ärztlichen Diagnosefindung in sogenannte Expertensysteme zu übertragen. Die Forscher hatten Ärztinnen und Ärzte »gebeten, ihre Entscheidungsmuster zu beschreiben. Doch die erhaltenen expliziten Informationen gaben aus der Sicht der KI-ForscherInnen den Entscheidungsprozess nur unzureichend wieder. Ein solches Unterfangen muss unbefriedigend bleiben, solange der Unterschied zwischen Ausdruck und Bedeutung ignoriert wird und die expliziten Aussa-

gen nicht auf die in ihnen enthaltenen Bedeutungsschichten untersucht werden. [...]. Bedeutungen sind komplexe, von latenten, widersprüchlichen und schwer voneinander trennbaren Sinngehalten durchzogene Gebilde, die sich gegen eine Transformation in eindeutige rechenbare technische Daten sperren.« (2:46)

Schachtner schildert, dass sie aus der erlebten Diskrepanz zwischen Ausdruck und Bedeutung »entnehmen konnte, worauf es mir ankommen musste, nämlich auf die Erfassung und das Verstehen von Zusammenhängen, über die Worte Auskunft geben, ohne dass sie mit diesen identisch wären. Worte sind Zeichen für etwas. Sie müssen entziffert werden, um zu diesem Etwas vorzudringen. Entzifferung verweist auf Deutungsarbeit. Deutung ist korrelativ zu Sinn. Sinn braucht das Verstehen (vgl. Schütz [(1899-1959) (8:149f) (O.L.)]).« (2:46)

Deutungsarbeit zu Worten und Bildern der interviewten Ärztinnen und Ärzte

Die Deutungsarbeit in Schachtners Studie zur ärztlichen Praxis »bezog sich auf zwei Arten von Texten, die Auskunft geben sollten über ärztliche Praktiken: Das qualitative Interview und die Visualisierung. Es wurden thematisch strukturierte Interviews durchgeführt. Zu den Interviewthemen zählten: Kindheit und Familie, Berufsmotive und beruflicher Werdegang, Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Arbeitsorganisation und Zeitplan sowie ein von den InterviewpartnerInnen ausgewählter Fall, anhand dessen im Einzelnen der Weg zur Diagnose, zur therapeutischen Entscheidung sowie die Durchführung der Therapie dargestellt wurde.« (2:47) Die Fragen zu bestimmten Themen versuchte Schachtner »so zu formulieren, dass sie dazu anregten, das Thema narrativ zu behandeln.« (2:47) Sie stellte den ärztlichen InterviewpartnerInnen frei, in welcher Reihenfolge die o.a. Themen besprochen werden sollten. Ihr Satz: »Wie ich wiederholt in empirischen Untersuchungen festgestellt habe, werden am Anfang von den InterviewpartnerInnen die entscheidenden Dinge gesagt, wenn sie selbst bestimmen können, was sie sagen« (2:48), hat mich insofern überrascht, als ich Argelanders szenische Beobachtung (9) wiederholt erlebt habe, dass beim Erstkontakt Patienten beim Herausgehen aus dem Sprechzimmer, sozusagen im Türrahmen, das Wichtigste noch zu sagen haben. Neben der Deutungsarbeit der im Interview gesprochenen Worte verwandte Schachtner als eine zweite Deutungsarbeit die Visualisierung. Ärztinnen und Ärzte waren von ihr »gebeten worden, zwei Bilder zu zeichnen. Eines der Bilder sollte in Bezug auf den berichteten Fall den ärztlichen Erkenntnis- und Handlungsweg darstellen. Das zweite Bild, ein Körperbild, sollte eine Antwort geben auf die Frage: »Was von mir ist beteiligt, wenn ich herauszufinden versuche, was einem Patienten fehlt?« »Das Herstellen von Bildern wurde von mir als kontrastierende Methode gewählt, weil sie ein vom Interview unterschiedenes, nicht-verbales Medium ist, das ergänzende, differenzierende und widersprechende Gesichtspunkte zutage fördern kann. Kontrastierende Verfahren dienen insofern der Überprüfung der Gültigkeit von Interpretationen, als die durch sie erhobenen Daten systematisch danach untersucht werden, ob sie diese Interpretationen widerlegen oder relativieren [...].« (2:48-9)

Schachtner kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: »Die in den Texten gefundenen Metaphern sind auf einer Ebene angesiedelt, die sich nicht eindeutig als bewusst oder unbewusst charakterisieren lässt. Sie haben einen Zwischenstatus, der in der her-

meneutischen Literatur bislang nicht beschrieben ist. Sie sind irgendwie bewusst und doch nicht bewusst. Die ÄrztInnen benutzen zum Beschreiben ihrer Praxis ausdrücklich metaphorische Begriffe [...], aber es gibt keine Anzeichen dafür, dass sie sich der in ihren Äußerungen steckenden Implikationen [...] bewusst sind. Und das bedeutet wiederum, dass sie sich über *die handlungsorganisierende Kraft der Metaphern* [Kursivdruck durch O.L.] nicht im Klaren sind.« (2:50-51) Statt den von George Lakoff (1941–2016) und Mark Johnson (geb. 1949) geprägten Begriff der *schlafenden Metapher* (10) zu verwenden, der zu sehr auf das Nicht-Bewusste abziele, präferiert Schachtner die Formulierung *schlummernde Metapher* (2:51).

»Die Interpretationsarbeit im Stile der Grounded Theory beginnt mit einem offenen Codieren. [...] Es gilt, für die Hauptidee oder das Hauptproblem eines Satzes oder Abschnitts Kategorien zu finden, die als Code dienen.« (2:56) – als Codes, die für eine spezifische Terminologie eines Forschungsfelds fungieren können. Parallel fertigt man Memos an, die theoretische Gedanken oder Assoziationen zu anderen Begriffen festhalten, die einem spontan bei der Textanalyse einfallen. Die verschiedenen Codes und Memos werden im weiteren Verlauf gebündelt und integriert, »mit dem Ziel, eine oder mehrere Schlüsselkategorien zu konstruieren, um die herum eine Theorie entwickelt werden kann. Eine Schlüsselkategorie zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

1. Sie muss zentral sein, das heißt einen Bezug haben zu möglichst vielen anderen Metaphern.
2. Sie muss im Datenmaterial häufig vorkommen.
3. Sie muss in ihrer vorrangigen Stellung gegenüber anderen Kategorien immer wieder bestätigt werden.
4. Sie erlaubt, die maximale Variation eines Phänomens zu erfassen [...].« (2:57) Nach erneuter, noch feinmaschigerer Analyse stellte Schachtner fest, die »Äußerungen der einzelnen ÄrztInnen zentrierten sich um jeweils ein Thema. Aus diesem Thema heraus erklärte sich ihr Denken und Tun. Dieses Thema hatte, so wurde für mich erkennbar, eine handlungsorganisierende Funktion.« (2:57). »Zugleich bahnte sich eine weitere Erkenntnis an, nämlich die, dass diese Themen die Gestalt metaphorischer Konzepte hatten.« (2:58)

Metaphernanalyse

Schachtner begann, eine Metaphernanalyse (11–15) durchzuführen und stellte alle in einem Interview enthaltenen Metaphern in Metaphernlisten zusammen und suchte Codes zu finden, die die einzelnen metaphorischen Elemente zu einer *integrativen Metapher* zusammenfügten. Sie »arbeitete [...] die Implikationen der Metaphern heraus, um diese im weiteren Verlauf der Textanalyse zu überprüfen (vgl. Buchholz 1993c, S. 67)« (2:59,13:67). »Diese Implikationen mussten sich, sollte der Metapher eine gestaltende Kraft zuerkannt werden, in den sprachlichen Äußerungen wiederfinden. Eine Metapher ist umso relevanter, je mehr Äußerungen sich auf sie beziehen lassen bzw. sich aus ihr erklären. Der Überprüfungsvorgang, der ein Deutungsvorgang ist, bewegt sich in einem hermeneutischen Zirkel von der einzelnen sprachlichen Äußerung zur rekonstruierten Metapher und umgekehrt (vgl. Schmitt 1995, S. 135)« (2:59; 11:135).

›Worin besteht meine Praxis als Arzt/Ärztin? Auf was achte ich besonders? Worauf kommt es mir an? Die befragten ÄrztInnen umkreisen in den Interviews ihre Praxis mit Stellungnahmen, Wünschen, Geschichten, und bebilderten sie im Zuge dieses sprachlichen Umkreisens. Sie bedienen sich hierfür verschiedenartiger metaphorischer Elemente, doch stets schiebt sich eine Metapher in den Vordergrund, die ich Schlüsselmetapher nenne.« (2:65)

Schlüsselmetaphern ärztlicher Praxis

›Es ließen sich acht Metapherntypen voneinander unterscheiden: die Retter- und Heilermetapher, die Strukturmetapher, die Prozessmetapher, die Beziehungsmetapher, die Gleichgewichtsmetapher, die Kontrollmetapher, die Entdeckermetapher.« (2:59)

Tabelle 3:

Schlüsselmetaphern ärztlicher Praxis nach Schachtner (2)

-
- 1. Retter- und Heilermetapher
 - o 1.1. Das Übel fernhalten und/oder beseitigen
 - o 1.2. Herausholen aus der Gefahrenzone
 - 2. Strukturmetapher
 - o 2.1. Die Ablehnung von Struktur
 - o 2.2. Strukturorientiertes Handeln
 - 3. Prozessmetapher
 - o 3.1. Im Zeichen des Anfangens
 - o 3.2. Entwicklung fördern
 - o 3.3. Entwicklung begleiten
 - 4. Beziehungsmetapher
 - o 4.1. Zwischen Sorge und Bewunderung
 - o 4.2. Nach dem Muster eines Geschäfts
 - o 4.3. Im Modus Angriff und Verteidigung
 - o 4.4. In Verbindung sein
 - 5. Gleichgewichtsmetapher
 - 6. Teile-Ganzes-Metapher
 - 7. Kontrollmetapher
 - 8. Entdeckermetapher
-

Schachtner belegt die einzelnen Metaphern mit Zitaten aus den Interviews. Bei der **Rettermetapher** zitiert sie eine Ärztin, die den wunden Punkt des Patienten finden will, »an dem sie festmachen kann und dann 'ne Art roten Faden, an dem sie das aufdröseln«. Der wunde Punkt erscheint in dieser Formulierung als Rettungsanker und der rote Faden, den die Ärztin anbietet, könnte das Synonym für ein Rettungsseil sein.« (2:66) Eine andere Ärztin sucht »nach Blockaden und Verhärtungen im Körper der PatientInnen«, die etwas versperren und an denen sich was staut. »Man arbeitet nur mit seinen Händen, mit sonst nix [...] und ich erfahre auch eigentlich meine Patienten am besten durchs Anfassen.« (2:66). Ein weiteres Beispiel: »Aus der Sicht der Ärztin befand sich die Patientin in einem depressiven Sumpf, in dem sie nicht mit ihr rumsteigen wollte; sie überlegte vielmehr, wie sie rauszuholen ist.« (2:68) Die Metaphorik in diesen Variationen der Retter- und Heilermetapher fokussiert auf das Ziel ärztlicher Praxis, auf das Eingreifen, Verändern, auf das Hand-Anlegen, Lösen, Beseitigen des Übels und »ein Herausholen der Gefährdeten aus der Gefahrenzone« (2:70).

Bei der **Strukturmetapher** differenziert Schachtner zwischen Ablehnung von Struktur und strukturorientiertem Handeln. Sie bringt das Beispiel einer Ärztin, die aus ihrer Sicht *nicht sehr strukturiert und sehr schematisch* arbeitet. »Dem eigenen Schema verpflichtet, kann man sich dem Gegenüber nur eingeschränkt öffnen. Die Ärztin aber will das Gegenteil: *Ich lass immer so die Leute auf mich einwirken.*« (2:71) In einem anderen Beispiel beschreibt ein Arzt sein Vorgehen mit den Worten. »*Ich versuche, die Symptome zu strukturieren und zu hinterfragen.*« (2:73) Er spricht davon, die Symptome *richtig zu gewichten und zusammenzuführen* und fügt hinzu: »Manchmal haben Symptome ein so starkes Gewicht, dass alles andere zurücktritt.« Und: »*Aus diesen unterschiedlichen Angaben heraus kann ich schon meine Schubladen dann öffnen.*« (2:73) »Die Strukturmetapher [...] kennzeichnet ärztliche Praxis als ein Sortieren, Ordnen und Rechnen. Sie stellt vorrangig auf die Diagnostizierung einer klar benennbaren organischen Erkrankung ab, auf die das Handeln des Arztes beschränkt bleibt. Die ärztliche Praxis ist damit enger angelegt als ein Handeln, das der Retter- und Heilermetapher folgt und sich tendenziell auf die gesamte Existenz der PatientInnen bezieht.« (2:74)

Die **Prozessmetapher** verwenden Ärztinnen und Ärzte offenbar häufig, wenn sie in einer Situation stecken, in der sie den Wunsch haben, *vielleicht reinwachsen* zu können, vielleicht in die Praxis eines Kollegen einmal als Teilhaber einsteigen oder sie später übernehmen zu können. »Die Metaphorik des Reinwachsens hebt auf den eigenen Entwicklungsprozess ab. Ihr korrespondiert eine Praxis, die sich durch ein vorsichtiges, tastendes bis zögerndes, abwartendes beobachtendes mehrere Möglichkeiten in Betracht ziehendes, selbstreflexives und selbstkritisches Vorgehen auszeichnet. In einem anderen Beispiel vermutet eine Ärztin bei der Betreuung obdachloser oder alkoholabhängiger Patienten eine »abgebrochen Persönlichkeitsentwicklung. Sie haben nicht gelernt, *Verantwortlichkeit (...) für sich zu entwickeln; sie konnten die Sensibilität nicht entwickeln, dass sie was wert sind.*« (2:78) In einem anderen Beispiel erschien der Ärztin einer dieser Patienten »wie ein großes Kind, ein großer Junge, für den sie nur dann eine Chance sah und sieht, wenn er diesen Willen entwickeln könnte, was aus seinem Leben zu machen. [...]. Sie beschreibt ihre Phantasie zur Arzt-Patient-Beziehung in folgendem Bild: *Ich hab uns zwei so gesehen, ja auf einem Weg und den Patienten ein Stück voraus und mich ein Stück hinterher und ihn so ein bisschen stützend.* Die Entwicklung des anderen verträgt

nicht, dass sie ihn zu sehr stützt: *Er muss lernen, selbst fertig zu werden mit seinem Leben.*« (2:78) ›Diese Variation der Prozessmetapher rückt den therapeutischen Eingriff in den Mittelpunkt. Ärztliche Praxis ist als hinweisende, aufklärende, bewusstseinsfördernde, stützende, Veränderungen in Gang setzende und Entwicklungsdefizite aufholende Praxis konzipiert.« (2:78)

Bei der **Beziehungsmetapher** unterscheidet Schachtner vier Muster: zwischen Sorge und Bewunderung, nach dem Muster eines Geschäfts, im Modus Angriff und Verteidigung und in Verbindung sein. Schachtner führt als Beispiel für das Muster zwischen Sorge und Bewunderung einen jungen Motorradfahrer an, ›der ihr [der Ärztin (O.L.)] zunächst als *undifferenzierter grober Klotz* begegnet sei. Erst als sie ihn körperlich untersucht habe, konnte sie ein genaueres und anderes Bild gewinnen. Sie habe einerseits bemerkt, dass er *beladen (ist) wie ein Müller, der Säcke schleppt, weswegen sie ihn ein bisschen im Auge behalten* müsse und andererseits habe sie *herrliche Tätowierungen* auf Brust und Armen entdeckt, die ihr gesagt haben, *er ist differenzierter.*« (2:81) Mit dem Muster der Sorge und Bewunderung werden Patienten ›in ihrer Besonderheit und die auf diese Besonderheit eingehende Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt gerückt.« (2:81) Ein anderes Muster der Arzt-Patient-Beziehung beinhaltet die ›Metaphorik des Geschäfts. Das Bild impliziert, es gibt einen Anbieter, der Ware anbietet und einen Kunden, dem diese angeboten wird.« (2:81) ›Die Zurückweisung ihres Angebots ist für die Ärztin ein *frustrierendes Geschäft*; es ist, wie wenn man *gegen eine Mauer* redet. Es kommt nichts zurück. Verläuft das Geschäft jedoch erfolgreich, kommt etwas zurück, zum Beispiel, *wenn man durchs Gelände geht (...)* und *die grüßen (...)* oder *winken einem zu und (...)* das tut einem dann auch schon gut.« (2:81) Ein anderer Arzt berichtet, ›als Student sei ihn ein Internist zum Vorbild geworden, dem es gelang, *nicht nur seine körperliche, seine somatische Medizin zu machen, sondern eben auch mit den Leuten zu reden, zu sprechen, auch ein Stück zu verhandeln.*« Der betreffende Arzt stellt nicht nur ›auf den Prozess des Verhandelns sowie auf die Teilhabe des Arztes an der Erfahrungswelt seiner PatientInnen ab. Er sagt: *Es ist nicht nur so, dass ich ihm jetzt was gebe, sondern im Grunde genommen auch was von ihm bekomme, was lerne, was erfahre.* In der Verhandlung vermittelt sich ihm die Welt seines Gegenübers, was er als Erweiterung seiner Sichtweise empfindet.« (2:82-83) ›Ärztliche Praxis als Verhandlung gedacht, rückt die Beziehung, die Kommunikation, den Dialog in den Vordergrund. Psychosoziale Kompetenzen wie Verstehen, Empathie, emotionale Nähe gewinnen zentrale Bedeutung.« (2:83)

Das dritte Muster der Beziehungsmetapher, der Modus Angriff und Verteidigung, resultiert aus dem ›Eingekeitsein ihrer Praxis zwischen den Sparbeschlüssen im Kontext der Gesundheitsreform einerseits und der Anspruchshaltung der PatientInnen andererseits.« (2:83) Die Ärztin sieht sich von 2 Seiten her angegriffen und fühlt sich ›*kränkbar, verwundbar* und *verunsichert.*« (2:84) Je bestimmender die ›Kleinkriegsmetapher‹ für die ärztliche Praxis wird, desto stärker fördert sie ›die Tendenz, in der Arzt-Patient-Beziehung Grenzen zu ziehen, auf der Hut zu sein, aufzupassen, um Angriffe rechtzeitig zu identifizieren und abzuwehren. Nähe, Offenheit, Intimität dagegen müssen als Gefahrenquelle erscheinen.« (2:84) Das vierte Muster der Beziehungsmetapher beinhaltet Handlungen des *Zugewendetseins*. ›Als niedergelassener Arzt entfernt man sich aus seiner Sicht von einer technikzentrierten Medizin und *geht wieder sehr zurück in das Gespräch, Anschauen und Fühlen, Riechen.* [...]. Auch die von ihm für die Diagnosefindung benutzte Technik bewertet er danach, ob sie ihn in seinem Anliegen, sich den PatientInnen anzunähern,

unterstützt. Ultraschall zum Beispiel ist für ihn eine Technik, *die sehr hilfreich für den Kontakt auch ist, also die nicht trennt, sondern eher verbindet*. Er begründet dies damit, dass eine Ultraschalluntersuchung einen körperlichen Kontakt einschließt und damit *eine ganz wichtige öffnende Geschichte (ist), wo man also in Gesprächen plötzlich tiefer kommt*. (2:87) Für einen anderen Arzt kommt es darauf an, *›eine gute Antenne für den Patienten (haben) und auch einen guten Draht.‹* (2:88) ›Unter Verwendung der **Gleichgewichtsmetapher** werden Krankheitsverständnis, Diagnosesuche und Therapie in den Vordergrund gerückt.‹ (2:91) Die Gleichgewichtsmetapher kann die Herstellung eines Gleichgewichts in der Arzt-Patient-Beziehung beinhalten, kann sich aber auch auf das Bemühen um ein Gleichgewicht im eigenen Handeln beziehen. Beispielhaft drückt letzteres ein Arzt in den Worten aus: *›Ich arbeite mit beiden Seiten (...) Ich versuch sowohl auf meinen schulmedizinischen Beinen nicht fanatisch zu werden, aber erst recht nicht auf meinen naturheilkundlichen Beinen.‹* (2:91)

Die **Teile-Ganzes-Metapher** umfasst z.B. Redewendungen der interviewten Ärzte von einem Mosaik: *›Das ist ein Mosaik, das setzt sich aus ganz vielen Sachen zusammen, aus dem, was ich sehe, was ich spür, wenn ich ihn untersuch, aus dem, was er sagt, wie er es sagt, auch wie ich es aufnehmen kann.‹* (2:92) Auch andere Redewendungen wie *Ich kreis das so ein* oder *Erst mit der Zeit entwickelt sich so ein Gesamtbild* heben darauf ab, dass es Zeit braucht, um die einzelnen Bausteine einer Diagnose zu entdecken und zu sammeln und *›dass sich ein Gesamtbild erst nach und nach aus tausend Faktoren zusammensetzt.‹* (2:93)

Die Metaphorik der **Kontrollmetapher** ›drängt zu eindeutigen klaren Regeln und Entscheidungen, die von der Ärztin insbesondere auf die ökonomischen und organisatorischen Strukturen bezogen werden, aber auch in der Arzt-Patient-Beziehung zum Tragen kommen.‹ (2:95) Mit der Metaphorik des In-den-Griff-Kriegens erteilt z.B. eine Ärztin ›medizinische Ratschläge, die sich *die Patienten zu Herzen nehmen sollen*, andernfalls sagt sie ihnen: *Wir kommen nicht zurecht*.‹ Gleichzeitig wird ›das In-den-Griff-Kriegens der betriebswirtschaftlichen Situation ihrer Praxis als unverzichtbares Mittel [angesehen (O.L.)], um angesichts der gesetzlichen Neuregelungen *einigermassen obenauf zu bleiben*.‹ (2:95)

Die **Entdeckermetapher** ›gibt dem Suchen, dem genauen Beobachten und Hinhören, der Empathie einen hohen Stellenwert; sie drängt dazu, mit verschiedenen Erkenntnismöglichkeiten zu experimentieren.‹ (2:96)

Unschärfe, Komplexität und Dynamik des ärztlichen Handlungssettings

Unschärfe, Komplexität und Dynamik ärztlicher Praxis erfordern – Schachtner zufolge – ein Expertenkönnen, das folgende Übersetzungsleistungen beinhaltet: ›1. Die unscharfe Problemsituation ist in eine bearbeitbare zu übersetzen. Es gilt zu bestimmen, was der Fall ist, anders gesagt eine Diagnose zu stellen. 2. Die Diagnose ist in eine Therapieentscheidung zu transferieren. 3. Die therapeutische Entscheidung muss in therapeutisches Handeln überführt werden.‹ (2:97) Schachtner zitiert Arbeiten zu Expertenwissen und -können, nach denen die Bearbeitung komplexer Probleme ein ›opportunistisches Vorgehen‹ erfordert. Dies beinhaltet keine systematische und vollständige Zerlegung des Problems ehe zur Bearbeitung übergegangen wird, beides kann auch simultan in Angriff genommen werden, wobei das Vorgehen unregelmäßig zwischen mentalen und externalen Verdeutlichungsversuchen von Problemaspekten wechseln kann

(z.B. zwischen Blickdiagnose und Laboruntersuchungen). Durch erfahrungsgestütztes Entdecken und Erschließen lösungsrelevanten Wissens oder durch neue Einsicht, die den Problembereich modifizieren oder zu neu erkannten Anforderungen führen, können eine Reformulierung des Problems und eine Änderung im Vorgehensplan nötig werden. Im Verlauf einer komplexen Problemlösung sind ggf. mehrmals Entscheidungen über Lösungsvarianten vorzunehmen. Unter Verweis auf Untersuchungen ihrer Mitarbeiterin, inwieweit ärztliche Praxis durch medizinische Expertensysteme ersetzt werden könnten, weist Schachtner »ergänzend darauf hin, dass ÄrztInnen mit Hilfe und durch das Zusammenwirken impliziten und expliziten Wissens handeln und dass sie in der Situation in Fühlungnahme mit der Spezifik der Situation handeln, im Unterschied zu einem technischen System, dessen Handlungsprogramm der Situation vorausgehend entworfen wird.« (2:98) Ein flexibles, der betreffenden Situation angepasste Handhabung von implizitem und explizitem Wissen und Können ist das, was Experten auszeichnet (16–19).

In Anwendung der von ihr herausgefundenen Schlüsselmetaphern auf das diagnostische Vorgehen der interviewten Ärztinnen und Ärzte findet Schachtner, dass die interviewten Ärztinnen und Ärzte je nach Schlüsselmetapher unterschiedliche Verfahren der Diagnosesuche anwenden. Bei der Suche nach dem Grundübel bzw. der Lebenswunde unterteilt sie die Vorgehensweise in emotional-mentale Suchverfahren und leiblich-sinnliche Suchverfahren. Bei einer größeren Gruppe der Ärztinnen und Ärzte stellt sie fest, »dass sie nach funktionalen, kausal strukturierten, eindeutig benennbaren Ursache-Wirkungs-Ketten fahnden [...]«. Das Suchmuster wird im Bild eines Diagnosebaums beschrieben. Es zu entwickeln, erfordert vor allem kognitive Kompetenz, nämlich planendes, kombinierendes, systematisierendes Denken. Mentale und externale Verdeutlichungsversuche wechseln einander im Verlauf der Konstruktion der Ursache-Wirkungskette ab. Die Orientierung an einem standardisierten Suchprogramm ermöglicht, dieses in einem Zug durchzuführen.« (2:112) Bei denen, die weitgehend oder partiell der Strukturmetapher folgen, lässt das Vorgehen »kaum ein emotionales Involviertsein erkennen« (2:113) Bei den Ärzten, deren Schlüsselmetapher die Beziehungsmetapher, die Teile-Ganzes-Metapher oder die Gleichgewichtsmetapher darstellt, dominiert die Suche nach der soziopsychosomatischen Konstellation bei den im Fallbeispiel dargestellten Patienten.

Der Diagnoseprozess verläuft mal gradlinig, mal mehr wellenförmig, mal gestuft, mitunter auch mit Einschnitten und Vor- und Rückwärtsbewegungen (2:117). Die unterschiedlichen Suchverfahren im Prozess der Diagnosefindung korrespondieren mit bestimmten Fähigkeiten und Kompetenzen der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte. »Die Durchführung und Interpretation der medizintechnischen Untersuchungen fordern von dem Arzt systematisierende, analysierende kognitive Kompetenzen; die beziehungsorientierten Suchverfahren dagegen empathische und kommunikative Fähigkeiten sowie die Aufmerksamkeit für nonverbale Botschaften.« (2:115) Bei der Gruppe von Ärztinnen und Ärzten, denen die Einbeziehung der Lebensumstände als krankheitsrelevante Faktoren wichtig ist und die »auf das Verstehen des Menschen und seiner körperlichen Beschwerden im Kontext seiner Lebensumstände abzielen« (2:121), gestaltet sich der Prozess der Diagnosesuche z.T. als »Lebensbegleitung, die ein sukzessives Erkennen und Intervenieren ermöglicht.« (2:120) Auch hinsichtlich der Suche nach gesundheitsstabi-

sierenden und -fördernden Faktoren (Salutogenese-Modell nach A. Antonovsky (20–22)) finden sich Unterschiede in Abhängigkeit von der dominierenden Schlüsselmetapher. ›Mit dem Erkunden der Gesundheitspotentiale [...] setzt bereits ein therapeutischer Prozess ein, da die Aufmerksamkeit für diese Potentiale als Unterstützung erfahren werden kann.‹ (2:130)

In der komplexen, unscharfen und dynamischen Problemsituation, in der Ärzte bei jedem individuellen Patienten stehen, folgt ›die Antwortsuche [...] den Implikationen der jeweiligen Schlüsselmetaphorik, die Aktionsräume eröffnet und begrenzt. Sie beginnt vom ersten Augenblick der Begegnung an. Der erste Eindruck steht in Verbindung mit dem, was PatientInnen ausdrücken, doch beeindruckt den Arzt oder die Ärztin nicht alles. Der ärztliche Blickwinkel wählt aus und deutet. Die geschilderten ersten Eindrücke lassen erkennen, dass der Blick des Arztes primär auf jene Aspekte fällt, die im Kontext seines metaphorischen Konzepts bedeutsam sind.‹ (2:130) Diese Metapher-basierte Grundhaltung fungiert als habituelles Schema, als Art einverlebte Gewohnheit, als das, was der französische Soziologe Bourdieu als *Habitus* bezeichnet hat (23). Dem holistischen Charakter von Praxis folgend bezieht sich das das Erkennen betonende metaphorische Konzept natürlich auch auf das therapeutische Vorgehen, das Schachtner ebenfalls bei den von ihr interviewten Ärztinnen und Ärzten untersucht hat, auf dessen detaillierte Besprechung hier jedoch verzichtet werden soll.

Schachtner weist auf ein Dilemma hin: ›Das in der professionellen Ausbildung erworbene Wissen liefert die expliziten Modelle und Regeln. Die in der praktischen Erfahrung gewonnenen Wissensbestände enthalten darüber hinaus sprachlich schwer erfassbares und begründbares Wissen etwa in Bezug auf die Aussagekraft von Körperhaltungen, Gesten, Blicken, die die verbalisierten Symptome stumm kommentieren. [...]. Ob ein Gesichtsausdruck traurig, bitter oder fröhlich ist, weiß man, wenn man einer Vielzahl von Gesichtern mit Aufmerksamkeit begegnet ist und durch Vergleich gelernt hat, Nuancen zu lesen.‹ (2:154) ›Die Nutzung der theoretischen Wissensbestände im [diagnostisch- (O.L.)] therapeutischen Prozess verlangt die Fähigkeit der Urteilkraft. Die Urteilkraft ist es, die das professionelle Handeln zu einem solchen macht [...]. Um sie kompetent auszuüben, ist es nötig, die Theorie flexibel und in einem gewissen Sinn respektlos zu behandeln, das heißt sie im Hinblick auf die Fallspezifika zu modellieren.‹ (2:154) Damit ist in einfachen Worten das auf den Punkt gebracht, was andere unter den Begriffen *tacit knowledge* und Expertenwissen in Büchern ausführlicher dargestellt haben (16–19).

Auch wenn der Begriff Diagnose das Erkennen betont und der Begriff Therapie das Handeln, sind Diagnose und Therapie meist nicht zwei aufeinanderfolgenden Phasen zuzuordnen (2:156). Um Einheit und Ineinander-Verwoben-Sein von Diagnose und Therapie zu betonen, haben Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak das Konzept des *diagnostisch-therapeutischen Zirkels* (1: 414–420) entwickelt. Mit den Befunden ihres *grounded theory*-Ansatzes bestätigt Schachtner dieses Konzept, weswegen ich ihre soziologische Herangehensweise, aus einer gründlichen Analyse der Praxis auf die zugrundeliegende Theorie zu schließen so ausführlich dargestellt habe. Sie unterscheidet fünf Formen der Überschneidung von Diagnose und Therapie (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4:

Formen der Überschneidung von Diagnose und Therapie (nach Schachtner (2:157-8))

-
- Die Zuwendung wird diagnostisch und therapeutisch genutzt
 - Therapeutische Maßnahmen werden als Erkenntnisinstrumente genutzt.
 - Diagnoseinstrumente werden therapeutisch genutzt (z.B. Sonographie).
 - Einzelne therapeutische Maßnahmen sind in den Diagnoseprozess integriert.
 - Der Diagnose wird therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben.
-

Auf Schachtners Ausführungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis soll hier nicht näher eingegangen werden, dazu sowie zu Aspekten einer *achtsamen* Praxis sei auf weiterführende Literatur verwiesen (24–26).

Tanja Merls handlungstheoretische und arbeitssoziologische Analyse ärztlicher Kunst

Schachtners Sicht der ärztlichen Praxis aus einer *grounded theory*-Perspektive kann um eine aktuelle handlungstheoretische und arbeitssoziologische Sicht ergänzt werden. Tanja Merl, Mitarbeiterin des Arbeitssoziologen F. Böhle, geht in ihrem Buch *Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft* (27) von der Verwissenschaftlichung und Technisierung der modernen Medizin aus, sie nimmt »eine dem technisch mediatisierten Erkenntnisprozess immanente Quantifizierungstendenz« und die »ökonomisierte Medizin mit einer deutlichen Zunahme formaler Dokumentations- und Begründungszwänge« (27:VI) in den Blick. Sie geht ausführlich auf die Professionalisierung der ärztlichen Tätigkeit (28), auf die veränderten Rahmenbedingungen ärztlicher Praxis auf die Folgen der zunehmenden Vermarktlichung des Gesundheitswesens, auf öffentliche Kritik und eine »Orientierungskrise der medizinischen Profession« (27:XII) ein und kommt zu dem Schluss, in diesem Umfeld »erscheint die ärztliche Kunst in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als kaum anschlussfähig und wird, zugespitzt formuliert, zum »Störfaktor« einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin.« (27:XIV).

Die drei Makrotendenzen der Verwissenschaftlichung, der Technisierung und der Ökonomisierung des ärztlichen Handlungsfeldes enthalten »trotz Unterschieden ihres Inhalts und der ihnen immanenten Logiken gleichwohl eine übergreifende Gemeinsamkeit [...]«: »die Tendenz zur Forcierung einer Standardisierung ärztlichen Handelns im Sinne von dessen Objektivierung und Formalisierung.« (27:XV). Die im Gefolge von Objektivierungstendenzen entstandene *evidence-based medicine* (29–31) und evidenzbasierte Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften geben Leitplanken ärztlichen Handelns vor. Diagnostische Algorithmen präformieren Handlungsabfolgen, was der amerikani-

sche Onkologe Groopman mit den Worten brandmarkt ›Algorithms discourage physicians from thinking indepently.‹ (32:7)

Bezüglich der Technisierung sieht Merl die Gefahr, dass sich die ›durch den Einsatz von Medizintechnik angestrebte Präzisierung der Erkenntnismöglichkeiten [...] als Gratwanderung [darstellt (O.L.)], den eigentlichen Erkenntnisgegenstand Patient und dessen Bedürfnisse nicht aus dem Blick zu verlieren.‹ (27:50) Sie konstatiert, dass es ›in der technischen Durchdringung der Arzt-Patienten-Begegnung‹ zu einer ›zweifache[n] Depersonalisierung‹ kommen kann: Als ›Transformation der Patienten in passive Objekte rationaler Krankheitsbeherrschung‹ und als Reduktion des ärztlichen Therapeuten ›auf einen geschickten Umgang mit Technik, kognitive Informationsverarbeitung und rationale Entscheidungsfindung‹ (27:43 (unter Zitierung von Badura 1996:26)). Schon vor Jahren hat der Landarzt Paul Lüth (1921–1986) (33) von einer *stummen Medizin*, die sich hinter technischen Apparaten versteckt, gesprochen und ihr die Wichtigkeit einer *sprechenden Medizin* entgegengestellt.

›Durch das Primat der Ökonomie und das damit einhergehende Primat der Standardisierung‹ werden Ärztinnen und Ärzte ›in ihrem Alltag in medizinischen Entscheidungen immer mehr beherrscht‹ (27:74). ›Ähnliche Effekte haben auch andere Steuerungs- und Kontrollinstrumente wie die sogenannten ›Disease-Management-Programme‹ zur ›Behandlung von Patienten anhand standardisierter Vorgaben‹ [...] und das Qualitätsmanagement als Verfahren, mit dem die Einhaltung bestimmter Standards zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität gesichert und mit dem zur Optimierung des Prozessablaufs in Kliniken neue Rationalisierungsreserven erschlossen, das ärztliche Handeln auf dem Wege seiner Objektivierung und Formalisierung der externen Kontrolle und Steuerung zugänglich gemacht werden soll.‹ (27:74).

Auf spezielle sozialhistorische Sichtweisen wie z.B. auf Michel Foucaults (1926–1984) *Geburt der Klinik* (34) und seine machtpolitischen Studien zur Sozialdisziplinierung (35), auf die handlungsanalytische Systemtheorie und die Rollen von Arzt und Patient bei Talcott Parsons (1902–1979) (35), auf Eliot Freidsons (1923–2005) Professionalisierungsprozesse in der Medizin mit Durchsetzen standespolitischer Interessen zur Gewinnung von Marktmacht (28) oder Michael Balints (1896–1970) der Relevanz des hohen Anteils psychosomatisch verursachter Erkrankungen geschuldeten Rede von der ›Droge Arzt‹ (38) soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Die ›andere‹ Seite ärztlichen Handelns

In ihrem so überschriebenen 2. Kapitel geht Merl ausführlich auf kognitionswissenschaftliche Befunde, auf Mustererkennen und domänenspezifische Expertise ein, auf implizites und explizites Wissen sowie auf prozedurales und auf Tatsachen-Wissen ein (16–19). ›Der größte Teil dessen, was den späteren Experten ausmacht, werde [...] in der Praxis erlernt – ein Prozess, der niemals abgeschlossen sei.‹ (27:99) In ihrer arbeitssoziologischen Perspektive sieht sie ›vor allem die Unregelmäßigkeit und Unschärfe ärztlichen Expertenwissens, für die es keine angemessene technische Repräsentationsform gibt und die es letztlich verunmöglicht ›Fingerspitzengefühl in einen Algorithmus zu fassen‹ (27:106) als kritisch. Als Ursache für die unbefriedigenden Ergebnisse EDV-basierter Expertensysteme sieht sie das Fehlen einer ›grundsätzlichen und umfassenden

Analyse ärztlichen Handelns und Entscheidens« und »die zunehmende Unüberschaubarkeit medizinischen Fachwissens« an (27:107). Das ist zwar derzeit so, aber ob dies in Zeiten von ChatGPT so bleibt oder ob es irgendwann lernende Datenbanken für fachspezifisches Wissen geben wird, ist offen. Vor- und Nachteile von impliziten und explizitem Wissen im ärztlichen Denken und Handeln sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5:

Bedeutung von impliziten und expliziten Wissen in ärztlichem Denken und Handeln
(nach Schachtner (2), Merl 27:95-110, Polanyi (16), Collins u. Evans (17) und Collins (18))

Implizites Wissen

Vorteile

- bezieht Bauchgefühle, Intuition oder Ahnung in Problemlösungsversuche ein
- bezieht Ebene des praktischen Handelns in den (analytischen) Blick ein
- ermöglicht praktisch-intelligentes Handeln ohne Gründe angeben zu können
- flexibler (bis in gewissem Sinne respektloser) Umgang mit Theorien (2:154)

Nachteil

- Personengebundenheit dieser Wissensform mit daraus resultierender Schwierigkeit der – zumindest expliziten – interpersonellen Vermittlung

Explizites Wissen

Vorteile

- gegenüber Expertensystemen auf Wissensbasis (*knowledge base*) haben menschliche Experten die Fähigkeit zur holistischen Informationsverarbeitung bzw. zur Problemlösung ohne vorherige Zerlegung des Problems in Teilziele

Nachteile

- aufgrund der Personengebundenheit von Interessen, Dauer der Berufstätigkeit und Erfahrung abhängig; zwar schnell verfügbar, aber lückenhaft
- Unüberschaubarkeit medizinischen Fachwissens; mangelnde Formalisierbarkeit ärztlichen Wissens, das zu einem großem Teil als implizites Wissen einzustufen ist (26:105)
- zeitliche Verzögerung bei ergänzenden Recherchen in Datenbanken oder Expertensystemen

Kombination von impliziten und expliziten Wissen

Vorteile

- zeichnet Performanz von Experten aus; flexible Anpassung an variable Situationen
- aufmerksames Einlassen auf die Situation (26:141)
- kombiniert *knowledge that* mit *knowledge how*

Nachteile

- nur in lebenslanger Praxis erlernbar; nur partiell interpersonell vermittelbar

Merl betont, »dass die besondere Herausforderung des Arztes in der Bedeutungszuweisung von Gesprächsinhalten jenseits der »sachlichen Ebene« liege (27:130). Es kommt darauf an, die implizite Botschaft und den impliziten Appell mitzuhören, Zeichen nonverbaler Kommunikation wie Mimik und Gestik des Patienten zu registrieren und empathisch darauf zu reagieren (24,25,32:20,38,39). Als »Fortsetzung der klinischen Un-

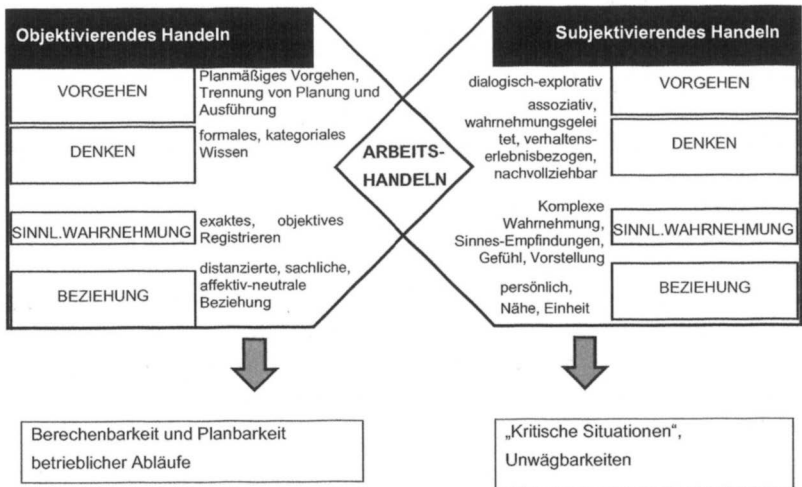
tersuchung mit anderen Mitteln« (Anschütz [39:238 (O.L.)] verlangt die Nutzung von Medizintechnik, neben guten anatomischen Kenntnissen, die dem Bereich des formalen Wissens zuzuordnen sind, und handwerklichem Geschick im Sinne einer ›Kunstfertigkeit« [...], vor allem sehr viel Übung.« (27:132)

Die Beherrschung medizintechnischer Verfahren wie die Sonographie oder die Endoskopie ist in hohem Maße von der klinischen Erfahrung des Anwenders abhängig, erfordert aber auch ›Interpretationskunst«. Merl bemerkt mit Recht: ›Bei aller (vermeintlichen) Objektivität der Anwendung von Technik gibt die subjektive Interpretationsleistung den Ausschlag über den Erfolg der Untersuchung.« (27:133)

In Anlehnung an entscheidungspsychologische Erkenntnisse charakterisiert Merl ärztliches Handeln als ›Entscheiden unter Unsicherheit« (27:144) und zitiert Groopmans These: ›Medicine is at its core, an uncertain science.« (32:7) Der Darmstädter Internist Felix Anschütz (1920–2014) hat vier Phasen des Erwerbs ärztlichen Wissens und Könnens unterschieden, zunächst ›unberechtigte Sicherheit«, dann ›berechtigte Unsicherheit«, später ›unberechtigte Unsicherheit« und schließlich ›berechtigte Sicherheit« (39:192). Wirkliches Expertentum erfordert lebenslanges Lernen. In arbeitssoziologischer Perspektive rekurriert Merl auf ›inkorporierte Praktiken«, ›die oftmals als bloß routinisierte und automatisierte Abläufe unterschätzt werden, jedoch da wirksam werden, wo Verstandesmäßig-Reflexives auf Grenzen stößt [...] und sich daher als angemessenes Handeln in kritischen Situationen qualifizieren.« (27:155) Ausführlich stellt sie das Konzept einer ›Differenzierung ›objektivierender« und ›subjektivierender« Handlungsweisen als verschiedenartige, jedoch komplementäre Handlungsweisen« dar (27:160). Objektivierendes Handeln fokussiert auf objektiv feststellbare Merkmale des Arbeitsgegenstandes, während subjektivierendes Handeln personengebundenes und im praktischen Handeln, in Momenten des Entscheidens und in kritischen Situationen sichtbar werdendes Wissen darstellt. In einer graphischen Übersicht (siehe Abb. 1) hat Merl objektivierendes und subjektivierendes Arbeitshandeln unter den Aspekten Vorgehen, Denken, sinnliche Wahrnehmung und Beziehung zusammengefasst.

Im dritten Teil ihres Buchs gibt Tanja Merl eine handlungstheoretische Re-Interpretation von Christina Schachtlers *grounded theory*-Analyse ärztlicher Praxis (2) unter der arbeitssoziologischen Dichotomie von objektivierendem und subjektivierendem Handeln (siehe Abb. 1). Ihre Kritikpunkte bezüglich des objektivierenden Handelns beim Vorgehen zur Diagnosefindung betreffen die Präferenz harter Daten, die Dominanz kognitiver Prozesse und den nicht erwähnten Einsatz von Sinnen und der eigenen Gefühlslage. Auf der Beziehungsebene würde ihrer Meinung nach die Persönlichkeit des Gegenübers ausgeblendet, was m.E. überwiegend für Ärzte mit dominanter Strukturmetapher zutrifft. Die Patientenbegegnung sei strukturell durch den Wissensunterschied und die Deutungsmacht des Arztes geprägt (27:179), was zwar richtig ist, aber nicht gänzlich vermeidbar ist. Bezüglich des subjektivierenden Handelns im Prozess der Diagnose-suche bemängelt Merl Motive wie ›nach der Lebenswunde suchen« oder ›Entwicklungen ermöglichen« als wenig exakt. (27:180) ›Leibbezogene Interventionen« als Methoden zur Vertrauensgewinnung und ›exploratives, entdeckendes ›Erkunden der Situation« (27:181) sieht sie positiv.

Abb.1: Objektivierendes und subjektivierendes Handeln (aus Merl (27:166 / Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags Springer VS).



Auch bezüglich der anderen Aspekte ihrer Dichotomie von objektivierendem und subjektivierendem Handeln, dem Denken, der sinnlichen Wahrnehmung und der Beziehung (siehe Abb.1), macht sie Anmerkungen in ihrer Re-Interpretation von Schachtner (2). M.E. sind diese Anmerkungen zwar für Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Schlüsselmetaphern zutreffend, können jedoch nicht verallgemeinert werden, so dass ich deshalb nicht weiter darauf eingehen will. Auch auf ihre eigene empirische Untersuchung mittels qualitativem Leitfadeninterview (27:193) von 2,5 bis 4 Stunden Dauer an neun Ärzten (5 männlich, vier weiblich) unterschiedlichen Alters soll hier nicht näher eingegangen werden.

Kathrin Montgomerys ›How Doctors Think – Clinical Judgement and the Practice of Medicine‹

Kathrin Montgomery ist selbst keine Ärztin, sie lehrte an einer medizinischen Fakultät in den USA über viele Jahren medizinische Ethik. Ihr Buch *How Doctors Think – Clinical Judgement and the Practice of Medicine* (40) ist in 4 Teile gegliedert, jeder Teil enthält 3 Kapitel. Im ersten Teil des Buches, ›Medicine as a Practice‹ – untergliedert in die Kapitel ›Medicine and the Limits of Knowledge‹, ›The Misdescription of Medicine‹ und ›Clinical Judgement and the Interpretation of the Case‹ – beschreibt sie, dass die weitverbreitete Sicht der Medizin als einer Wissenschaft im Newtonschen Sinne falsch ist. Wäre die Medizin eine exakte Naturwissenschaft, dürfte man erwarten, dass das Wissen der Ärzte nicht so unterschiedlich, sondern einheitlicher und objektiver ist. Ihrer Meinung nach ist ärztliches Können vor allem Interpretation. Ärzte müssen handeln. Sie müssen das Beste tun, was sie tun können, selbst wenn dies nicht adäquat ist, selbst wenn sie nicht alles wissen, was zu wissen nötig wäre, selbst wenn nichts zu tun wäre (40:28). Handeln zu müssen vor dem Hintergrund von unvollständigem Wissen und Unsicherheit, charakterisiere Situa-

tion und Praxis der Ärzte. Montgomery argumentiert, dass die Dichotomie von Medizin als Wissenschaft und Medizin als Kunst falsch ist und den Blick auf das Wesentliche verdecke. Medizin ist keine Wissenschaft wie z.B. die Physik, deren Gesetze erklären, was die Welt zusammenhält, wie sie funktioniert, und wie spezielle Details aus den zugrunde liegenden Gesetzen abgeleitet werden können. Medizin ist aber auch keine Kunst, in der mehr subjektive Fähigkeiten wie Intuition dominieren. Auch wenn Diagnostik und Therapie zunehmend Wissenschaft-nutzende Tätigkeiten geworden sind, als ärztliche Tätigkeiten sind sie selbst keine Wissenschaft. Die Dichotomie Wissenschaft – Kunst verschleierte, dass das Wesentliche der Medizin die Praxis ist und dass die Praxis zwar einen soliden Fundus an wissenschaftlichem Wissen und eine Sammlung passender praktischer Fähigkeiten benötige, aber mehr ist als dies (40:30). Die wesentliche Tugend ist praktische Rationalität, klinisches Urteilen, Interpretieren der Zeichen und Symptome, Berücksichtigung der Individualität der Patienten und der Besonderheiten des Kontextes. Gute Medizin – schreibt Montgomery – ist eine rationale Praxis basierend auf einer wissenschaftlichen Ausbildung und einer soliden klinischen Erfahrung. Sie ist weder Kunst noch Wissenschaft.

Der zweite Teil des Buches trägt den Titel ›Clinical Judgement and the Idea of Cause‹. In ›What brings you here today‹ (40:57-69) beschreibt Montgomery, dass die Ursache einer Krankheit zu kennen bedeute, Kontrolle über sie zu haben. Die Idee der Ursache passe zu dem von Ärzten favorisiertem positivistischen Ideal der Medizin als Wissenschaft. Anders als in den Naturwissenschaften Physik und Chemie, in denen der Begriff Ursache als aristotelische ›causa efficiens‹, d.h. als das aufgefasst wird, was nachfolgende Effekte auslöst, verwende die Medizin einen mehr spekulativen und komplexeren Begriff von Ursache. Dem linearen Konzept einer geordneten, notwendigen und hinreichenden biologischen Verursachung stehe eine kontextuelle, mehr spekulative, verschiedene Ebenen beinhaltende narrative Vorstellung von Kausalität gegenüber. Beide Vorstellungen harmonisieren nicht miteinander, bekämpfen sich aber auch nicht. Das Konzept einer linearen Verursachung befriedige den Anspruch der Medizin, wissenschaftlich zu sein, sei jedoch nicht das zentrale Konzept in der klinischen Praxis. Montgomery stellt mit Recht heraus, dass der Patient die Frage nach Ursache und Effekt andersherum stelle, von den Effekten zur Ursache. Die Frage nach den Ursachen seiner Symptome sei aus Sicht des Patienten eine Frage nach einer Interpretation. Man solle eine klinische Ursache daher besser als narrative Hypothese, denn als wissenschaftliche Hypothese verstehen (40:46ff). Krankheiten seien Narrative, die sich im zeitlichen Verlauf in erkennbaren Variationen entfalten, sie werden typisiert und kategorisiert in infektiöse, autoimmunologische, metabolische, vaskuläre, neoplastische und genetische Typen. Mit dem *presenting complaint* und den nachfolgenden Fragen des Arztes beginne ein Diskurs, der ärztlicherseits in einer retrospektiven narrativen Rekonstruktion dessen ende, was wissenschaftlich und im individuellen konkreten Falle vorgehe. Dieser Sicht stimme ich voll zu. Sie beschreibt meiner Meinung nach mit anderen Worten in etwa das, was Uexküll und Wesiak mit ihrer Unterscheidung von mechanischer Ursache und semiotischer Ursache (1:47), von verursachender Kausalität (vom ›Erzeugen von Wirkungen durch Ursachen) und veranlassender Kausalität (dem ›Veranlassen einer Antwort durch Zeichen‹ (1:55)) beschrieben haben und was man als rekonstruierenden semiotischen Interpretationszyklus bezeichnen könnte.

Die Ursache einer Krankheit – so Montgomery – sei in der Medizin selten simpel und linear. Die Übertragung von Mikroorganismen ist zwar eine notwendige, aber nicht immer ausreichende Ursache einer Infektionskrankheit. Bei vielen Krankheiten kennt man keine eigentliche Ursache, nur sogenannte Risikofaktoren und im individuellen Fall ist es schwer, zu sagen, welcher der Risikofaktoren die betreffende Krankheit wirklich verursacht hat. Auch wenn – trotz der Komplexität der Krankheitsverursachung – die Medizin im Prinzip am idealisierten Konzept einer linearen Kausalität festhalte, seien in der klinischen Praxis viele Ärzte bereit, vom Konzept einer linearen Kausalität abzuweichen und Begleitumstände, statistische Wahrscheinlichkeiten und Risikofaktoren als Teil- oder Mitursachen in Betracht zu ziehen und eher interpretativ und narrativ vorzugehen statt hypothetisch-deduktiv.

Im letzten Kapitel des Zweiten Teils, ›Clinical Judgement and the Problem of Particularization‹ (40:84-99), geht Montgomery auf das ein, was mit dem Begriff ›klinisches Urteilen‹ umschrieben wird: Fähigkeiten, die z.T. in deduktivem Denken, Beachtung von generellen Regeln und In-Betracht-Ziehen von Wahrscheinlichkeiten, vor allem aber im Abwägen von Wahrscheinlichkeiten und im Ausbalancieren von narrativer Darstellung des Patienten und medizinischer Taxonomie der Krankheiten und im Verstehen des Individuellen im Lichte des Allgemeinen bestehen. Montgomery führt aus, dass die *evidence based medicine* zwar die Tendenz enthalte, medizinisches Wissen und ärztliche Erfahrung zu generalisieren, dass dieses Wissen aber auf den individuellen Patienten heruntergebrochen und mit seinen Zielvorstellungen in Einklang gebracht werden müsse und dass hierzu klinische Erfahrung und klinisches Urteilen nötig seien (40:89ff). Klinisches Denken beruhe auf dem, was C.S. Pierce als Abduktion bezeichnet hat, einem rationalen Vorgehen, ausgehend vom Effekt zurück zur Ursache und einem interpretativen Zirkel mit Testung der differenzialdiagnostisch vermuteten Ursachen (40:86). Das Passen von Krankheitsätiologie zu etlichen in der Krankengeschichte des Patienten gefundenen pathogenen Faktoren gelte oft quasi als Beweis für die Diagnose.

Im dritten Teil des Buches ›The Formation of Clinical Judgement‹ (40:103-153) wird beschrieben, wie klinisches Urteilen in den Köpfen und Herzen von angehenden Ärzten entsteht, wie *clinical judgement* vorgelebt, gelehrt und gelernt wird. Ein Verständnis der menschlichen Biologie und der klinischen Pathophysiologie reicht hierzu nicht aus; klinische Urteilsfindung ist komplexer und flexibler als die Anwendung von Algorithmen der Symptomabklärung. Montgomery führt aus, dass ärztliches Lernen anhand klinischer Maximen und Aphorismen gelehrt und gelernt wird und dass Fall-Präsentationen und -Interpretationen hierbei eine wichtige Rolle spielen. Im Gegensatz zu Axiomen und Gesetzen widersprechen sich Maximen und Aphorismen, die Widersprüchlichkeit hilft jedoch in der ärztlichen Praxis, situative Aspekte im jeweiligen individuellen Fall stärker zu berücksichtigen. Anhand von paarweisen, z.T. sich widersprechenden Maximen werden spezielle Probleme der Anamnese, der klinischen Untersuchung des Patienten, der Bildung einer Arbeitshypothese und Erstellung einer Liste diagnostischer Tests dargestellt. Montgomery betont, dass Maximen und Aphorismen Teil des klinischen Urteilens sind und das interpretative Denken, das abduktive, rückwertige, von Effekten auf mögliche Ursachen schließende Denken unterstützen. Wenn klinisches Denken einfach eine Art Mustererkennung oder ein Befolgen von klinischen Algorithmen wäre, könnten gute Diagnostik-Computer-Programme Ärzte ersetzen. Dass dies bisher nicht gelungen ist,

zeigt, dass Begleitumstände und zeitlicher und räumlicher Kontext bei der Interpretation eine wesentliche Rolle spielen.

In ›Don't Think Zebras‹ (40:121-137) erläutert Montgomery, dass das Zebra-Maxim Teil einer interpretativen Strategie, einer *bottom-up*-Regel des praktischen Wissens, ist, erst Regeln zu lernen und dann deren Limitationen und Ausnahmen unter bestimmten Umständen zu lernen. ›When you hear hoofbeats, don't think zebras‹ may be medicine's chief interpretive rule [...] it reminds clinicians that the presence of signs and symptoms shared by a number of diagnoses is not likely to indicate that the rare one is on the list.‹ (40:122) ›Rare diseases are rare‹ und ›Uncommon presentations of common diseases are more common than (common presentation of) uncommon diseases.‹ (40:123) Das Zebra-Maxim beinhaltet die skeptische Erkenntnis von konkurrierenden, potenziell widersprüchlichen Interpretationen derselben Zeichen und Symptome und konkurrierenden, potenziell widersprüchlichen Schlussfolgerungen, die auf diesen Zeichen beruhen. In einer Art blinden Flecks werde die Medizin sich des interpretativen Charakters ihrer Praxis nicht bewusst.

Der vierte Teil des Buches ist mit ›Clinical Judgement and the Nature of Medicine‹ (40:157-207) überschrieben. Neben professionellem Wissen und speziellen ärztlichen Fähigkeiten sind es Montgomery zufolge 2 Dinge, die den ärztlichen Beruf von anderen Berufen unterscheiden: die Vertrautheit mit dem Tod und das Verhältnis zur Wissenschaft (40:158). Das Insistieren, dass Medizin eine Wissenschaft sei, kompensiere das ärztliche Selbst im Angesicht von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Tod. Das Ethos der Medizin beruhe auf Tugenden der klinischen Praxis wie der Achtsamkeit gegenüber dem Patienten, Vertrauen zu den eigenen Wahrnehmungen, Sich-Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten und Grenzen und sorgfältiger Beobachtung (40:159). Die allgemeine These Emmanuel Levinas, dass wir uns durch unsere Antwort auf den Anderen als Person konstituieren (41), wendet Montgomery auf die ärztliche Situation an und schreibt, dass ein Arzt nur dadurch Arzt werde, dass er sich um den Patienten sorgt (40:161). Und dass das beste diagnostische und therapeutische (Hilfs-)Mittel nach wie vor der Arzt selber sei (40:162), worauf schon Balint hingewiesen hat (37).

Das Zusammenwirken von individuellem Willen und sozialer Funktion, das Verhältnis von solch altmodischen Begriffen wie Charakter und Moralität, die kulturelle Prädisposition eines Menschen, in einer bestimmten Art und Weise wahrzunehmen, zu denken und zu handeln – was John Dewey *habit* (42) und Pierre Bourdieu *habitus* (43) nennen – bilden eine Art *kulturelles System* (C. Geertz (44)) der Medizin, ein kompliziertes, relativ organisiertes Netz von Ansichten, Denkweisen und Verhalten. Montgomery behauptet, dass klinische Medizin in der Tat so funktioniere, als wäre sie eine Art ›common sence cultural system‹. Konzepte wie Bourdieus *habitus* und Geertz's *common sence* charakterisierten eine Art von Wissen, das nicht hypothetisch-deduktiv und nicht wissenschaftlich sei, aber nichtsdestoweniger als rational bezeichnet werden könne (40:163-65), ein Wissen, das Polanyi (16), Collins u. Evans (17) und Collins (18) als *implizites Wissen* bezeichnen. Kompetente Kliniker – schreibt Montgomery – hätten diesen *habitus* und diese quasi automatische *common sence*-Methode eines Wissens, das – selbst weitgehend unbewusst – die kulturelle Prägung und Bildung eines professionellen Selbst ausmache. Die Wahl der bestmöglichen Handlung in Situationen der Unsicherheit sei ein moralisches Problem. Die moralische Komponente im ärztlichen Denken (40:166), verfügbares Wissen mit in-

dividuellen Präferenzen in Einklang zu bringen, werde zu häufig ausgeblendet (siehe Kapitel 13 zu ärztlicher Ethik und Verantwortung im vorliegenden Buch).

Die Art, wie Ärzte mit ihren eigenen Gefühlen und mit anderen Menschen umgehen – als *detached concern* oder als *emotional rationality* bezeichnet – und die Balance zwischen beruflichem und privatem Leben, ist lange – insbesondere auch in der Ausbildung von Ärzten – vernachlässigt worden. Das Konstrukt, das Ideal einer Medizin als Wissenschaft, fungiert als emotionale Stütze angesichts von Unsicherheit und Hilflosigkeit und als *detachment*, als professionelle Fassade gegenüber Krankheit, Schmerzen, menschlichen Tragödien, Leid und Tod (40:172). Die Idealisierung von Medizin zu Wissenschaft entpuppt sich – um einen spöttischen Begriff Odo Marquards zu gebrauchen – als ›Inkompetenzkompensationskompetenz‹ (45) einer stummen Medizin (33).

Kritiker der Medizin haben den Verfall des Arzt-Patienten-Verhältnisses in Zeiten von *managed care* beklagt. Die Ökonomisierung, Verrechtlichung und Technisierung der Medizin und der Wandel des Krankenhauses zum medizinischen Dienstleistungszentrum führten zu einer ›Medizin der Fremden‹. Im Gegenzug fordern andere – teils aus nostalgischen Gründen, teils aus Idealisierung der primärärztlichen Tätigkeit – eine ›Medizin der Freunde‹. Montgomery setzt dem eine ›Medizin der Nachbarn/Medizin des Nächsten‹ entgegen (40:176-188). ›A Neighbor is the person passing by who stops to help.‹ (40:187) Ein freundschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis verletze die Autonomie des Patienten (40:181) und überfordere den Arzt emotional. Das Verhältnis Arzt – Patient sei ein ungleiches Verhältnis und in einem gewissen Grad hänge die Wirksamkeit von dieser Ungleichheit ab (40:181). Patienten erwarten Höflichkeit, Respekt, Aufmerksamkeit und ärztliche Kompetenz, nicht Freundschaft (40:182). Die Balance zwischen Empathie und Objektivität, das Hin-und-Her-Schwingen zwischen aktiven Zuhören und beobachtenden Zurücklehnen, erfordere eine gewisse Distanz. Epstein hat dies als *mindful praxis*, als achtsame Praxis, bezeichnet (46,24). Montgomery plädiert ›for a collegial model that includes professional distance as well as intense personal involvement‹ (40:179).

Im letzten Kapitel ›Uncertainty and the Ethics of Practice‹ (40:189-207) unterstreicht Montgomery, dass Krankheit mit Unsicherheit, Verlust der Kontrolle und Beschädigung des Selbstsinns einhergeht und dass wissenschaftliche Antworten mit Zahlen und statistischen Wahrscheinlichkeiten nicht ausreichen und das Bedürfnis des Patienten nach Sicherheit und Wiedererlangung der Kontrolle nicht zufrieden stellen können. Die Frage, wie ernsthaft die Symptome sind und wie man mit der Krankheit (weiter-)leben könne, erfordere eine Kommunikation über Ziele des Patienten und Risiken diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, erfordere ein Abwägen der Evidenz und ein Sortieren nach Relevanz für den betreffenden Patienten, erfordere eine aktuellen Umständen Rechnung tragende individuelle Interpretation, weswegen ich – siehe Kapitel zur ärztlichen Ethik – vorschlage, den Uexküll-Wesiakschen diagnostisch-therapeutischen Zirkel (1:414-420) zu einem ethisch-diagnostisch-therapeutischen Zirkel zu erweitern. Montgomery hält der Aussage biotechnologisch orientierter Ärzte, man könne nichts mehr tun und der dahinterstehenden Einstellung entgegen, dass Schmerzkontrolle und ärztlicher Beistand immer möglich und immer nötig sind.

Jerome Groopmans ›How doctors think‹ – Logik und Physiologik des (ärztlichen) Denkens

Während Kathryn Montgomery einen breiten, umfassenden Blick auf ärztliches Denken und Handeln, auf die Einbettung in einen Habitus und in ein kulturelles System gibt, fokussiert Jerome Groopman auf die Logik ärztlichen Denkens und auf Denkfehler (47–51). Groopman will die unbewussten Vorgänge des Denkens transparent machen, will aus Disziplin- und Kontext-abhängigen Varianten den Kern, das Muster ärztlichen Denkens herauschälen und darstellen, was man aus Fehlern und Fehlentscheidungen lernen kann. Er hat die diagnostischen Umwege und Irrwege im Focus und will – kontrastierend – die Besonderheiten des Expertentums erfassen.

Groopmans Buch gliedert sich in 10 Kapitel und wird mit einer ausführlichen Einführung eingeleitet und schließt mit einem Epilog. Im Kapitel 1 (32:27–40) schreibt Groopman über seine Vorstellung als Medizinstudent, am Ende des Studiums eine Art Enzyklopädie im Kopf zu haben, in der er – wenn er einen Patienten behandle – nachsehen und Diagnose und Behandlung finden könnte. Während des Studiums hatte er überwiegend mit mehr theoretischen Fällen auf dem Papier zu tun und während der Zeit als Medizinalassistent merkte er bald, dass Experten eine klinische Einschätzung eines Problems mitunter innerhalb von 20–30 Sekunden gaben, dass dabei ein schneller, unbewusster, visueller Eindruck, eine Art Mustererkennung eine Rolle spielte, bei der Kognition und Emotion zusammenwirkten. Das, was im Studium geübt wurde, das ausführliche Abwägen der gesammelten Daten und das Erstellen einer Liste von Differenzialdiagnosen, beschränkte sich in der Praxis auf ein In-Erwägung-Ziehen von 2–3 möglichen Diagnosen. Falsche Daten oder technische Fehler waren nur in geringem Ausmaß für Fehldiagnosen mitverantwortlich, die meisten Fehler beruhten auf Denkfehlern (32:40).

Im zweiten Kapitel (32:41–58) gibt Groopman anhand von Beispielen einer Notfallstation einen systematischen Überblick über verschiedene kognitive Fehler, die beim Prozess der Diagnosefindung auftreten können: Beim Repräsentationsfehler wird das Denken durch einen Prototyp geleitet, so dass Möglichkeiten, die dem Prototyp widersprechen, nicht in Betracht gezogen werden und die Symptome einer falschen Diagnose zugeordnet werden. Wenn Patienten einem negativ besetzten Stereotyp zugehören wie z.B. starke Raucher mit schwerer COPD oder deutlich übergewichtige Patienten mit Diabetes mellitus, besteht die Gefahr eines Attributionsfehlers. Menschlich ist auch ein häufiger affektiver Fehler, nämlich die Tendenz, unter verschiedenen Alternativen diejenige zu bevorzugen, von der wir hoffen, dass sie eintritt. Informationen, die unsere (nicht immer bewussten) Wünsche zu erfüllen scheinen, werden dabei höher bewertet als Informationen, die neutral sind. Am Beispiel der Kontrolluntersuchung eines befreundeten immunsupprimierten Patienten weist Groopman auf ein Paradox hin: ›Feeling prevents us from being blind to our patient's soul but risks blinding us to what is wrong with him‹. (32:54) Das Abweichen von einer gewohnten Checkliste war Ursache für das Übersehen eines Befundes mit gravierenden Konsequenzen. Eine der größten Schwierigkeiten des Arztseins sei es, aus den eigenen Fehlern zu lernen. ›It was my job to be complete in my exam, and my charge to monitor my feelings when they might break my discipline.‹ (32:58)

Im dritten Kapitel (32:59-76) berichtet Groopman von einem Arzt, der in einer 6000-Einwohner zählenden Kleinstadt in Arizona lebt und ein Umfeld mit ca. 100 000 meist indianischen Einwohnern betreut. An zwei Beispielen aus der Notfallambulanz werden weitere kognitive Fehler dargestellt und erörtert. Unter einem *availability error* wird die Tendenz verstanden, die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder einer Diagnose auf die Leichtigkeit zurückzuführen, mit der einem selbst relevante Beispiele einfallen. Ein anderer Fehler, als *anchoring error* bezeichnet, beruht auf der selektiven Betrachtung von Daten, auf einem Art Kurzschluss im Denken, bei dem andere Möglichkeiten nicht in Betracht gezogen werden, sondern schnell und sicher eine bestimmte Interpretation als einzig richtige erwogen wird. Als Strategie gegen kognitive Fehler empfiehlt Groopman, selbst dann, wenn man denkt, sich einer Antwort oder Diagnose sicher zu sein, eine kurze Liste von alternativen Antworten zu generieren. Am Beispiel einer 30-jährigen Frau mit Reizdarm, die wiederholt die Notfallambulanz aufsucht, Ärzte und Schwestern nervt, auf dem Nachhauseweg kollabiert und bei der dann bei der erneuten Notaufnahme eine rupturierte extrauterine Schwangerschaft festgestellt wurde, wird das ›yin-yang out‹ *mistake* erläutert, das Denken in Schienen und Bahnen, das schubladenartige Zuordnen und Zuschieben von Verantwortlichkeiten zu verschiedenen Subspezialitäten, die ihrerseits mit jeweils stereotypem Abarbeiten von Checklisten in einer Sackgasse enden, und die Unfähigkeit in einer neuen Richtung zu denken und neue Wege zu gehen. Groopman betont, dass ein Arbeiten unter Zeitdruck und unter Entscheidungszwang wie auf einer Notfallstation Denkfehler wie *availability error* und *anchoring error* begünstige. Als Gegenstrategie empfiehlt er, to ›work with ›studied calm‹, consciously slowing your thinking and your actions in order not to be distracted or pressed by the hectic and sometimes chaotic atmosphere.‹ (32:74)

Im Kapitel ›Gatekeepers‹ (32:77-100) beleuchtet Groopman die Besonderheiten der Situation von Allgemeinärzten. Ausgehend von der Frage, hat der Patient ein ernstes oder lebensbedrohliches Problem bzw. der Frage, was könnte dies im schlimmsten Falle sein, wird auf die Bedeutung des ersten Eindrucks hingewiesen, aber auch darauf, dass man damit sorgfältig und skeptisch umgehen sollte. Um auch nach jahrzehntelanger Tätigkeit noch die Augen für Neues offen zu halten, müsse man die Arbeitsbelastung reduzieren und ein *Burn-out* vermeiden. Gerade in der Allgemeinmedizin seien Mitgefühl und Kommunikation essenziell. Dies erfordere eine sprachliche Sensibilität, offene Fragen und ein Denken in sozialen Kontexten. Allgemeinmedizin sei keine ›entry-level medicine‹, im Gegenteil, ›the most difficult type of doctoring is primary care‹ (32:100) und je höher man in die Sphären von Spezialisten aufsteige, desto weniger komplex würden die medizinischen Probleme des Patienten (32:98). Im Kapitel 5 (32:101-131) betont Groopman, dass häufige Dinge häufig sind und dass es gilt, ›when you hear hoofbeats, think about horses, not zebras‹ (32:126), eine Maxime, die auch Kathryn Montgomery für ein Erlernen regelgeleiteten Denkens für wichtig hält (s.o.). Groopman beleuchtet die Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung und erörtert, dass Vertrauen in einer offen paternalistischen Beziehung den Patienten infantilisiere, dass Vertrauen aber auch einen Patienten zu einem produktiven Partner in der unsicheren Welt der Medizin machen könne (32:130).

In ›The Uncertainty of the Expert‹, dem 6. Kapitel (32:132-155), fokussiert Groopman auf die Sicherheit der Evidenz, auf Typen der Unsicherheit und auf die Notwendigkeit,

trotz Unsicherheit entscheiden zu müssen. Am Beispiel des Vorhofseptumdefekts eines Kindes lässt er einen Kinderkardiologen erläutern, auf welcher Datenbasis die Entscheidung, wann operiert werden solle, beruhe (32:140ff). Dieser verweist auf hitzige Diskussionen auf einem Fachkongress, publiziert in einem Fachjournal, und dem damaligen gemittelten Ergebnis, dass ab einem Shuntvolumen von 2 : 1 operiert werden solle. Dieser Wert werde seitdem von Lehrbuch zu Lehrbuch als ›Wahrheit‹ tradiert. Um diesen Wert wirklich wissenschaftlich zu untermauern, müsste man 500 Kinder randomisieren in eine OP-Gruppe und eine nicht-OP-Gruppe und sie gut 40 Jahre nachbeobachten – eine Studie, die nie durchgeführt werden wird. Am Beispiel eines Babys, das blau zur Welt kommt und direkt an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden muss, wird dargestellt, dass Logik und deduktives Denken nicht in jedem Falle weiterführen und dass man bei Entscheidungen in Unsicherheit nicht allen Daten gleiches Gewicht einräume, sondern positive Daten, die einen emotional stärker ansprechen und ein erfolgreiches Ende erwarten lassen, höher bewerte. Ein solches Verhalten entspreche der *expected utility theory*, bei der die Nützlichkeit eines bestimmten Ergebnisses mit der Wahrscheinlichkeit multipliziert werde und die Entscheidung beeinflusse (32:151). Die Kunst im Umgang mit Situationen der Unsicherheit, Instabilität, Einzigartigkeit oder in Wertkonflikten bestehe darin, das zugrunde liegende Problem zu rekonstruieren und eine neue Sicht darauf zu gewinnen. In Anlehnung an andere Autoren unterscheidet Groopman 3 Arten der Unsicherheit: 1. die unvollständige oder nicht-perfekte Beherrschung des verfügbaren Wissens, 2. Limitationen des derzeitigen medizinischen Wissens und 3. Schwierigkeiten, zwischen persönlicher Ignoranz oder Unfähigkeit und Limitationen des derzeitigen medizinischen Wissens unterscheiden zu können (32:152). Die Schwierigkeit mit Unsicherheit zu leben, stellt eine meist unausgesprochene Last für Ärzte dar und kann Handlungen lähmen. Die größere Last beinhalte jedoch, sich dieser Unsicherheit bewusst zu sein und sie dem Patienten einzugestehen. Die Spezialisierung in der Medizin gebe ein falsches Gefühl von Sicherheit (32:154), in Wirklichkeit stehe im Zentrum der ärztlichen Praxis, in Abwesenheit von Sicherheit Entscheidungen treffen zu müssen (32:153).

Im nächsten Kapitel, ›Surgery and Satisfaction‹ (32:156-176), beschreibt Groopman, wie er selbst wegen seiner rezidivierenden Handschmerzen in 3 Jahren 6 verschiedene Handchirurgen aufsuchte und 4 verschiedene Diagnosen erhielt: hyperaktives Synovium, Haarbruch des Scaphoids, Chondrocalcinosis/Pseudogicht und dynamische Scaphoid-Lunatum-Instabilität. Er beschreibt, wie einer der Experten zwar zugab, nicht zu wissen, was vorliege, aber eine Arthroskopie für unbedingt erforderlich hielt, ein anderer den MRT-Befund relativiere, da ein MRT vieles zeige, aber nichts, was für die Symptome verantwortlich sei (32:167). Am eigenen Leidensweg werden kognitive Fehler der involvierten Ärzte dargestellt: z.B. der *commission bias* (32:169), die Tendenz zu agieren anstatt abzuwarten und den Verlauf zu beobachten – einem Fehler, dem man bei einem drängenden und ungeduldigen Patienten eher erliegt. Oder der Fehler, der *satisfaction of search* bezeichnet wird (32:154) und der darauf beruht, dass man die Suche nach einer Diagnose beendet, sobald man etwas halbwegs Plausibles gefunden hat. Unter *vertical line failure* wird das Denken *inside the box*, innerhalb etablierter Schienen subsumiert und die Unfähigkeit, *outside the box* zu denken und andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen (32:170). In seinem eigenen Falle war das Hirn des Chirurgen wichtiger als die Hand

des Chirurgen, das Darandenken an eine seltenere Diagnose und das Zusammenfügen von Beschwerden, klinischem Untersuchungsbefund und Befunden technischer Untersuchungen wie Röntgen und MRT zu einem kohärenten Bild. Groopman schildert auch, wie seine Entscheidung zur Operation von seiner Einschätzung des Chirurgen, der Art der Erklärung und Aufklärung und vor allem der realistischen Einschätzung des zu erwartenden postoperativen Erfolgs abhing. ›There is nothing in biology or medicine that is so complicated that, if explained in clear and simple language, cannot be understood by any layperson. It's not quantum physics.‹ (32:174)

Kapitel 8, ›The Eye of the Beholder‹ (32:177-202), fokussiert auf die Denkweise von Radiologen und die involvierten Prozesse der Wahrnehmung und der Kognition. Bei der Gestalt-Wahrnehmung kippen erste Eindrücke schnell in eine Schlussfolgerung, in ein Bild um. Groopman zitiert Untersuchungen, nach denen die Performance der scheinbar objektiven radiologischen Technik unzureichend ist und die Intraobserver-Variabilität bei der Befundung konventioneller Röntgen-Thorax-Untersuchungen bei ca. 20 % und die Interobserver-Variabilität bei 33 % liegt (32:181). Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es zurück: bei Routineuntersuchungen im Rahmen eines Check-ups haben 60 % der Radiologen eine fehlende Clavicula nicht bemerkt und beschrieben (32:179). Unter der Fragestellung Karzinomsuche stellten jedoch 83 % der Radiologen die fehlende Clavicula fest (32:180). Einen ähnlichen subjektiven Faktor wie bei der Beurteilung bildgebender Verfahren findet sich auch bei der Beurteilung histologischer Bilder durch Pathologen. Die intraindividuelle Übereinstimmung beträgt 87 % (32:182). Erfahrene Radiologen raten zu einer systematischen Befundung; z.T., um vollständig zu sein, z.T. weil jede Beobachtung von klinischer Relevanz sein könne. Nur eine systematische Beurteilung schütze vor dem *error of search satisfaction*, dem Fehler, die Suche und das Denken zu beenden, sobald man einen größeren Befund erhoben habe (32:185). Nur eine methodologische Checkliste schütze gegen die Versuchungen der Gestalt-Wahrnehmung und den Gespenstern der *availability errors*, dass das, was im Kopf am schnellsten verfügbar ist, das Denken beeinflusst (32:188). Manchmal muss sich der Radiologe auf ein Beschreiben dessen beschränken, was er sieht, und mit einer Diagnose zurückhalten, wobei die Nuancen und Mehrdeutigkeiten der Beschreibung bei verschiedenen Ärzten unterschiedliches meinen (32:193).

In ›Marketing, Money, and Medical Decision‹ – Kapitel 9 (32:203-233) – werden die Machenschaften der pharmazeutischen Industrie beschrieben, einen natürlichen Alterungsprozess zu einer Krankheit umzudefinieren und Altersveränderungen zu medicalisieren. Am Beispiel des partiellen Androgenmangels beim alternden Mann wird dargestellt, wie ein Marketing, das sich an die Öffentlichkeit wendet, bei Menschen Bedürfnisse weckt und Nachfragen bei Ärzten erzeugt (32:210ff). Diese sind dann in der misslichen Lage, dem Patienten zu erläutern, dass es keine Belege dafür gebe, dass die angepriesenen Medikamente die meist altersbedingten Probleme beseitigen würden. Die Östrogensubstitution in der Menopause wird als Beispiel dafür angeführt, dass Beobachtungsstudien zwar nützliche Effekte nahe legen können, der Beweis aber nur durch prospektive Untersuchungen erbracht werden könne. Die Mehrzahl der Ärzte verschreibe lediglich gut 2 Dutzend verschiedene Medikamente, deren Wirkung und Nebenwirkung sie im Studium gelernt haben; über neue Präparate würden Ärzte überwiegend von Pharmafirmen informiert und könnten die meist nur marginalen Effekte von *me too*-Prä-

paraten nicht korrekt einschätzen (32:219–20). Mit Blick auf die zahlreichen Verflechtungen zwischen universitärer Medizin und Industrie fordert Groopman eine klare Trennung zwischen klinischer Forschung an Patienten (mit Beziehungen zur Industrie) und klinischer Betreuung von Patienten (ohne Beziehungen zur Industrie). Zu einer informierten Entscheidung des Patienten gehöre ein umfassendes Verständnis der Optionen einer Pharmakotherapie inklusive ihrer Risiken und ihres Nutzens.

Das letzte Kapitel, ›In Service of the Soul‹ (32:234–269), widmet sich der Entscheidungsfindung in der Onkologie. Die Art, wie Ärzte ihre Empfehlungen darstellen und formulieren, kann die Wahl des Patienten beeinflussen. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob die Daten in Prozent Reduktion der Mortalität dargestellt werden oder als absolute Zahlen angegeben werden (32:242). Bei der Ethik der Entscheidungsfindung in der Onkologie (32:247) – und nicht nur dort – kommt es darauf an, herauszufinden, was der Patient wünscht, und zu versuchen, die Wünsche des Patienten so gut es geht zu respektieren. Die Wünsche des Patienten sollten kongruent und konsistent zu seiner Lebensphilosophie sein. Als Onkologe müsse man die eigenen Grenzen kennen und tun, was für den Patienten am besten ist – ihn ggf. auch zu einem anderen Kollegen zu schicken. Unter den Onkologen gebe es solche, die sich nur von objektiven Daten leiten lassen und solche, die willens sind, Patienten auch außerhalb von etablierten Protokollen zu behandeln. Was manchmal als rationale Form des Denkens imponiere, stelle sich, wenn man auf die Nöte und Wünsche des Patienten sieht, als irrational heraus und reflektiere eher den emotionalen Zustand des Onkologen als die klinischen Bedürfnisse des Patienten (32:259).

Das Buch schließt mit einem Epilog, in dem die Rolle des Patienten als Partner des Arztes bei der Entscheidungsfindung herausgestellt wird. Unterschiedliche Ärzte haben unterschiedliche Praxisstile und unterschiedliche Herangehensweisen an Probleme. Bei Störungen der Kommunikation sollten erneut eine Anamnese erhoben, bisherige Diagnosen überdacht und ggf. Untersuchungen und Tests wiederholt werden. Neben Lehrbüchern und konsultierten Kollegen beeinflusst vor allem ein mitdenkender und fragender Patient das ärztliche Denken und kann helfen, Denkfehler mit konsekutiven Fehldiagnosen und unzureichender Behandlung zu vermeiden.

Groopman beschreibt die Schablonen, die beim Denken benutzt werden, und die Probleme, die entstehen, wenn ein Patient aus dem erwarteten Muster herausfällt. Er fokussiert dabei sehr auf das Denken mit dem Kopf und blendet das Fühlen mit dem Bauch weitgehend aus. Psychiater wie Luc Ciompi haben die emotionalen Anteile des Denkens (52) und Grundlagenforscher wie Gerd Gigerenzer die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition stärker (53) herausgestellt. Bei Urteilen, die rasch im Bewusstsein auftauchen, dessen tiefere Gründe uns jedoch nicht ganz bewusst sind und die stark genug sind, um danach zu handeln, spielen ein Bauchgefühl, eine Intuition oder Ahnung eine Mitrolle. Menschen seien – Gigerenzer zufolge – im Alltag geneigt, ihren Intuitionen zu vertrauen. Diese Bauchgefühle beruhen auf einfachen Faustregeln oder Heuristiken. ›Faustregeln sind im evolvierten Gehirn und der Umwelt verankert. Durch Nutzung sowohl der evolvierten Fähigkeiten in unserem Gehirn als auch der Umweltstrukturen können Faustregeln und ihr Produkt – die Bauchgefühle – äußerst erfolgreich sein‹ (53:56). An vielen Beispielen, wie z.B. der *Take-the-Best*-Heuristik oder dem Weniger-ist-mehr-Effekt, zeigt er, dass die unausgesprochene These der Rationalität, dass man alle rele-

vanten Informationen sammeln, abwägen und zusammenrechnen müsse, um zu einem endgültigen Urteil zu gelangen, nicht zutrifft. Unter Missachtung aller offiziellen Ratschläge stützen wir unsere intuitiven Urteile oft auf einen einzigen guten Grund (*One-Reason Decision Making*).

Zwischen praxisbildender Metapher und kulturellem System der Medizin: der *Habitus* – die ärztliche Grundhaltung

Ein interessanter Aspekt ist Montgomery's Verweis auf den *Habitus* als lebensweltliche Resultante und gleichzeitige Determinante des Denkens. Unter dem von Pierre Bourdieu (1930–2002) geprägten soziologischen Begriff *Habitus* (23) versteht man die kulturelle Grundformung der Persönlichkeit, das System verinnerlichter und einverleibter Muster und Prägungen, das sich in distinkten Wahrnehmungsformen, Sprache, Geschmack, Kleidung oder Konsumverhalten, aber auch in der leiblichen Dimension, der Gestik, Mimik oder Körperhaltung manifestieren kann. Der weite Begriff *Habitus* ist außerhalb soziologischer Beschreibungen wenig gebräuchlich. Hinsichtlich der Grundformung der Persönlichkeit und des Systems verinnerlichter und einverleibter Muster und Prägungen präferiere ich den im vorliegenden Zusammenhang relevanten engeren Begriff der ärztlichen Grundhaltung, worüber Klaus Dörner (1933–2022) ein sehr lesenswertes Buch geschrieben (54). Die ärztliche Grundhaltung als Kondensat aus charakterlichen Anlagen, Werturteilen, Tugenden und zu Tugenden gewordenen Gewohnheiten (55) ist der Boden, in dem Denkweisen keimen, aus dem sich Denkgewohnheiten entwickeln und zu Denk- und Handlungsstilen heranwachsen; sie fundiert eine ärztliche Ethik, auf die ausführlicher in einem separaten Kapitel des vorliegenden Buchs eingegangen wird.

Literatur

1. von Uexküll Th, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München – Wien: Urban & Schwarzenberg; 1. Auflage 1988, 3. überarbeitete Auflage; 1998.
2. Schachtner Ch. Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1398; 1999.
3. Spiro H. The Power of Hope. A Doctor's Perspective. New York: Yale University Press; 1998.
4. Schipperges H. Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen. München – Zürich: R. Piper Verlag; 1985.
5. Lain Entralgo P. The Therapy of the Word in in Classical Antiquity, edited and translated by L.J. Rather and John M. Sharp. New Haven: Yale University Press; 1970.
6. Geertz C. Dichte Beschreibung. Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur. In: Geertz C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 696; 1987: 7–43.
7. Taylor Ch. Erklärung und Interpretation in den Wissenschaften vom Menschen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag; 1975.

8. Schütz A. Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 92, 6. Aufl.; 1993.
9. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970, 6. Unveränderte Auflage 1999.
10. Lakoff G, Johnson M. Metaphors We Live By. University of Oxford, 1980. Deutsch: Lakoff G, Johnson M: Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 1998.
11. Schmitt R. Metaphern des Helfens. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion; 1995.
12. Kurz G: Metapher, Allegorie, Symbol. 4. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1997.
13. Buchholz MB (Hg.). Metaphernanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1993.
14. Buchholz MB (Hg.). Die Macht der Metapher in Psyche und Kultur. Interdisziplinäre Perspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2015.
15. Buchholz MB. Wie wir Bilder sehen, wenn wir Worte hören. Körper, mentale Kinetik und Metaphern in therapeutischer Konversation. In: Maio G (Hg.). Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin. Freiburg – Basel – Wien: Verlag Herder GmbH, 2017: 51- 101.
16. Polanyi M. Implizites Wissen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft; 1985.
17. Collins H, Evans R. Rethinking Expertise. Chicago and London: The University of Chicago Press; 2007.
18. Collins H. Tacit and Explicit Knowledge. Chicago/London: The University of Chicago Press; 2010.
19. Howick J. Knowledge that versus knowledge how: situating the EBM position on expert clinical judgement (chapter 11). In: Howick J.: The Philosophy of Evidence-Based Medicine. BMJ Books, Wiley-Blackwell, 2011, pp. 158–183.
20. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987.
21. Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg). Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden, 1998.
22. Jorg K, Peseschkian N (Hg.) Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Berlin – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.
23. Bourdieu P. Der Habitus als Vermittlung zwischen Struktur und Praxis. In: Bourdieu P. Habitus und Praxis. Schriften zur kollektiven Anthropologie 2. Berlin: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2316; 2020:361-391.
24. Leiß O. Sprechstunde – Zuhören ist die Seele des Gesprächs. In: Leiß O. Konzepte und Modelle Integrierter Medizin – Zur Aktualität Thure von Uexkülls. Bielefeld: transcript, Medical Humanities Band 8; 2020: 145–176.
25. Leiß O. Was ist, wie geht und wozu braucht es »mindful practice«? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität. In: Leiß O. Konzepte und Modelle Integrierter Medizin – Zur Aktualität Thure von Uexkülls. Bielefeld: transcript, Medical Humanities Band 8; 2020: 177–204.

26. Leiß O. Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Leiß O. Konzepte und Modelle Integrierter Medizin – Zur Aktualität Thure von Uexkülls. Bielefeld: transcript, Medical Humanities Band 8; 2020: 257–272.
27. Merl T. Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021.
28. Freidson E. Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press; 1970, paperback edition 1988.
29. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. New York, NY: Churchill Livingstone; 1997.
30. Howick J. The Philosophy of Evidence-Based Medicine. BMJ Books, Wiley-Blackwell, 2011.
31. Tilburt JC. Evidence-based medicine beyond the bedside: keeping an eye on context. J Eval Clin Pract. 2008; 14(5):721–725.
32. Groopman J. How doctors think. Boston/New York: Houghton Mifflin Company; 2007.
33. Lüth P. Sprechende und stumme Medizin. Über da Patienten-Arzt-Verhältnis. Frankfurt – New York: Herder & Herder; 1974.
34. Foucault, M. Die Geburt der Klinik. Fischer Wissenschaft. Frankfurt a.M. 1988.
35. Endreß M. Michel Foucault: Analyse der Macht der Sozialdisziplinierung. In: Endreß M. Soziologische Theorien kompakt. 3. Aufl. Berlin – Boston: Walter de Gruyter; 2018: 252–270.
36. Endreß M. Talcott Parsons: Handlungsanalytische Systemtheorie. In: Endreß M. Soziologische Theorien kompakt. 3. Aufl. Berlin – Boston: Walter de Gruyter; 2018: 88–111.
37. Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Cotta'sche Buch-handlung; 1966, 11. Aufl. 2010. Originalpublikation: Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness. London, England: Pitman; 1964.
38. Geisler L. Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987.
39. Anschütz F. Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1987.
40. Montgomery K: How Doctors Think – Clinical Judgement and the Practice of Medicine. Oxford – New York: Oxford University Press; 2006.
41. Levinas E. Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg – München: Verlag Karl Alber; 2012.
42. Dewey J. Theorie der Wertschätzung. In: Dewey J. Erfahrung, Erkenntnis und Wert. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1647; 2004, 2. Aufl. 2021: 293–360.
43. Bourdieu P. Habitus und Praxis. Schriften zur kollektiven Anthropologie 2. Berlin: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 2316; 2020.
44. Geertz C. Common sense als kulturelles System. In: Geertz C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 696; 1987: 261–288.

45. Marquard O. Inkompetenzkompensationskompetenz? Über Kompetenz und Inkompetenz der Philosophie. In: Marquard O. Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien. Stuttgart: Phillip Reclam jun.; 1981:23-38.
46. Epstein R. Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York/London/Toronto: Scibner. 2017.
47. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 287(2): 226-335.
48. Graber ML, Franklin N, Gordon RR. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med 2005; 165:1493-1499.
49. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. Am J Med 2008; 121 Suppl: S2-S23.
50. Croskerry P. Context is everything or how could I have been so stupid? Healthcare Quarterly 2009; 12: e171-e177.
51. Croskerry P. From mindless to mindful practice – cognitive bias and clinical decision making. N Engl J Med 2013; 368: 2445-2448.
52. Ciompi L. Die emotionalen Grundlagen des Denkens – Entwurf einer Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1997.
53. Gigerenzer G. Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: C. Bertelsmann Verlag; 2007.
54. Dörner, K: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart, New York: Schattauer. 2001.
55. Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. Acad Med 2014; 89(9):1252-1257.

