

VI DIE ZUKUNFT DER MEDIZIN

Eine der wesentlichen Aufgaben dieser Arbeit besteht darin, einen geeigneten theoretischen Rahmen zu stiften, um die moderne Krankenbehandlung in ihren Erscheinungsformen, Problemen, Krisen sowie Beharrungs- und Entwicklungstendenzen angemessen aufzuschließen zu können.

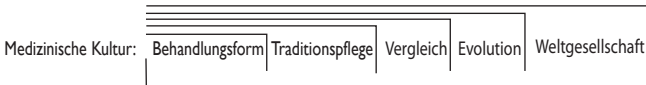
Hierzu war es zunächst nötig, sich von den Selbstverständlichkeiten und alltäglichen Selbstevidenzen medizinischer Praktiken zu lösen und die Krankenbehandlung abstrahierend als eine Kulturform zu betrachten. Nun geht es um die Frage, wie Gemeinschaften mit kranken Körpern umgehen, d. h. wie der hiermit offenbar werdende Naturzustand – das Chaos der Krankheit – in einen Kulturstand überführt werden kann. Auf diese Weise entsteht ein umfassender Blickwinkel, der das Bezugsproblem der Medizin in einer tieferliegenden sozialen und kulturellen Dimension verortet. Medizin und ihre diagnostischen und therapeutischen Praxen gewinnen ihren Sinn aus dieser Perspektive zunächst nur als kulturelle Formen. Ob und welche Krankenbehandlung ›wirklich‹ wirkt, heilt, Leiden mindert oder zu mehr Glück und Lebensqualität führt, erscheint hier als sekundäre Sondersemantik einer medizinwissenschaftlichen Reflexion, die solche Fragen im Einzelfall und dann in der Regel durchaus kontrovers diskutieren kann.

Dass die Reflexion biomedizinischer Evidenz in die moderne Krankenbehandlung einfließt, steht hier außer Frage, doch der erweiterte Blick eröffnet den Raum für eine Betrachtungsweise, welche die Praxis der Krankenbehandlung in seiner Ganzheit umfassen kann, ohne zugleich nach ihrer biophysiological Rationalität fragen zu müssen. Die Krankenbehandlung kann stattdessen nun kulturtheoretisch als Vollzug ihrer sich kommunikativ selbstplausibilisierenden Praxen begriffen werden.

Dieser Blick eröffnet auch ein tieferes Verständnis für die Sinnbezüge all jener Heilverfahren – man denke etwa an die Homöopathie –, deren biomedizinische Evidenz bislang (noch) nicht nachgewiesen ist und für die in vielen Fällen vermutlich nie ein spezifischer physiologischer Wirkmechanismus gefunden werden wird. Diese Perspektive lenkt die Aufmerksamkeit auf all jene vielfältigen Organisationsformen, Stile und Kommunikationsweisen, die mit der Krankenbehandlung einhergehen und in denen komplexere kulturelle Eigenwerte

zum Ausdruck kommen, die sich einer linearen Beschreibung entziehen. Ob man beispielsweise im Falle einer wahrscheinlich zum Tode führenden Krebserkrankung eher auf einen heroischen Heilungsversuch setzt, lieber ein sanftes palliatives Behandlungsregime anstrebt, die epidemiologisch ermittelten Heilungswahrscheinlichkeiten unterschiedlicher Therapieoptionen korreliert oder mit der anthroposophischen Medizin auf eine religiös-medizinische Mischbehandlung setzen mag,¹ sind Fragen, die nicht naturwissenschaftlich, sondern nur mit Referenz auf die jeweilige kulturelle und gesellschaftliche Einbettung der Krankenbehandlung zu beantworten sind.

Eine medizinische Kultur erscheint nun als eine Praxisform, die dadurch instruiert wird, dass sie durch tägliche Anwendung gepflegt wird – nicht mehr und nicht weniger. Ihre Wandlung geschieht dabei unter den Vergleichshorizonten und Reflexionsformen der Weltgesellschaft.



Eine solche ›Kulturalisierung‹ eröffnet die Möglichkeit, die derzeitigen und vergangenen Bewegungen der Medizinmodernisierung selbst als Kultur zu begreifen, und lässt eine soziologische Perspektive anschließen, welche die Evolution der Krankenbehandlung als eine Spezialform kultureller Praxis begreifen lässt, die in Koproduktion mit der gesamtgesellschaftlichen Ausdifferenzierung entstanden ist.

Die Krankenbehandlung erscheint auf diese Weise als ein physiologischer, technischer, sozialer und gesellschaftlicher Komplex, der durch die Gesellschaft, ihre Organisationen, die durch sie formatierten Interaktionen und nicht zuletzt durch ihre technischen Entwicklungen und Möglichkeiten konditioniert wird.

Wenngleich sich in allen menschlichen Gesellschaften – sei es in den afrikanischen Stammesgesellschaften, den Hochkulturen der Antike, den stratifizierten Gesellschaften von Adel und Leibeigenschaft – kulturalisierte Heilpraktiken einer auf Körperveränderung zielenden Heilung finden lassen, zeigen sich Phasenübergänge, in denen bestimmte kulturelle Arrangements fraglich werden, in denen Gesellschaftsstruktur und Semantik in ein Spannungsverhältnis treten, das nach neuen Formen und Arrangements suchen lässt.

In solchen Krisen – im Sinne der mathematischen Chaostheorie lässt sich auch von ›Katastrophen‹ sprechen² – tragen die gängigen

1 Siehe zur anthroposophischen Krebsymbolik Sanchez García (2002).

2 Siehe zur mathematischen Katastrophentheorie Thom (1989).

kulturellen Selbstplausibilisierungen der bisherigen Praxen nicht mehr, die bisherigen Selbstverständlichkeiten kommen ins Wanken und unstetige, sprunghafte Veränderungen, die zu neuen gesellschaftlichen Arrangements führen, werden wahrscheinlich.

Mit Blick auf den Übergang zur modernen Medizin und in Hinblick auf die gegenwärtigen Problemlagen erscheint es hierbei hilfreich, zwischen drei Phasen der Krankenversorgung zu unterscheiden, welche sich jeweils durch eine besondere Qualität ihres gesellschaftlichen Arrangements auszeichnen.³ Erst durch diesen historischen Vergleich wird deutlich, dass die kulturelle Selbstverständlichkeit und die Plausibilität der derzeitigen Institutionen der Krankenbehandlung nicht per se als garantiert und gegeben anzusehen sind.⁴

Krankenbehandlung der Moderne

Der erste Phasenübergang vollzog sich geschichtlich im Übergang von der stratifizierten höfischen Gesellschaft zur modernen Zivilgesellschaft. Er beendete die Phase der überwiegend interaktiv gesteuerten Medizin und läutete die Phase der hierarchisch gesteuerten Medizin ein. Wir begegnen hier der Entstehung der modernen Nationalstaaten, für welche die Gesundheitsversorgung der breiten Masse der Bevölkerung zu einem wichtigen Ziel wurde, um das mit der Entfesselung der wirtschaftlichen Produktivkräfte problematisch werdende soziale Elend zu entschärfen. Über die Einführung von Sozialversicherungssystemen⁵ oder homologer Einrichtungen wurde die politisch-ökonomische Einbettung der Medizin invisibilisiert. Dass die Krankenbehandlung immer auch eine ökonomische und politische Tatsache ist, trat entsprechend in den Hintergrund, sobald das moderne Medizinsystem einmal etabliert und hinreichend ausdifferenziert war.

Zu dieser Zeit wandelte sich die vorrangig privatärztlich ambulante organisierte Behandlung zu einem Gesundheitssystem, in dessen Zentrum das bürokratisch verfasste Krankenhaus stand. Der Patient hatte, wie Rohde treffend feststellt, von nun an keine Stellung mehr, »sondern nur noch eine Lage«.⁶ Die im Rahmen der ›alten‹ Medizin

3 Siehe ausführlich Schubert/Vogd (2008) bzw. grundlegend zu den Problemen der organisierten Medizin auch Saake/Vogd (2008).

4 Ein Teil der hier formulierten Überlegungen sind gemeinsam mit Cornelius Schubert entwickelt worden (vgl. Schubert/Vogd 2008).

5 Das erste Krankenversicherungsgesetz wurde 1883 von Reichskanzler Bismarck in Deutschland erlassen.

6 Rohde (1974, 397).

verfolgte Subjektivierung der Krankheit durch die Erzählung des Patienten wird nun abgelöst durch eine zunehmende Objektivierung der Krankheit in einer hierarchisch organisierten Medizin, die zugleich ein stark asymmetrisiertes Rollenverständnis hervorbringt. Patienten vertrauten den Ärzten, weil sie als ›dritter Stand‹ ihre Gemeinwohlverpflichtung inszenieren und dies im Sinne der wissenschaftlichen Rationalität der Moderne plausibilisieren konnten. Umgekehrt hatte der Patient die entsprechenden Zumutungen anzunehmen, weil dies einerseits als alternativlos vernünftig galt und er andererseits gegenüber der sozialen Gemeinschaft die Pflicht habe, so schnell wie möglich wieder gesund zu werden.

Für die Krankenbehandlung der Moderne erschienen sowohl die bürokratische Organisationsform als auch das paternalistische Rollenverständnis als die funktional angemessenen Formen ihrer Zeit und entsprechend standen sie mehr als ein Jahrhundert kaum zur Debatte.⁷

Als zweiten Phasenübergang können wir die mit den 1980er-Jahren des 20. Jahrhunderts aufkeimende Krise der Gesundheitssysteme in den Industrienationen entdecken, als deren Folge komplexere Verteilungs- und Finanzierungsmodi und nicht zuletzt auch mehr Patientenbeteiligung eingefordert wurden. Wir entdecken hier eine Abkehr von den bürokratischen Selbstverständlichkeiten einer organisierten Medizin, in der dem Arzt in allen medizinischen Belangen Entscheidungsautonomie zugestanden wurde, in der die Kosten der Krankenbehandlung kein Thema waren und die paternalistische Arzt-Patient-Beziehung als kulturell stabilisierter Standard feststand.

Stattdessen beginnen die Verhältnisse fluider zu werden in Richtung dynamischerer Beziehungen, in denen Verantwortlichkeiten von Fall zu Fall ausgehandelt werden können und müssen. Diese – aktuell andauernde – Phase läuft auf eine eher netzwerkförmig gesteuerte Medizin zu. Jenseits der alten Sicherheiten – aber auch Zumutungen – der wohlfahrtstaatlich garantierten Medizin werden den wirtschaftlichen Akteuren, aber auch den Patienten und seinen Angehörigkeiten vermehrt flexiblere Rollenbilder zugewiesen, auf die sich nun auch die Ärzte einstellen müssen.

Patienten erscheinen nicht mehr nur als passiv Erduldende, sondern vermehrt als Kunden, Klienten, Nutzer, aber auch als Koproduzenten von Gesundheit. Sie werden zu Mitentscheidern und zu einer Kontrollinstitution, die ggf. Beschwerdemacht aktivieren kann. Die Patientenrolle steht heute nicht mehr qua formaler Rollenzuweisung fest, sondern ergibt sich je nach Behandlungssetting und Finanzierungsmodalitäten, in denen sich Arzt und Patient gemein-

⁷ Siehe in diesem Sinne dann folgerichtig die Rekonstruktion der Arzt- und Patientenrolle durch Parsons (1951, 428).

sam arrangieren müssen. Zwischen Behandlungsanbietern und Leistungsfinanzierern werden vermehrt selektive Verträge möglich, und die neuen ökonomischen Abbildungsmöglichkeiten (z. B. die DRGs) erlauben komplexere Reflexionen darüber, welche Teile des Behandlungsprozesses zu leisten und welche Aspekte an externe Dienstleister ausgelagert werden können.

11.08.07 19:00

ACE-Hemmer und Husten. ACE-Hemmer sind eines der schlechtesten Produkte für die Bluthochdruck-Behandlung! Durch ACE-Hemmer hatte ich fast Erstickungsanfälle incl. sehr starkes HUSTEN+süßlich schmeckenden Schleim, die Ärzte wussten aber kaum Abhilfe außer „Hustenhemmer“ zu verschreiben.

Erst die eingenmächtige Umstellung auch „Carvedilol Hexal“ (12,5mg = halbe Tablette, am ABEND) und Amlodipin Hexal (2,5mg = halbe Tablette zum Frühstück) brachte Abhilfe.

„Eigenmächtige“ Umstellung durch WECHSELN des Verschreibearztes mit vorangegangener Medikamenten-Informationen im Internet.

Weisenknabe

12.08.07 13:04

aja guter Rat^....Ich bin 19 und muss aufgrund eines Nierenversagens u.a. Ramipril und Bisoprolol nehmen. Ich hab ebenfalls ziemlichen Husten, allerdings is der Trocken. Aber die Ärzte finden das nich weiter schlimm...“...kommt nich davon“...und damit hat sich dann....schlimm heutzutage

HomerJay8860

13.08.07 09:35

Dass ACE-Hemmer sehr gute Blutdruckmedikamente sind, kann eigentlich niemand ernsthaft bezweifeln - der langfristige Nutzen ist vielfach bewiesen.

Reizhusten ist eben einfach eine typische Nebenwirkung dieser Substanzklasse. Die meisten Patienten haben überhaupt keine Probleme damit, manche husten halt etwas und stören sich nicht weiter daran, manche husten so stark, dass man das Medikament dann wechseln muss. Wenn man einen den ACE-Hemmern vergleichbaren Wirkmechanismus möchte, wechselt man auf ein Mittel aus der Gruppe der Sartane - das wird aber in absehbarer Zeit nur noch eingeschränkt möglich sein, weil die Krankenkassen da gerade beginnen, die Dauerschrauben anzuziehen. Ansonsten gibt es ja auch noch Betablocker, Calciumantagonisten undsoweiter...

Grüße

the-caver

13.08.07 11:16

Hallo, The-Caver,

ich möchte dem ausdrücklich zustimmen. Wer ACE-Hemmer gut verträgt und einen leichten Husten hinnimmt, ist damit wirklich gut bedient. Ich habe das nicht ausgehalten, da ich vor allem nachts regelrechte Erstickungsanfälle hatte, und bei mir wurde auf ein bekanntes Sartan gewechselt, das ich ausgezeichnet vertrage. So gut, dass ich es notfalls selbst bezahlen würde, wenn meine Ärztin mal wegen der Verschreibung Probleme mit der Kasse bekäme (was aber bisher nicht der Fall ist). Das sind Kosten von ca. 1 EUR täglich, und das bin ich mir wirklich wert (andere rauchen oder saufen, ich nehme halt mein Sartan)

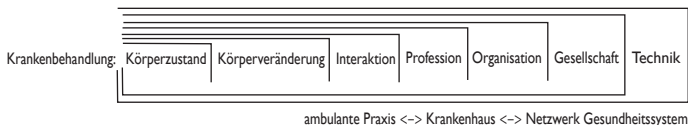
Schönen Gruss

Cha-Tu

<http://www.med1.de/Forum/Blut.Gefaesse.Herz.Lunge/333705>
(download 25. Oktober 2010)

Einiges spricht dafür, dass die Problemlagen in Hinblick auf die gesellschaftliche Organisation der Krankenbehandlungen nicht nur ein temporäres Krisenphänomen darstellen, sondern im Sinne einer ›Katastrophe‹ eine umfassendere kulturelle Rekonfiguration der Krankenbehandlung einfordern werden.

Greifen wir zur abschließenden Diskussion noch einmal die ›Form der Krankenbehandlung‹ auf, die in der Einleitung als eine den Verhältnissen angemessene Modellierung vorgeschlagen wurde. Gehen wir die einzelnen Variablen nochmals durch und schauen, was sich in der ›nächsten Gesellschaft‹⁸ möglicherweise verändern wird:



Die Krankenbehandlung wird mittels dieser formtheoretischen Notierung in einer kommunikationstheoretischen Fassung reformuliert. Um hier nochmals darauf hinzuweisen: Die ›Form‹ darf nicht als eine stufenweise Abfolge sukzessiver Rechenschritte missverstanden werden, entsprechend der die Variablen in einer linearen Verkettung eine nach der anderen abgearbeitet werden. Vielmehr geschieht die ›Berechnung‹ gewissermaßen ›simultan‹ und setzt damit polykontextural kompetente Akteure voraus, welche die durch die jeweiligen

⁸ Hier im Anklang an Baecker (2007a).

gesellschaftlichen Reflexionsverhältnisse präsent gehaltenen Möglichkeitsräume sozusagen parallel vergegenwärtigen und verarbeiten können, um sie dann in einem zweiten Schritt als Lösung dieser Formgleichung jeweils in eine konkrete, den gesellschaftlichen Lagerungen angemessene, unter Umständen einzigartigen Bestimmung zu überführen. Die Modellierung erlaubt damit auf struktureller Ebene eine hohe analytische Durchdringung des Gegenstandes auf einem hohen Verallgemeinerungsniveau, um dann zugleich auf der Ebene des Lösungsraums die vielfältigen Ausdrucksformen der empirischen Verhältnisse würdigen zu können. Wir gelangen hier zu einer Beschreibung, die mit Kontingenz rechnet, für die aber Kontingenz nicht Beliebigkeit bedeutet, sondern einen Raum möglicher Zusammenhänge, die unter spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen Sinn ergeben.

Mit der hier vorgeschlagenen Modellierung gehen wir in Hinblick auf die Frage des veränderungsbedürftigen Körpers davon aus, dass in unterschiedlichen historischen Lagen andere Bezugsprobleme auftreten und entsprechend andere Arrangements gefunden werden, wie die Krankenbehandlung als eine kommunikative körperbezogene Realität verwirklicht werden kann.

Nicht zuletzt – und dies ist eines der wichtigsten Ergebnisse der vorangegangenen Ausführungen – müssen wir davon ausgehen, dass Organisationen, Professionen, Medizin, Recht, Wirtschaft, Politik, aber auch die Wissenschaft ihre jeweils eigenen Selektivitäten erzeugen, die hiermit verbundenen Perspektiven aber nicht zu einer Gesamtrationalität zusammenfinden. Der Ausbau medizinischer Versorgungsangebote führt nicht unweigerlich zu einer höheren Gesundheit, ihre wirtschaftliche Abbildung nicht per se zu kostengünstigeren Behandlungsleistungen und die rechtliche Zweitbeobachtung medizinischen Handelns nicht automatisch zu einer für den Patienten weniger riskanten Medizin. Das Verständnis *komplexer Systeme*, die füreinander in wichtigen Aspekten *intransparent* bleiben müssen, lässt hier vielmehr auf allen Ebenen *paradoxe Effekte* erwarten.

Umso mehr die Medizin durch eine immer genauere Reflexion ihrer Prozesse wissenschaftlich verunsichert, durch Knappheitskalküle wirtschaftlich zugerichtet, durch ihre Verrechtlichung bürokratisiert und durch ihre Verwissenschaftlichung technokratisiert wird, desto mehr entstehen Fehlanreize, welche die ökonomisch, rechtlich und wissenschaftlich abbildbaren Aspekte der Krankenbehandlung mit der Heilung selbst verwechseln lassen. Anstelle der Aufgabe, Krankheit, Leiden und Sterben in einer sinnvollen Weise in die Gemeinschaft zu integrieren, entstehen hier in der Krankenbehandlung nun selbst solche Komplexitäten, die ihren Auftrag, das Chaos der Krankheit in Kultur zu überführen, gerade deshalb konterkarieren,

da nun nicht selten die kultivierte Form der Krankenbehandlung selbst als hochgradig inkohärent, fragmentiert – wenn nicht gar als ›chaotisch‹ – erscheinen muss.

In Hinblick auf die Frage des Designs unserer Gesundheitssysteme stehen wir hier mitten in einer Komplexitätsfalle. Das Wissen um die immer auflösungsstärkeren medizinischen, ökonomischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Beobachtungsmöglichkeiten hindert uns, in der Frage der Behandlung kranker Körper Lösungen zu finden, die hinreichend einfach sind, um das kulturelle Selbstverständnis der Krankenbehandlung als Krankenbehandlung hinreichend zu plausibilisieren.

Interviewer: Jetzt gibt es ja eine Gruppe von Experten, die sucht als weiteren Zwischenschritt homolog zu den DRGs noch andere ›Kästchen‹ für den ambulanten Bereich und dann ist die Idee, gleichsam vom grünen Tisch aus integrierte Versorgungsprodukte zu designen. Was denken Sie über diese Variante?

Peter Scriba: Ich sage jetzt nichts hierzu, aber dafür etwas zu der Idee von Eberhard Wille, wie er das schon im 2007er-Gutachten formuliert hat, soweit ich das jetzt mitbekommen habe. Dem schwebt ja vor, dass man eine regionale ausgehandelte Gesamtvergütung macht, die über alles geht, die also von der Prävention über die Niedergelassenenversorgung, über die Krankenhausversorgung usw. alles pauschaliert und sagt, ›es gibt für so und so viel zigtausend Einwohner dieser Region pro Kopf so und so viel und dafür habt ihr zu sorgen, dass die gesund sind‹. Wie ihr das macht, ist eure Sache. Je ökonomischer ihr das macht, desto vernünftiger ist es, das ganze System, desto mehr bleibt bei euch. Ist ja klar, wenn ich eine Pauschale habe und mit möglichst vernünftigem Ressourceneinsatz – das Einzige, was ich dann haben muss, ist eine wirklich funktionierende Qualitätskontrolle und -sicherung.

Die Frage, ob man das hinkriegt, ob das funktionieren kann, dass man sagt, wir zahlen so, wie es angeblich im alten China gewesen sein soll, dafür, dass die Leute gesund sind, und haben auch die Instrumente an der Hand, das zu kontrollieren, ob die auch wirklich gesund sind, so gesund wie möglich. Das weiß ich auch noch nicht, ob das zu schaffen sein wird. Aber einen Versuch wäre es ja mal wert.

Da besteht dann also so ein Konsortium von der präventiv tätigen Krankenschwester über den Primärarzt oder wie auch immer und die Spezialärzte und die Krankenhausärzte, und alle zusammen haben nur ein Interesse, nämlich den Patienten so gesund wie möglich zu machen und dies mit dem geringstmöglichen und notwendigen Aufwand. Sie verdienen nicht daran, dass sie Leistungen verkaufen, sondern sie verdienen mehr, wenn sie mit weniger Leistung den guten oder ausreichenden Effekt bekommen. Und ich muss dann nur noch eine zuverlässige Kontrolle der Qualität haben.

Interviewer: Klar, natürlich.

Peter Scriba: Und ich meine, insofern ist das Problem überall dasselbe. Ich brauche mehr zuverlässige Qualitätsmessung. [...]

Interviewer: Und dann könnte man sozusagen, wenn man harte Daten hätte, quasi sagen, ihr kriegt ein Budget, sozusagen für den Gesamtauftrag, meinetwegen die Behandlung der Herzinsuffizienz, und dann können die sagen, okay, wenn wir aber mit den Leuten eine gute Prävention oder eine gute Nachsorge machen als eine Tertiärprävention, dann fahren wir ja viel besser, weil wir dann nicht ...

Peter Scriba: Das ist genau die Überlegung, die da der Sachverständigenrat letzten Endes 2007 formuliert hat. Es ist nur methodisch nicht gelöst, das haben wir noch nicht. Da müssen wir noch dran arbeiten. Deswegen sind wir ja dabei. Das ist auch nichts, was man von heute auf morgen in den Griff kriegen kann.

Peter C. Scriba, ehemaliges Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Interview mit dem Autor im Juli 2009.

Krankenbehandlung in der nächsten Gesellschaft

Schauen wir uns die einzelnen Variablen im Hinblick auf einige sich derzeit abzeichnende Lagerungen etwas ausführlicher an.

Der Körper

Allgemein hatten wir formuliert, dass der Körper selbst für die medizinische Kommunikation eine starke Unsicherheitsquelle darstellt, denn die Ganzheit seiner komplexen inneren Prozesse bleibt jedem auch noch so gut informierten Beobachter verborgen. Was wir über unseren oder den Körper eines anderen wissen, das haben wir über Kommunikation erfahren. Der Erfolg der modernen Medizin beruht entsprechend auf der mit der Differenzialdiagnostik entwickelten Interpretationslehre, welche Symptome in kommunizierbare und in Beziehung setzbare Befunde überführen konnte. Die Überführung von Körperunsicherheit in medizinisches Handlungswissen ist dabei jedoch eng an die Expertenrolle eines Arztes gebunden, der im Rekurs auf die biomedizinischen Wissensbestände jene Interpretationsleistungen vollzieht, welche dann die Kontingenzen in Bezug auf die Krankheitsdeutung qua persönlichem Urteil schließen.

Der in Hinblick auf seine innere Komplexität zunächst unbegreifbare Körper konnte hiermit in einen sinnförmig lesbaren Körper umgewandelt werden, der als kommunikativ erzeugter Körper innerhalb der modernen Medizinkultur mehr oder weniger eindeutige Anschlussmöglichkeiten implizierte. Medizin konnte auf diese Weise performativ eine relative Deutungssicherheit in Hinblick auf das, was bei einer bestimmten Krankheit angesagt ist, vermitteln.

Diese Eindeutigkeit medizinischer Kommunikation ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fraglicher geworden. Der eigentliche Grund hierfür liegt darin, dass – wie generell in der ›reflexiven Moderne⁹ – die mit dem Wissenszuwachs entstehenden Reflexionsmöglichkeiten in Bezug auf die Wissensanwendung und Wissensbewertung ihrerseits Unsicherheiten und Unschärfen generieren. Man weiß nun, dass man sich auf Wissen nicht mehr per se verlassen kann und dieses nun zugleich auch in Hinblick auf sein Nicht-Wissen zu reflektieren hat.

In Bezug auf die Reflexion des Körpers kann die Medizin hiermit umgehen, indem sie nun vermehrt Wahrscheinlichkeiten anstelle von Eindeutigkeiten als Ausgangspunkt ihrer diagnostischen Überlegungen nimmt. Man weiß nun, dass Testergebnisse, welche auf eine Krankheit hinweisen, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ›fälschlicherweise positiv‹ sind, und ›kein Befund‹ nicht heißt, dass dann nicht doch noch die vermutete Krankheit vorliegen kann. Auch formal wird nun immer mehr gefordert, dass medizinisches Denken auf Basis von Wahrscheinlichkeitskalkülen abzulaufen habe, um dann entsprechend einer Bayesschen Statistik Risiken und Nutzen von Interventionen besser abwägen zu können.¹⁰ Ob man beispielsweise ein Verfahren zur Krebsdiagnostik anwendet bzw. als Entscheidungsgrundlage nimmt, welches mit dreißig Prozent Wahrscheinlichkeit falsch-positive Ergebnisse liefert, kann dann jeweils nur im Kontext anderer diagnostischer Zeichen beurteilt werden, die dann ihrerseits nur relative und keine absolute interpretative Sicherheit mehr geben können.

Dass man in der Medizin mit Intuition arbeitet, ist an sich nichts Neues.¹¹ Semantisch ergibt sich aber eine bedeutende Verschiebung dadurch, dass die medizinische Kommunikation nun explizit Wahrscheinlichkeiten in ihre Sinnprozesse mit einbezieht. Dieser Prozess ist keineswegs trivial, denn statistische Überlegungen erzeugen, wie

9 Hier natürlich im Anklang an die Arbeiten von Ulrich Beck (siehe etwa Beck 2007).

10 Siehe hierzu die mittlerweile schon klassische Monografie »Medical Decision Analysis« von Weinstein und Fineberg (1980).

11 Siehe etwa Gross (1990) und Ausfeld-Hafter (1999).

Esposito aufzeigt, eine Realitätsverdoppelung, deren fiktiver Charakter zugleich affirmiert wie auch verdeckt wird.¹² So kommt es nicht selten vor, dass die differenzialdiagnostischen Überlegungen auch – wenngleich unwahrscheinlich – für die Möglichkeit einer gefährlichen Erkrankung sprechen, die diagnostischen Prozeduren, mit denen sich dies klären ließe, aber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ebenfalls schwerwiegende Komplikationen erwarten lassen (z. B. ein Herzkatheter). Beide statistischen Fiktionen sind aber dann insofern instruktiv, als dass sie nun ein kommunikativ generiertes Datum erzeugen, das *volens volens* (kommunikativ) weiter bearbeitet werden muss.

Pointiert werden diesbezügliche Unsicherheiten gegenüber dem Körper durch die in den letzten Jahrzehnten entstandenen Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten.¹³

Ob man aufgrund von Wahrscheinlichkeitsüberlegungen seinen Lebensstil tiefgreifend ändern, ein Kind abtreiben oder vorsorglich seine Brust abnehmen soll, weil alle weiblichen Vorfahren bereits an Brustkrebs erkrankt sind, – all dies sind Fragen, die eine Reihe von Entscheidungsproblemen generieren, die nicht mehr nur vom Arzt gelöst werden können. Allein aus rechtlichen Gründen wird die Körperunsicherheit¹⁴ nun (wieder) zu einem kommunikativen Problem, das nicht mehr allein qua Zurechnung auf die ärztliche Expertise beruhigt werden kann. Wie man mit den Wahrscheinlichkeiten bezüglich belastender Krankheiten, behinderter Kinder oder den Folgen riskanter Lebensstile umzugehen hat, kann dann nur – wenngleich an vielen Orten der Gesellschaft verhandelt – individuierend an die Betroffenen zurückgegeben werden. Der Arzt kann hier bestenfalls noch versuchen, seine Risikokommunikation verständlich zu halten.¹⁵

¹² Siehe Esposito (2007).

¹³ Gendiagnostische Verfahren stellen Befunde, die nach dem Muster formuliert sind, mit Wahrscheinlichkeit x wird bis zum Jahr y die folgende Krankheit aufgetreten sein. Die Schwangerenvorsorge mündet in Computerausdrucke, auf denen dann verkündet wird, dass unter Berücksichtigung des Alters der Patientin und der bisherigen Ergebnisse mit z Prozent die Wahrscheinlichkeit besteht, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen. Ebenso kann eine Familienanamnese die Vermutung nahelegen, Erbträger bestimmter Krankheiten zu sein, was dann eine gewisse Vorsorge sinnvoll werden lasse.

¹⁴ Es wird nun sowohl der Sinn als auch der Unsinn präventivmedizinischer Verfahren zu einem gesundheitspolitischen Thema: Man weiß nun, dass Vorsorge und Früherkennung manchmal auch mehr Schaden als Nutzen stiften können. Siehe etwa zur Diskussion des Nutzens und Schadens der Brustkrebsfrüherkennung Mühlhäuser und Steckelberg (2005).

¹⁵ So die Schlussfolgerung von Mata, Dieckmann und Gigerenzer (2005).

Körperveränderung

Die Diskussion um die Körperveränderung in der nächsten Gesellschaft ist durch einen scheinbar paradoxen Befund geprägt. Die Hoffnung auf die gezielte Gestaltbarkeit von Körpervorgängen ist zwar wie nie zuvor gerechtfertigt, dennoch erscheint die gesellschaftliche Zurichtung von Körpern mit ihren wachsenden Möglichkeiten zunehmend problematisch.

Sei es die Transplantation von Organen, die Einpflanzung von künstlichen Implantaten, welche Körperfunktionen ersetzen können, die Leistungen der Intensivmedizin oder die Entwicklung hoch spezifischer Medikamente – die moderne Medizin kann in ihren Grenzgebieten eindrucksvolle High-Tech-Veranstaltungen aufführen und der menschliche Körper zeigt sich vielfach in der Lage, diese teilweise hoch komplizierten Eingriffe zu überleben.

Doch zugleich wird deutlich, dass die Anwendung des medizinisch Möglichen nicht mehr per se als gut oder gesund betrachtet werden kann. So entsteht etwa mit den Möglichkeiten der Intensivmedizin die Frage, wann man die Apparate besser abschalten sollte. So erscheinen als Folgen der Transplantationsmedizin¹⁶ immunologische Abwehrreaktionen, welche den betroffenen Personen das restliche Leben zur Qual machen können. Auch wenn die meisten Akutkrankheiten prinzipiell besiegt werden können, sind hierfür jedoch chronische Krankheiten in Kauf zu nehmen, welche nicht selten die Frage aufwerfen, was schlimmer sei, das Sterben oder das behandlungs- und krankheitsbedingte Leiden.

All dies ist zwar kein Grund, auf medizinische Behandlung im Allgemeinen und High-Tech-Medizin im Besonderen zu verzichten, führt aber zu mitlaufenden Reflexionen, die dann einfordern, vermehrt auch die Schattenseiten der Medizin mitzuführen. Der medizinische Eingriff, ja schon die medizinische Kommunikation kann, wie Illich aufgezeigt hat, mehr Schaden als Nutzen stiften.¹⁷

Man kann sich in Krankenhäusern Infektionen mit multi-resistenten Keimen holen. Chirurgische Eingriffe können schiefgehen. Medikamente können gefährliche oder einfach nur die Lebensqualität beeinträchtigende Nebenwirkungen zeitigen und die Kombination unterschiedlicher Interventionen kann zu Lagerungen führen, in denen es sich nicht mehr auseinanderhalten lässt, ob man eine

¹⁶ Die Institution der Transplantationsmedizin führt auch zu einer Reihe gesellschaftlicher Folgeprobleme, wie Feuerstein (1995) aufzeigt.

¹⁷ Illich (1995).

vorhandene Krankheit oder nur die Folgen und Wirkungen vorangegangener Interventionen behandelt.¹⁸

Da man um all dies heute wissen kann, gilt für die Anwendung medizinischer Praxen, dass man immer weniger umhinkommt, ihre Nebenfolgen mitzureflektieren. Neben die diagnostische Unsicherheit tritt nun die operative Unsicherheit in Hinblick auf unerwartete Begleiterscheinungen. Dem Praktiker bleibt im Sinne eines »Muddling Through«¹⁹ in der Regel nichts anders übrig, als zu probieren. Wenn eine Intervention oder Kombination von Therapieverfahren unerwünschte Wirkungen zeigt, dann versucht man es eben mit einer anderen Variante und schaut, wie der Körper hierauf antwortet.

Das pragmatische Abtasten nach dem *trial-and-error-Prinzip* plausibilisiert sich in der ärztlichen Alltagspraxis zunächst weiterhin recht gut, erscheint aber dann problematisch, wenn kommunikative Kontexte entstehen, welche die Dynamik des Gesamtprozesses zu reflektieren versuchen. So spricht etwa mit Fisher und Welsh auch aus innermedizinischer Perspektive eine Reihe von Gründen dafür, dass ein Mehr an Medizin die schlechtere Medizin darstellt.²⁰ Man laufe Gefahr Pseudokrankheiten zu entdecken – etwa indem man auf Zufallsschwankungen diagnostischer Parameter reagiere –, deren Behandlung möglicherweise erst eine andere, diesmal richtige Krankheit evoziere. Die Schwellenwerte für die Therapieindikation seien oftmals soweit heruntergesetzt, dass die Nebenwirkungen der Therapie mehr schaden, als die neu adjustierten Körperparameter zur Gesundheit beitragen würden. Nicht zuletzt gelte gerade auch für die Medizin, dass je mehr man tun würde, umso eher Fehler wahrscheinlich werden – und all der zusätzliche Aufwand lenke zudem davon ab, sich um die wirklich ernststen Probleme der Patienten zu kümmern.

Spätestens mit den einem biostatistischen Design folgenden epidemiologischen Studien der so genannten *evidence based medicine* treten die hier aufgeworfenen Problemlagen in einer Weise in die medizinische Kommunikation ein, dass sie gesellschaftlich unhintergebar werden.

Selbst über Jahre hinweg massenhaft angewendete und bislang als unbedenklich betrachtete Therapieoptionen können nun einer Revision unterzogen werden, die zu einer Neubewertung der Risiko-Nutzen-Relation führt. Ein medizinsoziologisch illustrierendes Beispiel ist die Hormonersatztherapie. Ein zuvor als natürlicher

18 Siehe hierzu für die reflexive Unsicherheit in der Intensivmedizin die soziologische Studie von Wagner (1995).

19 Goebel (1997).

20 So Fisher und Welsh (1999) in der JAMA.

Wandlungsvorgang betrachteter körperlicher Prozess – nämlich die Menopause – war zunächst durch die Medizin als eine Krankheit konstruiert worden, die im Regelfall durch entsprechende Medikamente zu behandeln sei. Nachdem der medikalisierte Umgang mit den Wechseljahrbefindlichkeiten zum main stream einer Kultur moderner Frauengesundheit geworden war, änderte sich das Bild erneut. Kontrollierte Studien konnten aufzeigen, dass die Hormonersatztherapie im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung zu einer höheren Todesrate führt und zudem als Nebenwirkungen auch andere Krankheiten wahrscheinlicher werden lässt.²¹

Unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen besteht die Bedeutung dieser oder ähnlich gelagerter Befunde für die medizinische Kommunikation jedoch nicht mehr einfach darin, nun auf die zuvor angesagte Therapie generell zu verzichten bzw. insgesamt wieder weniger Medizin zu betreiben.

Anstelle des einen medizinischen Rationals entstehen jetzt Optionen, die entsprechend unterschiedlicher Präferenzen angewählt werden können. Im Falle des vorangegangenen Beispiels liegt es nun an jeder einzelnen Frau, selbst zu entscheiden, ob man die Symptome der Wechseljahre umgehen möchte und entsprechende Risiken in Kauf nimmt oder ob man ohne Intervention in die eigenen Körperprozesse altern möchte. Im Sinne einer Semantik der subjektiven Patientenbedürfnisse und entsprechend individuierter Therapieentscheidungen ist nun im Einzelfall abzuwägen, was man an Körperveränderung anstrebt und was man für Risiken hierfür bereit ist, in Kauf zu nehmen. Die Kultur der Krankenbehandlung *pluralisiert* sich hier gewissermaßen. Unterschiedliche Varianten des Umgangs mit Körperveränderungen werden nebeneinander mit- und weitergeführt und führen zu unterschiedlichen Stilen, in denen dann auch unterschiedliche schulmedizinische Varianten wie auch heterodoxe und komplementärmedizinische Verfahren mit- und nebeneinander angewendet werden können.²²

Frau Schulz, 45 Jahre alt, wurde palliativ ein Rektumkarzinom entfernt. Die Stationsärztin erklärt auf der Chefvisite, dass die Patientin sich noch bei einem Onkologen vorstellen wolle, um eine Misteltherapie anzufangen. Der Chefarzt bemerkt daraufhin zur Patientin, dass dies sie stärken würde, insbesondere wenn man daran glauben würde. Anschließend bemerkt Prof. Strauss auf dem Gang, dass es

21 Writing Group of the Women's Health Initiative (2002).

22 In diesem Sinne spricht Stollwerk auch nicht mehr von alternativmedizinischen, sondern von heterodoxen medizinischen Verfahren, die dann interessanterweise die Schulmedizin in ihrem Prozess der Globalisierung eng begleiten (vgl. Stollberg 1999; 2001)

für viele Patienten wichtig sei, erst einmal einen Ort zu haben, wo sie hingehen können:

Dr. Masur: Und außerdem stellt sie sich in Krankenhaus Südstadt bei einem Onkologen zur Misteltherapie vor.

Prof. Strauss: Das ist gut, das stärkt sie ... vor allem wenn man dran glaubt (mit wohlwollendem Klang in der Stimme)

(Auf dem Gang)

Prof. Strauss: Das ist so, jetzt hat sie einen Halt ... es gibt ja verschiedene Menschentypen, ich bin eher so ein aggressiver Typ ... aber viele wissen dann erst einmal wohin und das ist wichtig.

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, 155f.).

Nicht nur die Frage, ob man seine Krankheit eher riskant und heroisch oder lieber konservativ auf Sicherheit bedacht angehen möchte, wird nun zu einem Entscheidungsproblem, das nicht mehr allein von der Medizin her bearbeitet werden kann, auch der Umgang mit alltäglichen Symptombildern wird nun in eine kontingente Bestimmbarkeit überführt. Man kann so oder so entscheiden, und hat in beiden Fällen positive Erwartungsversprechen mit der Kommunikation potenzieller Gefährdungswahrscheinlichkeiten abzuwägen – und wenn dies dann auch nur heißt, bestimmte Argumentationslinien auszublenden.

Die Frage nach dem Sinn der Körperveränderung verliert nun selbst ihre alte medizinale Eindeutigkeit und wird kulturelles Verfügungsgut der *requisite variety* der zeitgenössischen Gesellschaft.

Ob man eine depressive Stimmung als normal hinnimmt, zu Baldrianextrakten greift oder als Anlass zum medikamentösen Eingriff in den eigenen Serotoninkreislauf ansieht,²³ ob man Unruhe auf der Schulbank und die hiermit verbundenen Konzentrationsprobleme als Anlass zur leistungssteigernden Ritalinmedikation versteht oder die geistige Unruhe den anthropologischen Konditionen von Jugendlichen in demotivierenden Arrangements zurechnet²⁴ – die Grenzen zwischen Enhancement, Life-Style-Medikation und Krankenbehandlung werden fließend.

Von hier aus ist es nur ein kleiner Schritt, die klare Grenzziehung der medizinischen Kommunikation über den Code krank/gesund noch weiter zu öffnen und die Frage der Gestaltbarkeit des Körpers

²³ Wobei auch hier die Wirksamkeitsreflexion keineswegs trivial ist (vgl. Kirsch/Sapirstein 1998).

²⁴ Vgl. Haubl und Liebsch (2008).

vollends vom Krankheitsbegriff zu lösen. Wir begegnen hier einer »wunscherfüllenden Medizin«,²⁵ die auch an der Veränderbarkeit des gesunden Körpers ansetzen kann. Angefangen bei der Schönheitschirurgie, hin zur neurochemischen Modulation des Selbst,²⁶ über eine Reproduktionsmedizin gehend, die beim Nachwuchs mehr Planbarkeit verspricht, bis zur Möglichkeit die körperliche Geschlechtsidentität selbst zu bestimmen²⁷ – die Fragen des Körperdesigns nutzen hier zwar noch die Mittel der Medizin, lösen sich dabei aber radikal von jenen Semantiken, welche der Krankenbehandlung ihre kulturelle Eindeutigkeit gegeben haben.

Wir haben es mit den hier aufscheinenden Optionen nicht mehr nur mit intransparenten Körpern zu tun, die im Krankheitsfalle einer Bestimmung überführt werden können, sondern mit *gestaltbaren* Leib-Körper-Verhältnissen, welche die Zufälligkeiten ihrer eigenen genetischen Prägung zu überwinden beanspruchen – freilich auch hier um den Preis, dass dieses Versprechen weiterhin all jene psychischen, sozialen und körperlichen Unsicherheiten mitführen muss, die dem komplexen und weiterhin intransparenten Körpergeschehen innewohnt.

Die nächste Gesellschaft wird mit der aktiven Gestaltung von Schönheit, sexueller Aktivität und Präferenz, Geschlecht, psychischen Zuständen und körperlicher Leistungsfähigkeit vermutlich rechnen können und mit den sich hieraus ergebenden, möglicherweise verpassten Gelegenheiten wie auch den hierdurch generierten Risiken und Pannen leben müssen. So wie für jeden Leistungssportler die Frage des Dopings eine Option darstellt, die mit ihren Chancen trotz ihrer gesellschaftlichen und physiologischen Risiken unhintergebar bleibt, wird auf die Körper der künftigen Gesellschaft vermutlich vermehrt der Anspruch gerichtet sein, gestaltete Körper zu sein. In einer Welt der machbaren Schönheit wird die Frage der plastischen Chirurgie auch zur Entscheidung über die soziale Identität. In einer Welt, welche neurochemisches Enhancement und Computer-Gehirn-Interfaces zu bieten hat, in der Organfunktionen vielfältig technisch supplementiert und erweitert werden können, erscheint die Selbstselektion von Karrieren auch als eine Frage, die davon abhängen mag, wie man seinen Körper zu gestalten wagt.

25 Siehe Kettner (2008).

26 Vgl. Rose (2003).

27 Man denke hier etwa an die Möglichkeit der Transsexuellen, ihren Körper diesbezüglich mit medizinischer Hilfe anzupassen. Vgl. zur soziologischen Dimension der hiermit durchkreuzten Leiblichkeit Lindemann (1993).

Die Konsequenzen der damit eröffneten Freiheitsgrade – einschließlich der hiermit verbundenen sozialen und psychischen Krisen – sowie die Charakteristika der sich hiermit ergebenden neuen gesellschaftlichen Bezugsprobleme sind gegenwärtig bestenfalls erahnbar. Offensichtlich wird aber die alte instruktive Sicherheit des medizinischen Codes, der eindeutig zwischen krank und gesund zu unterscheiden weiß, nicht mehr tragen. Sich auf körperverändernde Prozeduren einzulassen, wird nicht mehr (nur) durch medizinische Gründe und medizinische Risiken konditioniert sein, sondern vermehrt durch außermedizinische Erwartungshorizonte motiviert werden. Möglicherweise wird der gestaltete Körper gar selbst zum Eigenwert der Gesellschaft anvisiert etwa um – wie Peter Fuchs vermutet – als paradoxe Einheit zugleich als Mittel, Zweck wie auch Gegenstand von Sinnbestimmungen zu fungieren.²⁸

Interaktion

Als »Kommunikation unter Anwesenden«²⁹ zeichnet sich die Interaktion dadurch aus, in hohem Maße sinnliche Prozesse in die Gestaltung und Koordination von Sinn und Bedeutung mit einzubeziehen. Nonverbale Hinweise wie Gesten, Körperhaltungen oder Klang der Sprache treten hier ebenso in die Bestimmung des Sinngeschehens mit ein wie all jene in der Interaktion aktiv eingebrachten oder stillschweigend mitlaufenden dinglichen Vorgänge, welche die Interaktion ihrerseits mitstrukturieren. Der Blick auf die Krankenakte, die

28 Mit Peter Fuchs könnte man gar vermuten, dass der Körper jene paradoxe Form annimmt, um so mehr als lebensweltliches Instrument der Sinnbestimmung zu fungieren, sodass seine Bestimmung fraglich wird: »Bezieht man diese Überlegung zurück auf die Selbstunterscheidung des Bewußtseins, auf diesen reentry der Innen/Außen-Differenz im System, dann ist die Außenseite der internen Bezeichnung ›Bewußtsein‹ (nämlich Körper) uneindeutig geworden, polykontextural wie die Form der Gesellschaft selbst, und aus demselben Grund ist auch das eine, das identitäre Bewußtsein nicht mehr ein-sinnig, sondern viel-sinnig. Es ist nicht mehr einfach ES. Unter dieser Voraussetzung leuchtet es ein, daß im Transit von der stratifizierten zur funktional differenzierten Gesellschaft der eine identitätsorientierende Körper gesucht wird (in unaufhörlichem Reden) und genau damit (in diesem unaufhörlichen Reden) zur Sinnverfügungsmasse wird, die die Suche nach dem Körper sabotiert. Diese Sabotage hat längst begonnen, und deswegen könnte es interessant sein, zu beobachten, welche Sinnmutanten dem variety-pool der Gesellschaft als funktionale Äquivalente des Körpers entnommen werden. Das müßte ja so etwas Paradoxes sein wie unkörperliche Körper« (Fuchs 2009).

29 Vgl. Kieserling (1999).

Spritze in der Hand, der Griff zum Stethoskop, die Verabreichung eines Medikaments, das Betreten des Arztzimmers, sich ›frei‹ machen und sich auf den Behandlungsstuhl setzen oder die Unterschrift unter einer Einverständniserklärung geben – all diese Vorgänge haben in ihrer sinnlichen Evidenz immer zugleich einen instruierenden Charakter für die Krankenbehandlung. Gegenüber anderen Kommunikationsformaten eröffnet die Interaktion eine Vielfalt von Möglichkeiten, Bewusstsein, Wahrnehmung und Kommunikation aneinanderzukoppeln.

Die Kommunikation kann auf diese Weise im Rekurs auf Wahrnehmbares zusätzliche Sicherheiten gewinnen. Dies kann im Sinne der system- und formtheoretischen Perspektive jedoch nicht heißen, dass diesen Prozessen ein von der Gesellschaft unabhängiger Status zugewiesen werden kann. Gesten und technisch gelenkte Wahrnehmungen entfalten nur im Kontext kommunikativ generalisierter Erwartungshorizonte Sinn und Bedeutung.

Mit Stichweh ist hierbei davon auszugehen, dass »die wechselseitige Beeinflussung globaler und lokaler Zusammenhänge an der einzelnen Interaktion ablesbar sein muß – und dies auch dann noch, wenn eine zunehmende Differenzierung der Systemebenen im Verhältnis zueinander postuliert wird.«³⁰ Der weiße Kittel, die Anordnung der Untersuchungsapparaturen, aber auch die Kommunikation von Gefühlen durch Modulation von Stimme und Gesichtsausdruck sind nicht einfach nur Bestandteil von Interaktion. Sie stellen vielmehr universalisierte Skripten einer Weltgesellschaft dar, die nur deshalb medizinische Handlungen und ihre Organisationsweisen als Kultur

30 Stichweh (2000, 17f.). Eine solche Perspektive unterläuft die in den soziologischen Lehrbüchern kanonisierte Unterscheidung zwischen Makro- und Mikroebene, denn das, was in alltäglichen kommunikativen Praxen, insbesondere in Interaktionen, passiert, reaktualisiert zugleich (Welt-)Gesellschaft, und zwar im Sinne der Mehrsystemzugehörigkeit von Ereignissen als funktionale Differenzierung und als Ebenendifferenzierung. Mit der »inklusive Handhabung von Systemreferenzen« (Stichweh 2000, 16) verlassen wir hier die klassische Entweder-Oder-Logik im Sinne des Gesetzes vom ausgeschlossenen Dritten und gelangen zu einem postontologischen Sowohl-als-Auch der Gleichzeitigkeit verschiedener Kontexturen. »Der klassische Vorschlag ist hier der von Niklas Luhmann, Interaktionssysteme, Organisationen und Gesellschaft zu unterscheiden, mit der Implikation, daß ein und dieselbe Interaktion gleichzeitig allen drei Systemen zugleich angehören kann, was dazu führt, daß die wechselseitige Beeinflussung globaler und lokaler Zusammenhänge an der einzelnen Interaktion ablesbar sein muß – und dies auch dann noch, wenn eine zunehmende Differenzierung der Systemebenen im Verhältnis zueinander postuliert wird« (Stichweh 2000, 16f.).

der Krankenbehandlung plausibilisieren können, weil sie uns schon längst als Formate vertraut geworden sind, mit denen wir bereits – etwa durch die Massenmedien – bekannt gemacht wurden.

Natürlich finden in der Arzt-Patient-Beziehung ergebnisoffene Aushandlungsprozesse statt, doch die Ordnung der Krankenbehandlung erscheint mit Blick auf ihre gesellschaftliche Konditionierung nur begrenzt als eine »negotiated order«³¹. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Aushandlungsformate selbst in hohem Maße gesellschaftlich konditioniert sind. Selbstverständlich erzeugt die Interaktion ihre eigenen Freiheitsgrade, die dann beispielsweise genutzt werden können, um abzutasten, was der Patient, der ja in der Regel immer noch zustimmen muss,³² zu ertragen bereit ist, wie die erwartbaren Nebenfolgen der Behandlung plausibilisiert werden können und welche Deutungen angebracht erscheinen, um Misserfolge einzubetten. All dies geschieht jedoch nicht nur im Raum vertrauter Zweisamkeit, sondern auch im Kontext von Recht (»man hat den Patienten aufzuklären«), von Wirtschaft (»welche Ressourcen stehen zur Verfügung«), von gesundheitspolitischen Diskursen (»vom Patient wird mehr Selbstverantwortung erwartet«) und nicht zuletzt vor dem Hintergrund medizinischer Primat (»die Krankheit gebietet einfach ein gewisses Vorgehen«).

Die Interaktion unter Anwesenden steht – wie jede Kommunikation – unter dem Vorzeichen, dass man nicht wirklich wissen kann, was den anderen wirklich treibt. Der Arzt kann sich nicht sicher sein, ob sein Patient so mitspielt, wie es aus seiner Sicht für den Behandlungsprozess notwendig wäre. Umgekehrt kann der Patient nicht wissen, ob all die vorgeschlagenen Maßnahmen wirklich nur im Interesse seiner Gesundheit angestrebt werden oder ob es in der Behandlung nicht auch um anderes – vielleicht um Geld oder um wissenschaftliche Neugierde – gehe.

Die Interaktion verfügt gegenüber anderen Kommunikationsformen über spezifische Eigenmittel, um diese und andere Unsicherheiten zu beruhigen. Ob man dem jeweils anderen vertrauen kann, lässt sich hier auch über nonverbale Hinweise abgleichen. Insbesondere der Arzt wird den Körper des Patienten dann immer auch fühlend, sehend, riechend und hörend beachten, um Mehrdeutigkeiten, die sich aus dem Patientengespräch oder widersprüchlichen diagnos-

31 Siehe zur Idee vom Krankenhaus als einer interaktiv ausgehandelten Ordnung Strauss et al. (1963).

32 Die Grenzfälle, in denen allerdings immer noch die Frage virulent bleibt, welchen Willen man dem Patienten zurechnen könne, sind einerseits die psychiatrische Zwangsbehandlung sowie die auch für bewusste Patienten zuständige Notfallmedizin.

tischen Befunden ergeben, mit dem klinischen Blick abzugleichen. Umgekehrt wird der Patient sehr genau auf nonverbale Hinweise achten, die dann gegebenenfalls darauf hinweisen, dass nicht alles gesagt wird. Der Arzt wiederum kann medizinische Befunde mithilfe sinnlicher Evidenz plausibilisieren, indem er dem Patienten diagnostische Bilder zeigt.

Die Interaktion kann also auf vielfältige Weise dazu beitragen, die Unsicherheiten der Krankenbehandlung zu bewältigen, indem sie auf sinnliche Evidenzen verweist. Umgekehrt eröffnet sie Unsicherheitsbereiche, indem sie neue Mehrdeutigkeiten erzeugen kann, etwa indem unstimmbare Bilder entstehen, in denen die nonverbalen Hinweise in Diskrepanz zu den Rollenerwartungen stehen.

Was ist nun für Interaktion in der Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft an weiteren Besonderheiten zu erwarten?

Generell lässt sich vermuten, dass in Zukunft medizinische Interaktionen noch mehr durch technisch vermittelte Prozesse geprägt werden und diese als sinnliche Evidenzen ihrerseits die Kultur der Krankenbehandlung mitprägen werden. Es ist zwar zu vermuten, dass das Leibliche gegenüber dem diagnostisch konstruierten Körper weiter in den Hintergrund tritt, doch andererseits wird die breite Verfügbarkeit von diagnostischen Bildern und Darstellungen es dem Arzt wohl auch erleichtern, die behandlungsbegleitende Kommunikation zu fokussieren.³³

In Hinblick auf diagnostische Evidenzen können wir derzeit einen Wechsel von analogen zu digitalen Technologien der Datenaufbereitung beobachten. Die Rechenmöglichkeiten des Computers verlagern einen Teil der Dateninterpretation in die Hintergrundprozesse automatisierter Rechenroutinen. Darüber hinaus wird es leichter, die Darstellung zu ästhetisieren und in Form und Farbgebung an die Rezeptionsbedürfnisse des ›Publikums‹ anzupassen. Hierdurch stellt

33 Mit Blick auf den Einfluss bildgebender Verfahren auf die Arzt-Patient-Beziehung gibt es mit Ausnahme der von Kaupen-Haas initiierten Projekte kaum Untersuchungen (Kaupen-Haas 1996). Kirchner stellt in diesem Zusammenhang mit Blick auf die Ultraschalluntersuchung fest, dass die »bildliche Repräsentanz« die »leibliche Repräsentanz« in der Regel »überblendet« und der Patient teilweise völlig »ausgeblendet« wird (Kirchner 1999). Aden kommt hingegen zu dem Schluss, dass die Zentrierung auf das Bild gerade bei schwierigen Patienten als ein sinnvolles »Hilfsmittel für die Arzt-Patient-Kommunikation bewertet werden« (Aden 2004, 171). Die Ultraschalluntersuchung erscheint nun mit Langer (1999) selbst als ein »Kommunikationsmedium«. Es bleibt jedoch offen, inwieweit diese Effekte dem Medium Bild selbst zuzurechnen sind oder in einem eher allgemeineren Sinne nur dem ordnenden Charakter der technischen Prozeduren zuzurechnen sind (vgl. Berg 1996).

sich die Frage nach der interpretativen Beziehung zwischen Darstellung und Dargestelltem in neuer Form,³⁴ denn eine in leuchtenden Farben aufbereitete Grafik entfaltet eine andere visuelle Rhetorik als die verrauschten Grauwerte der analogen Repräsentationen. Im Sinne von McLuhan gehören die aufbereiteten digitalen Bilder zu den so genannten »heißen Medien«,³⁵ welche vom Rezipienten nur noch eine kleine Aufmerksamkeitsspanne und lediglich noch in geringem Maße Ergänzungs- und Vervollständigungsarbeit erfordern.³⁶ Die hierdurch erhöhte Plausibilisierung medizinischer Befunde ist jedoch nur um den Preis einer neuen Intransparenz zu haben. Die Interpretationsleistungen des Computers, der als Mitrechner die Ergebnisse erst erzeugt, bleiben verborgen. Da man nicht wirklich wissen kann, was der Computer in seinen hoch komplexen Algorithmen tut, bzw. auf welche Weise die Artefakte erzeugt werden, bleibt nichts anderes übrig, als diese einfach hinzunehmen, um sich dann ggf. am nächsten, vielleicht anders lautenden Befund wieder umzuorientieren. Da die sinnliche Wahrnehmung nicht negierbar ist, ergibt sich hierdurch dennoch eine Vereinfachung der Interaktion, da diese affirmativ genutzt werden kann (»Bilder und Zahlen« instruieren«), ohne zugleich ihre erkenntnistheoretische Anzweiflung mitführen zu müssen (»Bilder und Zahlen können auch lügen«).

Die Möglichkeiten elektronischer Datenverarbeitung können die Interaktionen innerhalb der Krankenbehandlung aber auch auf andere Weisen beeinflussen:

- Die Präsenz medizinischer Wissensquellen, die frei im Internet zugänglich sind (zu nennen sind hier beispielsweise die Foren von Laien, Angebote von Selbsthilfegruppen, medizinorientierte Portale unterschiedlicher Qualität, aber auch die webbasierten Informationen der medizinischen Fachgesellschaften), lassen den Patienten prinzipiell am Diskurs um die richtige Diagnose- und Therapiestellung partizipieren. Mit den frei und leicht zugänglichen medizinischen Informationen kann die diesbezügliche Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung balanciert werden. Der Arzt steht nun vermehrt Patienten gegenüber, die irgendwoher bereits etwas über ihre Krankheiten, mögliche Behandlungsoptionen und erwartbare Nebenwirkungen erfahren haben. Dies heißt zwar nicht, wie Tez-

34 Coy (2003).

35 McLuhan (2001).

36 Mit Hagner (2006, 164) ist zu vermuten, dass diese Bilder hierdurch einen »anderen epistemischen und kulturellen Status« bekommen. Siehe auch Racine et al. (2006).

can-Güntekin aufzeigt,³⁷ dass hiermit auch die Rollenasymmetrie aufgehoben ist, verkompliziert aber die Interaktion insofern, als dass sich in Zukunft Patienten ihrerseits vermehrt über medizinische Belange eine dezidierte Meinung bilden können und die Ärzte hierauf in der Patientenführung zu antworten haben.

- Darüber hinaus gestatten die modernen Informationstechnologien, örtliche Begrenzungen zu überwinden und den Raum möglicher Partner eines Behandlungsnetzwerkes weit auszudehnen. Einmal digitalisiert, können Krankenakten, diagnostische Bilder oder spezifische Therapieanfragen über räumliche Grenzen hinweg an medizinische Experten weitergeleitet werden. Mit der überwiegend auf digitale Formate beschränkten Telemedizin verschwinden jedoch zugleich die nonverbalen Korrelate einer Interaktion, die auf Kommunikation unter Anwesenden beruht. Eine in dieser Weise formalisierte Rollenbeziehung hat auf die Korrekturmöglichkeiten zu verzichten, welche die sinnlich multimodalen Kontakte einer unmittelbaren körperlichen Präsenz mit sich bringen.
- Nicht zuletzt eröffnen erst die Möglichkeiten der elektronischen Datennetzwerke eine Vielzahl rechtlicher, ökonomischer und gesundheitswissenschaftlicher Anschlüsse, die dann ihrerseits auf die Interaktionen der Krankenbehandlung zurückwirken. Eine elektronische Dokumentation erzeugt veränderte Ansprüche an die rechtliche Absicherung des Behandlungsgeschehens.³⁸ Abrechnungs- und Controllingsysteme, die ein Fallgeschehen als eine Kette unterschiedlicher Leistungsvollzüge abbilden, erzeugen Reflexionslagen, entsprechend denen es wirtschaftlich opportun erscheinen kann, die Krankenbehandlung in unterschiedliche Teilprozesse zu zergliedern, die dann von verschiedenen Leistungsanbietern abgearbeitet werden können. Routinedaten zu Behandlungserfolgen und Misserfolgen können, sobald einmal erhoben, in ›Qualitätsberichte‹ überführt werden. Die Arzt-Patient-Interaktion zerfällt zunehmend in unverbundene Beziehungsfragmente. All diese Optionen lassen neue gesellschaftliche Erwartungshorizonte entstehen, die als Kontexte die Interaktionen der Krankenbehandlung konditionieren. Sobald man weiß, dass Recht, Wirtschaft und Evaluation mit entsprechenden Abbildungsinstrumenten ausgestattet sind, kommt man nicht umhin, die hiermit entstehenden Rationalitäten zu bedienen – und sei es nur im Modus des Als-ob.

³⁷ Tezcan-Güntekin (2010).

³⁸ Im Gegensatz zur Papierakte kann in einem elektronischen System in der Regel keine Rückdatierung und damit keine Anpassung der Fallgeschichte an neue Sachlagen vorgenommen werden (vgl. Berg 1996 bzw. 2008).

Dr. Bauer: »Ehe ich irgendetwas erzähle von dem, was wir dann da vorhaben, von der Therapie, von dem OP-Verfahren, wie auch immer, ist meine erste Frage ›Was wissen sie überhaupt über das, was sie haben und über das, was mit ihnen gemacht werden soll?‹ Dann erzählen mir die Leute eben, was sie über ihr Problem wissen, und ... woher sie ihre Information haben. Ob sie das jetzt von ihrem Hausarzt oder von ihrem niedergelassenen Chirurgen oder aus dem Fernsehen, aus dem Internet oder ... haben.«

Interviewer: »Gibt es bestimmte Patientengruppen, die besonders gut informiert sind?«

Dr. Bauer: »Ja, Akademiker, Lehrer insbesondere. Lehrer wissen ... fordern einen oft heraus. Genau.«

Interviewer: »Wie passiert dieses Herausfordern?«

Dr. Bauer: »Am Anfang ist es so, dass der Patient vor Ihnen sitzt, und Sie erzählen ihm: ›Sie haben das und das und das und wir machen dieses und jenes und das wird so und so gemacht‹. Dann kam manchmal von der Gegenseite der Einwand: ›Moment mal, aber ich habe das und das gehört‹. Ja. Und dann muss man da eben Stellung beziehen. Aber so, wie ich mein Gespräch mit den Patienten führe, indem ich gleich zu Beginn sage, ›Was wissen Sie denn überhaupt von dem, was Sie haben, weswegen Sie hier sind und was gemacht werden soll?‹, nehme ich der ganzen Sache den Wind aus den Segeln und lasse den Patienten erstmal reden.«

Dr. Bauer: »Also wenn's der typische ... ja.. übersensible, besorgte Akademiker ist, dann holt der sich alle möglichen Informationen aus allen möglichen Quellen, leiht sich Bücher aus, fragt irgendwelche Arztfreunde und beliest sich noch irgendwie im Internet und hat dann manchmal eigentlich ein Zuviel an Wissen. Und hat dann nebenher noch andere Dinge gelesen, die als Differenzialdiagnose vielleicht möglich wären, aber er hat nicht das Vorwissen, um die Informationen richtig einzuordnen. Und er möchte Punkt für Punkt diese Sachen abgearbeitet wissen. Und das ist dann immer ... das ist dann immer mühsam ... das Wissen, das er mitbringt ... das durch einen Laien erworbene Fachwissen – muss man sagen – zu ordnen und für ihn plausibel zu machen.«

Interview mit einem Chirurgen. Im Januar 2008 geführt von Hürrem Tezcan-Güntekin (2010, 102ff.).

Informationstechnologien gestatten die Generalisierung und Verteilung neuer Information und erzeugen hiermit eine Flut neuer Informationslagen, die potenziell in medizinische Interaktionen einfließen können, sei es als informierter Patient, die zweite Meinung einer telemedizinischen Konsultation, der Bericht des Controllings oder die in der Presse stehenden Ergebnisse einer Evaluation. Die Interaktion

der nächsten Gesellschaft wird *no lens volens* all die hiermit erzeugten Informationsansprüche zur Kenntnis nehmen, wohl wissend, dass nur sie selbst die Brauchbarkeit und den Wert der von ihr nun gegebenenfalls in Rechnung zu stellenden Informationen bestimmen kann.

Professionen

Auch in der nächsten Gesellschaft wird die Frage des Vertrauens eines der zentralen Bezugsprobleme darstellen, das die Sonderrolle der medizinischen Profession garantieren wird. Die Krankenbehandlung kann – dies hatte schon Parsons gezeigt³⁹ – nur dann als soziales System auf Dauer gestellt werden, wenn der Patient darauf vertrauen kann, dass es vor allem um seine Gesundheit, nicht jedoch um Geld, Politik, wissenschaftliche Experimente oder anderes geht, dieser also davon ausgehen kann, dass die Medizin den ›primären Rahmen‹ der Krankenbehandlung bildet.

Diese Ausgangslage ändert sich auch in der künftigen Gesellschaft nicht, wird aber durch eine Reihe von Lagerungen verkompliziert. Man weiß nun, dass das Lesen und die Deutung des Körpers alles andere als trivial und ihrerseits mit Unsicherheit durchsetzt ist, dass Körperveränderungen Optionen darstellen, deren Nebenfolgen *no lens volens* reflektiert werden müssen, dass ökonomische, rechtliche und organisationale Komplexitäten in den Prozess der Krankenbehandlung eingespiegelt werden und dass auch entsprechende System- und Zweckrationalitäten in Arrangements der Krankenbehandlung eingehen, sodass oftmals die primären und sekundären Rahmungen nicht mehr so genau auseinanderzuhalten sind.⁴⁰

Nicht zuletzt wird in der nächsten Gesellschaft im Internet jederzeit zu all den die Krankenbehandlung betreffenden Problemlagen eine Fülle von Informationen abrufbar sein. Da dabei für den Laien die Grenze zwischen Wissen, Halbwissen und Unwissen unscharf bleibt, also dieser in der Regel nicht über das Wissen verfügt, wie die jeweiligen Informationen zu bewerten sind, bleibt nichts anderes übrig, als sich zwar einerseits durch diese Quellen informieren zu lassen, um jedoch andererseits darauf vorbereitet zu sein, dass die hierdurch erhaltenen Orientierungen sich zu einem späteren Zeitpunkt als obsolet erweisen können, also nichts anderes übrig bleibt, als bereit zu sein, sich gegebenenfalls durch andere Informationen reorientieren zu lassen.⁴¹

39 Parsons (1958b).

40 Siehe hierzu ausführlich Vogt (2004b).

41 Das Internet erzeugt, wie Baecker (2007a) beschreibt, einen anderen Modus im Umgang mit Wissen. Man begibt sich hier in ein Wissen

Mit Blick auf die Besonderheiten des Bezugsproblems ›Vertrauen‹ lässt all dies vermuten, dass der professionelle Akteur in Zukunft bedeutsamer denn je zuvor sein wird. Wenn wir Vertrauen mit Luhmann als eine sinnvolle Komplexitätsreduktion begreifen, die gerade deshalb notwendig wird, da man eben nicht alles wissen und kontrollieren kann,⁴² steht der Professionelle weiterhin performativ für jene unverzichtbare Ressource ein. Nicht nur die alten Unsicherheiten in Bezug auf Körper und Körperveränderung, auch die systemischen Verlegenheiten der künftigen Krankenbehandlung können nur durch die Zurechnung auf die Kompetenz von Personen bewältigt werden, denen man die entsprechenden Fähigkeiten zurechnet und zutraut.

Für den künftigen Arzt kann dabei sicherlich nicht mehr das Modell des alten Patriarchen gelten, der in paternalistischer Manier über den Kopf des Patienten hinweg entscheidet, was für ihn gut ist. Im Zeitalter der reflexiven Unsicherheit geht es hier eher um eine Haltung des gekonnten Umgangs mit Unsicherheiten, wie schon Renée Fox aufgezeigt hat.⁴³

Der ›Arzt der Zukunft‹ wird einerseits moderierend all die vielfältigen Wünsche des Patienten nach Körperveränderung aufgreifen, um dann andererseits in Hinblick auf die Frage, wie der gordische Knoten künftiger Behandlungskomplexitäten zu durchschneiden ist, weiterhin die entscheidenden Vorschläge platzieren. Zudem wird der Arzt auch immer dann die unhintergehbare Anlaufstelle darstellen, wenn der durch das Internet enaktierte Bürger, in seiner Selbstbehandlung nicht mehr weiter kommt.

Wenngleich die ärztliche Profession in Bezug auf Management und Organisation von Versorgungsleistungen wie auch in Hinblick auf Fragen der gesundheitspolitischen Steuerung einen deutlichen Verlust an Macht und Einfluss hinnehmen musste,⁴⁴ reifiziert sich mit dem Rückzug auf ihre medizinische Expertenrolle zugleich ihre Stellung innerhalb des medizinischen Entscheidungsprozesses. Nicht nur die diagnostischen und therapeutischen, auch die rechtlichen, ökonomischen und organisationalen Unsicherheiten sind nur qua Zurechnung auf entsprechend kompetente Akteure entscheidbar. Der Arzt bleibt unersetzbar als Knotenpunkt eines Behandlungsprozesses,

hinein, ohne jedoch auf die Sicherheit von Autorschaft und Institutionen rekurren zu können, welche als Index den Status des jeweiligen Wissens mitführen. Man schwimmt sozusagen nun in einer Flut von Wissensfragmenten, um dann ad hoc jene Informationslagen aufzugreifen, die im Moment weiterzuhelfen scheinen.

42 Vgl. Luhmann (2000d).

43 Fox (1969).

44 Vgl. Hafferty/Light (1995).

in dem oftmals nur auf Basis fragmentarischer Informationslagen entschieden werden kann.

Insgesamt wird zudem eine weitere Ausdifferenzierung der medizinischen und paramedizinischen Berufsfelder zu erwarten sein, die einerseits noch mehr hoch spezialisierte Expertenrollen hervorbringt, dann zugleich aber andererseits auch wieder den Bedarf an komplexitätsmindernder Integration weckt. Offen bleibt dabei die Frage, inwieweit andere Gesundheitsberufe (etwa die Pflegekräfte) angesichts des zunehmenden Bedarfs an Expertise ihre eigene Professionalisierung vorantreiben können, um dann auch vermehrt in den medizinischen Belangen der Krankenbehandlung Beratungs- und Entscheidungsfunktionen zu übernehmen.

Organisationen

Eine der wesentlichen Leistungen von Organisationen besteht darin, jene verlässlichen kommunikativen Kontexte zu erzeugen, die mittels bürokratischer Routinen kommunikative Unsicherheitslagen in vorgefertigte Pfade einspielen lassen. Leitlinien, Akten, standardisierte Formulare, vorformatierte Entscheidungsprotokolle, hierarchisierte Entscheidungspfade sowie zeitlich und räumlich zergliederte, jedoch sequenziell aufeinander bezogene Teilschritte erzeugen Handlungssicherheiten. Auf diese Weise gelingt es, die oftmals komplexen Problemlagen der Patienten in ein durch die Organisation bearbeitbares (Teil-)Problem zu transformieren. Organisationen erzeugen qua Hierarchie verlässliche Prozessstrukturen, die jedoch nur zum Preis der Starrheit und Willkür, welche in ihren Verfahren steckt, zu haben ist.

Die nächste Gesellschaft wird wohl zu ihren Organisationen ein ambivalentes Verhältnis pflegen. Einerseits wird sie weiterhin Organisationen wie Krankenhäuser, Universitätskliniken, Krankenkassen, Ministerien, und korporatistische Verbände benötigen, um verlässliche Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten. Andererseits misstraut sie zunehmend ihren bürokratischen Steuerungsweisen und strebt an, diese durch dynamischere und flexiblere Formen zu ersetzen. Für die alten Organisationen heißt dies vor allem, dass sie in ihren bisherigen Formen der Koordination und Verschränkung von Arbeiten und Teilprozessen fraglich werden. Sei es in Form integrierter Versorgungszentren, der Einführung sektorenübergreifender Disease-Management-Programme oder einfach nur als Überlegung, ob man einen Teil seiner Leistungsprozesse nicht besser an externe Träger auslagern sollte – die Aufgaben und Grenzen der bisherigen organisatorischen Einheiten, einschließlich ihrer Geschäftsmodelle, werden einer gründlichen Revision unterzogen werden.

Wir werden zukünftig vermutlich eine Vielzahl konkurrierender Versorgungsmodelle antreffen, in denen unterschiedliche Finanzierungsträger und Leistungsanbieter wirtschaftlich, medizinisch, aber auch in Hinblick auf Versuche, Qualitätsunterschiede abzubilden, in zugleich kompetitive wie auch komplementäre Beziehungen treten werden.

Die unterschiedlichen Aspekte der Krankenbehandlung – Diagnose, Isolation, Therapie, Pflege und gegebenenfalls Sterbebegleitung – werden vermutlich vermehrt in Behandlungsnetzwerken stattfinden, die aus unterschiedlichen Arrangements organisatorischer Einheiten und Einzelakteuren gebildet werden (etwa indem dann vorbereitende Diagnostik, Akutbehandlung, nachsorgende Pflege und palliativ gelindertes Sterben jeweils von verschiedenen institutionellen Trägern übernommen werden oder Belegärzte die Infrastruktur des Krankenhauses anmieten).⁴⁵

Die Krankenhäuser werden zwar allein schon aus technischen und administrativen Gründen weiterhin ein wichtiges Zentrum der Krankenbehandlung darstellen, werden aber immer weniger ihre Behandlungsprozesse als Ganzes integrieren können. Um hier mit Baecker zu sprechen: »zwischen diesen Zentren, deren Größe von ihrer Fähigkeit zur Entscheidungsfindung abhängt, wird es hochgradig flexible, auf dem Prinzip der losen Kopplung beruhende und sich fallweise neu organisierende Vernetzungen geben, die jeder klassischen Idee der Planung, Kontrolle und Rationalität spotten. Die Organisationstheorie kennt das sich hier einspielende Modell unter dem Stichwort der ›garbage can‹ [...], doch für Krankenhäuser, in denen es wie verzögert auch immer um Leben und Tod geht, ist dieses Modell sicherlich auf der Ebene des Alltagshandelns erprobt, doch auf der Ebene bewussten Organisationsdesigns weitgehend unbekannt«. Die nun heterarchische Organisation der Prozesse wird »Verknüpfungen zwischen verschiedenen Leistungsträgern ermöglichen, die laufend sowohl in kompetitiven als auch in komplementären Beziehungen zueinander stehen und daher, leichter gesagt als getan, sowohl zum Konflikt als auch zum Ausgleich miteinander befähigt sein müssen«.⁴⁶

Mit der Dynamisierung der organisatorischen Grenzen und Beziehungsmöglichkeiten werden jedoch eine Reihe der durch die bürokratischen Routinen beruhigten Bezugsprobleme wieder virulent. Stefan Kühl weist hier insbesondere auf drei Problemfelder hin, die er mit Blick auf die sich dynamisch verschiebenden Organisationsgrenzen und die hier immer wieder neu auszuhandelnden Abhängigkeits-

45 Siehe für die diesbezüglich weiter ausdifferenzierten Verhältnisse in den USA etwa Scott et al. (2000).

46 Baecker (2008b, 56).

verhältnisse als Identitäts-, Politisierungs- und Komplexitätsdilemma beschreibt.⁴⁷

Das Identitätsdilemma referiert auf das Problem, dass durch »die angestrebte Grenzenlosigkeit nach innen und außen (Kundenorientierung)«, die »ganze Organisation ›auseinanderzulaufen‹ und ihren inneren Zusammenhalt zu verlieren« droht. Das Politisierungsdilemma charakterisiert das Problem, dass die bisher durch organisationale Routinen beruhigten politischen Konfliktlagen durch die Dynamisierung der Verhältnisse aufbrechen. Mit der »Selbstverpflichtung« auf »Wandel« entstehen prekäre »organisationsinterne Unsicherheitszonen«, die zu einer »Dauerpolitisierung« interner Prozesse und Entscheidungen« führen können. Das Komplexitätsdilemma schließlich bezeichnet jene Lagerungen, in denen die zunächst durch Bürokratieabbau erreichte »Vereinfachung von Abläufen« die Aufgabe der Koordination von konkreten Arbeitsvorgängen jedoch mit einer »wachsenden Komplexität« auflädt, sodass hier wieder neuer Regelungsbedarf entsteht.⁴⁸

Die Organisationen der nächsten Gesellschaft stehen vor der Aufgabe zu lernen, wie sie mit der Perpetuierung ihrer Krise umgehen können. Sie stehen unter hohem Wandlungsdruck, ihre Identitäten werden fraglich, ihre zuvor beruhigten (mikro-)politischen Lagerungen brechen auf, und nichtsdestotrotz gilt für sie die Aufgabe, weiterhin zu bestimmen, wie sich die Komplexität mehrdeutiger Inputs in eindeutige Handlungsprogramme überführen lassen, wie also verlässliche Routinen erzeugt werden können.

Gesellschaft

Die variable Gesellschaft steht für die funktional differenzierte Gesellschaft als die systemische Errungenschaft der Moderne. Unter anderem konnten sich hier Wirtschaft, Recht, Religion, Wissenschaft, Politik, Erziehung und Medizin als eigenständige Funktionssysteme kommunikativ plausibilisieren und stabilisieren. Möglich wurde dies, indem über spezifische Codes und die hieran anschließenden Programme semantische Engführungen geleistet wurden, welche die kommunikative Selbstidentifikation der jeweiligen Sphären gestatteten und damit eine funktionale Autonomie gegenüber den jeweils anderen Bereichen der Gesellschaft gewährleisten konnten: Die Knappheitsoperationen der Wirtschaft, die juristischen Erwägungen über die straf- oder zivilrechtlichen Konsequenzen eines missglückten

47 Kühl (1994, 11).

48 Kühl (1994, 11).

chirurgischen Eingriffs können nicht die medizinische Rationalität der Indikationsstellung infrage stellen und umgekehrt.

Jedes gesellschaftliche Funktionssystem erzeugt seine eigene totalisierende Weltansicht, die jeweils mit einer hohen kommunikativen Motivationskraft einhergeht. Die Kommunikation von Krankheit durch diagnostische Befunde, von Knappheit durch nicht vorhandenes Geld, Wahrheit durch die Evidenz der Datenlage oder von Rechtmäßigkeit mit Verweis auf Gesetze hat jeweils einen stark instruierenden Charakter. Die kommunikative Eindeutigkeit der jeweiligen funktionsspezifischen Semantiken ist jedoch nur um den Preis zu haben, dass die Semantiken untereinander inkommensurable Orientierungen erzeugen. Medizinische, wirtschaftliche, rechtliche, politische oder wissenschaftliche Primat konditionieren die Krankenbehandlung in jeweils unterschiedliche Richtungen.

Alltagspraktisch stellen die hier aufscheinenden Divergenzen deshalb für die Krankenbehandlung kein Problem dar, weil Organisationen ihre Leistungsvollzüge bislang recht gut von der Außen- und Selbstdarstellung entkoppeln bzw. ihre Aufgaben gegebenenfalls auch im Modus des Als-ob erledigen können. Im Zweifelsfall lässt sich dann von außen nicht wirklich beurteilen, ob beispielsweise angemessen ausgebildete Fachkräfte die Arbeit erledigt haben, die frühen Entlassungen jetzt wirklich medizinisch begründet sind oder ob dann nicht doch insgeheim den Vorgaben eines auf ökonomischen Eigensinn fokussierenden Controllings gefolgt wurde.

Mit Blick auf das Bezugsproblem der inkommensurablen Anforderungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme gilt hier das Primat, dass Organisationen gerade dann gut funktionieren, wenn sie ein Arrangement entwickeln können, indem zugleich hingeschaut und nicht hingeschaut wird, also gegebenenfalls die Dinge im Diffusen gelassen werden, um weiter prozessieren zu können. Funktionssysteme und Organisationen entwickeln sich und differenzieren sich hier gewissermaßen gleichzeitig mit- und gegeneinander aus. Sie treten in eine Beziehung gesellschaftlicher Koproduktion,⁴⁹ in der die Schärfung der mit der funktionalen Differenzierung erzeugten Programmatiken nicht ohne die Entwicklung eines Schutzraums zu haben ist, indem in Referenz auf die eigenen internen Dynamiken entschieden werden kann, ob es in den jeweils aktuellen Situationen primär um wirtschaftliche, rechtliche, wissenschaftliche, medizinische oder andere Fragen geht.

Was bedeutet dies nun aber für die Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft? Mit Åkerström, Asmund und Thygesen ist davon

49 Siehe zur Diskussion der Beziehung von Organisation und Gesellschaft auch Lieckweg (2001) und Vogd (2009b).

auszugehen, dass die Beziehung zwischen Organisationen und Gesellschaft ihrerseits kulturell konditionierten Veränderungen unterliegt. Als wichtige Einflussfaktoren erscheinen hier die Entwicklungen neuer Technologien und gesellschaftlicher Speziesemantiken, welche von Organisationen in Hinblick auf die Ansprüche der Funktionssysteme neue Bearbeitungsweisen einfordern.⁵⁰

Insbesondere die mit der elektronischen Datenverarbeitung entstehenden Möglichkeiten der Datenerhebung, -aggregation und -auswertung ermöglichen eine Ausweitung der funktionspezifischen Programmatiken, die tiefgehend in organisationale Prozesse hineinreicht:

- Betriebswirtschaftliche Abbildungen innerbetrieblicher Abläufe, welche Kosten-Nutzen-Rechnungen an immer kleinere Teilbereiche der Wertschöpfungskette anschmiegen lassen, gestatten eine immer stärkere Ökonomisierung des Arbeitsalltags. Da nun auch in der Krankenbehandlung tendenziell jeder Arbeitsschritt in Hinblick auf Gewinn- und Verlustmöglichkeiten reflektiert werden kann, kann die Knappheitssemantik der Wirtschaft praktisch in alle Bereiche medizinischer Praxis eindringen. Die ökonomisch beobachteten Bereiche ärztlichen und pflegerischen Wirkens lassen sich hiermit systematisch ausweiten.
- Die Etablierung von Leitlinien und (Mindest-)Standards der Krankenbehandlung generieren in Verbindung mit entsprechenden Dokumentationspflichten Aktenlagen, welche die Voraussetzung einer Beobachtung medizinischer Vorgänge durch das Recht darstellen. Die hiermit generierten rechtlichen Abbildungsmöglichkeiten eröffnen beispielsweise Möglichkeiten, medizinische Vorgänge vermehrt unter dem Blickwinkel von Chancen in Haftpflichtprozessen zu reflektieren.
- Die Routineerhebung von Behandlungsparametern eröffnet die Möglichkeit differenzierter gesundheitswissenschaftlicher Reflexionen in Bezug auf die Frage, in welchem Maße bestehende Versorgungsangebote etwa in Hinblick auf Lebensqualität, Mortalität und Morbidität Unterschiede machen. Die hierdurch erzeugten Evaluationen unterziehen die Krankenbehandlung einer Zweitcodierung, in der über die Tatsache der Behandlung hinausgehend nach deren Sinn für die Gesundheit gefragt werden kann. Die Selbstevidenz medizinischer Praktiken wird somit einer wissenschaftlichen Fraglichkeit unterzogen und kann darüber hinausgehend auch an dritte Parameter gebunden werden, etwa an volks-

⁵⁰ Åkerström und Asmund (2007). Siehe mit der Referenz auf technische Einflüsse, die dann ihrerseits in Organisationen »polyphone Effekte« auslöse, auch Thygesen et al. (2007).

wirtschaftliche Nutzenüberlegungen (zum Beispiel als Verhältnis von erwartbarer mit entsprechender Qualität lebbarer Lebenszeit und den pro Jahr anzusetzenden Behandlungskosten).

Innerhalb der Organisation, welche medizinische Dienstleistungen anbietet, lassen sich die mit den detaillierteren Beobachtungsmöglichkeiten formulierbaren Ansprüche der unterschiedlichen Funktionssysteme nicht mehr mit dem Verweis ignorieren, dass die außen stehenden Beobachter keinen Einblick in die Logik der Praxis haben. Dies wird zwar de facto weiterhin der Fall sein, denn die ökonomischen, rechtlichen und evaluativen Abbildungen beruhen auf Surrogatparametern, die die Komplexität der abgebildeten Verhältnisse niemals einholen können. Die Rechtsprechung kann sich nur an der Papierform der Akte, wirtschaftliche Controllingvorgänge nur an kontingenten Kondensationen von qualitativen Prozessen zu Zahlen und die Wissenschaft nur an den weiterhin groben Rastern ihrer unterkomplexen Kausalmodelle orientieren. Doch auch wenn die Landkarten weiterhin nicht das Gebiet darstellen, generieren die durch diese Abbildungen erzeugten Vergleichshorizonte kommunikativ plausibilisierte Faktizitäten, die für die organisationale Kommunikation unhintergebar sind.

Die Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft wird deshalb lernen müssen, mit der Vervielfältigung der Orte ihrer Selbstbeschreibung umzugehen. Ihre Organisationen werden nicht umhinkommen, in sich selbst Orte zu erschaffen, an denen jeweils Reflexionen zur rechtlichen Compliance, zur Gewinn-Verlust-Abschätzung oder zur Evaluation ihrer Prozesse stattfinden können. Zudem wird sie gefordert sein, dem Verhältnis von Selbst- und Fremdbeschreibung mehr Beachtung zu schenken. Die Krankenbehandlung der Zukunft wird öffentlich diskutiert werden. Ihre Prozesse, Leistungen und Nebenfolgen werden in den Medien präsent sein und sie wird auf eine Geschwätzigkeit vorbereitet sein müssen, in der die Grenzen zwischen Laienwissen und Expertise sowie Nicht-Wissen, Halbwissen und Wissen nur noch schwerlich unterscheidbar sein werden.

Nicht zuletzt wird sich die Krankenbehandlung der Zukunft dem Paradoxon zu stellen haben, dass ein Mehr an Möglichkeiten und ein Mehr an Freiheiten zugleich mit einem Mehr an Regulation einhergeht. Da eine spezifische Prozedur einer Krankenbehandlung an sich wertlos, für einen kranken Menschen, der sie braucht, jedoch einen unermesslichen Wert darstellt, wird sich die Einsicht durchsetzen, dass sich innerhalb der Medizin das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nicht allein über den Markt austarieren lässt. Die Kombination der wohl weiterhin anwachsenden Therapiemöglichkeiten mit der verstärkten Reflexion medizinischer Leistungen unter dem Blick-

winkel von Knappheit und dem rechtlichen Primat der körperlichen Unversehrtheit lässt jeden gesundheitspolitischen Reformversuch, der hier zu sehr auf eindeutige Bestimmung setzt, ins Scheitern laufen.

Das Eindringen von Knappheitskalkülen in die wohlfahrtsstaatlich organisierte Krankenbehandlung lässt vermuten, dass in Zukunft vermehrt mit dem *cross over* der funktionsbezogenen Codes experimentiert wird. Es wird dann nicht mehr nur anhand medizinischer Kriterien entschieden werden, was an Körperbehandlung als notwendig erachtet wird. So wie Gesundheitspolitik am unteren Ende des Spektrums Bagatellkrankheiten rechtlich als Nicht-Krankheiten behandeln kann, indem man sie, gegebenenfalls wissenschaftlich begründet, aus dem Leistungsspektrum einer kassenfinanzierten Behandlung streicht, lässt sich auch die Körperveränderung am oberen Ende des medizinischen Leistungsspektrums als life-style-bezogenes Zusatzangebot aus dem Bereich des medizinisch Notwendigen auslagern. Hier schließt sich dann auch das wachsende Feld einer wunscherfüllenden Medizin an, deren Dienstleistungen zwar medizinische Verfahren und Erkenntnisse nutzen, die mit ihren Versprechungen aber nicht mehr auf die Behandlung des kranken, sondern auf die Gestaltung des gesunden Körpers zielen.

Die Durchkreuzung medizinischer, politischer, wirtschaftlicher und life-style-bezogener Diskurslinien birgt jedoch auch einige Konsequenzen für den semantischen Haushalt der Gesellschaft:

- Die Distinktionskraft des medizinischen Codes wird schwächer, wodurch die semantische Selbstplausibilisierung der Krankenbehandlung als einer primär medizinisch begründeten Veranstaltung unterlaufen wird. Es wird unklarer, welche Motive in Hinblick auf das Für und Wider einer Behandlung zu erwarten sind.
- Die Durchkreuzung der funktionsspezifischen Codes begünstigt die Repolitisierung zuvor beruhigter Konfliktfelder. Die korporatistische Steuerung konnte sich noch als ein Vermittlungsprozess plausibilisieren, der durch funktionsspezifischen Sachverstand der unterschiedlichen Akteursgruppen getragen wird und in dem medizinische, wissenschaftliche, wirtschaftliche und politische Rationalitäten trotz ihrer jeweiligen Eigenlogik zu einer sinnhaften Gestalt zusammenfinden. Die brisante Frage nach dem politischen Charakter medizinischer, wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Begründungszusammenhänge war hier zwar prinzipiell nicht aufgehoben, blieb aber im Latenzbereich verdeckter mikropolitischer Spiele verborgen.⁵¹ Dieses Arrangement wird jedoch fraglich, so-

51 Siehe aus dieser Perspektive etwa zum gemeinsamen Bundesausschuss Urban (2001).

bald auch medizinische Fragen explizit einem politischen Versuch ihrer Neudefinition unterzogen werden. Während mit der gesundheitspolitischen Formel »Rationalisierung statt Rationierung« noch suggeriert werden konnte, dass das Medizinische durch die politischen Reforminitiativen unberührt bleibt, ergibt sich mit den Debatten um Priorisierung und Reduktion der Leistungsangebote schnell eine Situation, in der das vermeintlich Rationale als politische Entscheidung thematisiert wird. Der Abbau von Über- und Fehlversorgung kann nun auch als Einstieg in die Zweiklassenmedizin gelesen werden, in der dann nicht mehr für alle eine medizinische Versorgung nach dem *state of the art* garantiert sein wird. Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds, der die Zahlungen an die Krankenkassen bündelt, kann dann – je nach politischer Ausrichtung – als der Einstieg in die oder der Ausstieg aus der Staatsmedizin verstanden werden. Die Einrichtung unabhängiger Institute zur Einschätzung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen lässt sich gleichzeitig auch als politischer Interventionsversuch gesundheitspolitischer Interessenlagen lesen und wird entsprechend auch seitens der pharmazeutischen Industrie, der Ärztevertreter und der politischen Parteien so behandelt.⁵² Indem die alten Selbstverständlichkeiten der Steuerung der Krankenbehandlung fraglich werden, wächst zugleich der Keim zur Politisierung all der hiermit aufgeworfenen Fragen. Die Selbstplausibilisierung einer Medizin, der es nur um das Medizinische, einer Wirtschaft, der es nur um das Wirtschaftliche, sowie einer Wissenschaft, der es nur um das Wissenschaftliche gehe, würde hiermit ins Wanken kommen.

- Dies hat auch professionssoziologische Konsequenzen. Ein Arzt verkörpert als Vertreter seiner Profession, das medizinisch Notwendige zu unternehmen, hierfür ein angemessenes Honorar zu erhalten, dafür aber zugunsten des Gemeinwohls von individuellem Gewinnstreben abzusehen. Die Semantik einer klaren Trennung von Geschäftsmann und professionellem Akteur wird jedoch unterlaufen, sobald dieser auch beginnt, Leistungen zu verkaufen, die seitens der Sozialpolitik als »medizinisch nicht notwendig« indiziert wurden und entsprechend aus der wohlfahrtsstaatlichen Finanzierung ausgeschlossen worden sind.⁵³ Die Engführung ärztlicher Praxis auf medizinischen Nutzen wird nun in Richtung der Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen aufgeweicht. Einerseits wird hiermit die Semantik der ärztlichen Selbstbeschreibung

52 Siehe hierzu etwa die politischen Folgeprobleme, welche die Frage nach der angemessenen Leitung des IQWiG mit sich bringt.

53 Siehe für Deutschland die so genannten IGeL-Leistungen.

als ›gemeinwohlorientiert‹ durchkreuzt, andererseits das Vertrauen in den Wohlfahrtsstaat, da der Verdacht nicht ausgeräumt werden kann, dass die ausgeschlossenen Leistungen für eine angemessene Krankenbehandlung nicht doch notwendig seien.

All dies lässt vermuten, dass auch für die Krankenbehandlung die Zeit ihrer gesellschaftlichen Eindeutigkeit vorbei ist, dass zwar einerseits nach neuen wohlfahrtsstaatlichen Arrangements gesucht wird, um hier wieder zu stabilen Eigenwerten zu gelangen, man aber andererseits weiß, dass man sich dabei nicht mehr allein auf die Eigenleistungen der Funktionssysteme verlassen kann, da – gerade weil sie mittlerweile so stark ausdifferenziert und so leistungsfähig sind – ihre totalisierenden Perspektiven Nebenfolgen mit sich bringen, welche die Gesellschaft *nolens volens* in Reflexionsverlegenheiten bringen, die nicht mehr im Sinne der Suggestion einer gesellschaftlichen Gesamtrationalität beruhigt werden können.

Man muss nicht so weit gehen, sich ein Szenario vorzustellen, entsprechend dem es in naher Zukunft möglich sei, alle Krebserkrankungen erfolgreich zu behandeln, dies aber nur um den Preis möglich wäre, dass hierfür die Hälfte des Sozialproduktes eines Landes aufgewendet werden müsste, um zu ahnen, dass die Bedingungen, welche die breite Institutionalisierung der Krankenbehandlung zu Beginn des 20. Jahrhunderts ermöglichten, nicht mehr die Konditionen darstellen, welche die Krankenbehandlung unter dem Stern einer High-Tech-Medizin im Zaum halten wird. Die nächste Gesellschaft wird entsprechend erst noch herausfinden müssen, was der Anspruch ›Gesundheit für alle‹ für sie bedeuten kann.

Technik

Technologische Innovationen können als einer der wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen angesehen werden.⁵⁴ Zudem mag man die mit ihnen verbundene weitere Medikalisierung der Gesellschaft aus kulturkritischer Perspektive infrage stellen. Alles dies hebt jedoch nicht die Vision aus, in Zukunft Krankheit, Tod und Leiden noch besser bannen zu können.

Auch die nächste Gesellschaft wird hier mit neuen, faszinierenden Versprechungen aufwarten. Pharmazeutika, die gezielt in Wachstums- und Zelldifferenzierungsprozesse eingreifen können, der Transfer von Genen, sowie Prothesen des Zentralnervensystems und künstliche Sinnesorgane werden in den Bereich des Möglichen rücken.⁵⁵

54 Vgl. Bodenheimer (2005b).

55 Siehe zur Diskussion der derzeitigen Möglichkeiten und deren sozialen

Die künftig möglichen Optionen der Körperveränderung werden die Grenzen zwischen Krankenbehandlung und Enhancement, Therapie und Körperdesign weiter verschwimmen lassen. Organsupplemente auf Basis technischer ‚Servonen‘,⁵⁶ Gehirn-Computer-Interfaces und die Aufzucht von neuen Gewebezellen in Laborkulturen werden es gestatten, körperliche und geistige Funktionen zu supplementieren.

Die damit eröffneten Möglichkeiten werden die alten Sicherheiten in Hinblick auf das, worin die Identität des Menschen besteht, fraglich werden lassen. Die Machbarkeit von Fleisch-Maschine-Hybriden wie auch die Möglichkeit biochemischer Eingriffe in die menschlichen Entwicklungsprozesse werfen die Frage nach den Grenzen des Selbst und der Natur des Menschen nicht nur theoretisch,⁵⁷ sondern alltagspraktisch als lebensweltliche Problemlage auf.⁵⁸

Die biotechnischen Potenziale der nächsten Gesellschaft erzeugen auf Ebene der beteiligten psychischen und sozialen Systeme Dilemmata, die nicht einfach durch Verbote oder moralische Affirmation beruhigt werden können. Die vielen Sprecher und Beobachter der Gesellschaft werden in den hier anstehenden medizinethischen Reflexionen nicht mehr mit einer Stimme sprechen können. Zu komplex sind im Einzelfall die Entscheidungslagen, als dass die – nicht selten alle Beteiligten überfordernden Fragen – eindeutig entschieden werden könnten. Auch den Ärzten wird hier letztlich nur noch übrig bleiben, den Beteiligten ›individualisierend‹ die Verantwortung für die von ihnen angestrebten Körperveränderungen zuzuweisen.

Nicht zuletzt wird künftig auch die Frage des Todes vermehrt in den Bereich des Wählbaren rücken. Da den Zerfallsprozessen des Körpers immer mehr durch technische und biologische Supplemente entgegengesteuert werden kann, damit aber nicht die Zumutungen an das Leiden an dem durch die therapeutischen Interventionen entstellten Leib aufgehoben sind, werden sich die derzeit diskursiv noch geltenden ethisch moralischen Schranken in Hinblick auf die Erfüllung von Sterbewünschen wohl verflüssigen. In Anbetracht der nun überdeutlich werdenden Schattenseiten einer Medizin, die in der Lage sein wird, in beinahe jeglicher Krisenlage Leben zu ret-

und ethischen Konsequenzen Merkel et al. (2007).

56 Siehe zu Servonen als in den Körper integrierte technische Hilfsmittel in einer umfassenderen, auch psychosozialen Reflexion Allert und Kächele (2000).

57 Siehe zum Cyborg aus kulturkritischer Perspektive Engelmann (1998).

58 Unter der Voraussetzung, dass das Selbstempfinden eine leibliche Basis hat, ergeben sich hier auf Erfahrungsebene tiefe Verstörungen. Siehe etwa zur phänomenologischen Reflexion der Erfahrung einer Lebertransplantation Varela (2001).

ten, hierfür aber den Betroffenen zumutet, Monate, Jahre oder gar lebenslang mit verstümmeltem Körper umgehen zu müssen,⁵⁹ wird die Entscheidung zur Lebensverweigerung vermehrt eine moralisch akzeptable Alternative darstellen.

Die Medizin der Zukunft wird zudem den leiblichen Körper mittels einer genetisch und biostatistisch informierten Prognostik mit einem virtuellen, jedoch kommunikativ hoch wirksamen ›Risikokörper‹ überzeichnen. Sei es in der Kalkulation von Versicherungsprämien, in der pränatalen Diagnostik oder in der Wahrnehmung von Karriereentscheidungen – der Wahrscheinlichkeitstheoretisch verdoppelte Körper eröffnet eine Vielzahl von kommunikativen Anschlüssen. Hierauf werden Recht, die Politik, die Religion und die Wirtschaft unterschiedliche beobachterabhängige Antworten finden. Patienten und Ärzte werden nicht umhinkommen mitzureflekieren, dass ein Sich-auf-Risikosemantiken-Einlassen seinerseits Risiken birgt, denen man sich oftmals nur noch durch Verweigerung gegenüber der ›Gesellschaft‹ entziehen kann.

Die Patienten der nächsten Gesellschaft werden zum Koproduzenten ihrer Gesundheit. *Smart devices*, mit denen sie einen Teil der diagnostischen Arbeit übernehmen können, computerbasierte Entscheidungssysteme, auf deren Basis sie abwägen können, welche Schritte im Netzwerk der Krankenbehandlung als nächstes opportun sind – der Patient und seine Angehörigen werden nun zum »Prosumenten«⁶⁰ eines Behandlungsprozesses, zu dem sie vermehrt Eigenarbeit beizutragen haben. In den Netzwerken der Krankenbehandlung wird man allein schon deshalb versuchen, sie als ›Mitarbeiter‹ zu enactieren, um die Arbeitslasten der professionellen Akteure zu reduzieren.

Die Medizin der Zukunft wird in der Internetgesellschaft stattfinden, was bedeutet, dass die Diskussionen über die Chancen und Nebenfolgen von Körperveränderungen sowie die hieran anschließenden Diskurse auch für Laien frei zugänglich sein werden.

59 Dies wird aber nur zum Preis der Verstümmlung körperlicher Formen, kaum ertragbarer therapeutischer und rehabilitativer Zumutungen, unberechenbarer psychosozialen Lagerungen zu haben sein. Man denke hier etwa an die jetzt schon deutlich werdende Problematik der Rettung von Brandopfern, die dann neben der körperlichen Entstellung mit unvorstellbaren Schmerzen sich an ein Leben mit neuer Haut zu gewöhnen haben. Vgl. Johnson/Neffe (1991).

60 Der Begriff ›Prosument‹ stellt ein Kunstwort dar, das Toffler (1990) geprägt hat, um die in vielen Dienstleistungsbereichen zu beobachtende Auslagerung von Produktionsprozessen in den Konsumentenbereich zu beschreiben.

Ärzte werden zwar wohl weiterhin die zentralen Vertrauenspersonen in Hinblick auf die Frage der Bestimmung und Geltung medizinischen Wissens darstellen. Doch in Bezug auf die Frage, ob man im konkreten Falle weiter Medizin anwenden solle, wird man sich aufgrund der unhintergehbaren Orientierung der Ärzte an der Medizin nicht mehr allein auf sie verlassen wollen, da die Schattenseiten der Krankenbehandlung allzu offensichtlich geworden sind, als dass man sich allein ihrer Perspektive anvertrauen möchte. Nicht zuletzt wird deshalb den Patienten eine wichtige Rolle zukommen, Darstellungen und Berichte zu ihren Erfahrungen mit Körperveränderungen anzufertigen, die als kommunizierte ›Authentizität‹ anderen Patienten lebensweltliche Orientierungen anbieten können.

Im Wissen um die Grenzen der Medizin, die Kontingenzen des Wissens über die Krankenbehandlung und die Paradoxien einer nicht einmal mehr in ihren Fortschrittsversprechen zur Einheit findenden Gesellschaft wird hier oftmals nichts anderes übrig bleiben, als in den Gegenwart massenmedial vermittelter Informationsströme zu schwimmen, um sich im Kranken wie auch im Gesunden situativ von einer Lebenslage zur anderen hin auszurichten.

Die Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft

Die Krankenbehandlung konnte innerhalb der Moderne recht stabile Rollenidentitäten ausbilden. Die Krankenbehandlung erschien dabei zugleich als evolutionäres Produkt einer Weltkultur, deren ›Rationalitätsmythen‹⁶¹ sich in jenen Rationalitätsversprechen gründet, das die funktionale Differenzierung unserer Gesellschaft vorangetrieben hat. Sich als Patient im Sinne Parsons' Rollenbeschreibung vertrauensvoll auf den Arzt einzulassen, erschien ebenso rational und alternativlos wie die Bewegung der internationalen Standardisierung und Angleichung medizinischer Praxen.

Die alte Krankenbehandlung stellte gut hundert Jahre lang eine plausible Antwort auf das Bezugsproblem dar, wie das Chaos kontingenter körperlicher Zustände in Kultur überführt werden kann.

In der nächsten Gesellschaft wird jedoch die Beziehung zum Körper, die zunächst durch die hohe Plausibilität der medizinischen Pra-

61 Der Begriff ›Rationalitätsmythos‹ referiert hier mit Meyer (1977) auf den Befund, dass man zwar Ziele und Programme rational verfolgen kann, die Rationalität der Ziele selber (z. B. die Rationalität der Standardisierung) nicht beweisbar ist und damit nur einen Mythos darstellen kann. ›Rationalitätsmythen‹ verweisen hier auf eine Kultur des Rationalen, die sich bei genauerem Hinsehen jedoch eben auch nur als Kultur entpuppt, da sich übergreifende Rationalitätskriterien nicht finden lassen.

xen der Moderne kommunikativ beruhigt schien, gerade durch die wachsenden technischen Möglichkeiten der Medizin in ein neues Unsicherheitsfeld überführt. Die künftige Medizin erzeugt nicht mehr nur den einen Sinn, an dem sich unter dem Primat des Lebens und der Gesundheit ihre Vollzüge am Versprechen der Moderne kulturell gleichgerichtet abarbeiten können.

Der veränderbare Körper wird nicht mehr in einer binären Matrix verharren können, die nur einen Weg kennt, von krank zu gesund zu gelangen. Er wird zu einer Vielheit unterschiedlicher kommunikativ generierter Körper ausgefaltet sein und auch seine Veränderungsoptionen werden – mit all den hiermit verbundenen Gefahren und gesellschaftlichen Nebenfolgen – ebenfalls diversifiziert sein. Auch die Arzt-Patient-Interaktion wird entsprechend durch polyphone Erwartungshorizonte überlagert sein, da nicht zuletzt auch der Patient als ›Prosument‹ aktiv an seiner Selbstdiagnostik und der Suche nach den ihm angemessenen Behandlungsoptionen beteiligt sein wird.

All dies wird im Kontext von Organisationen und Behandlungsnetzwerken geschehen, die selbst fraglich werden und unter Wandlungsdruck stehen. Es wird unter genauer Beobachtung gesellschaftlicher Kontexte stattfinden, in denen sowohl auf Knappheit als auch auf (straf- und zivil-)rechtliche Konsequenzen hin reflektiert wird. All dies wird sich in einer Gesellschaft zutragen, die auf allen Ebenen zu begreifen lernt, dass die großen, eindeutigen Lösungen nicht mehr tragen und man im Sinne der *requisite variety* vielleicht gut beraten ist, auch in Hinblick auf die Krankenbehandlung wieder kulturelle Vielfalt zu wagen, anstelle sich nur einer Lösung zu verschreiben.

Die Büchse der Pandora ist längst geöffnet worden. Die Frage nach den Grenzen der Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen wird erneut zum Spiel polit-ökonomischer Aushandlung. Die Frage, welche Optionen einer wunscherfüllenden Medizin man unseren oder den (ungeborenen) Körpern unserer Kinder zugestehen oder zumuten soll, ist längst der Medizin enthoben und bereits den kulturellen Inseln diversifizierter Lebensstile überantwortet worden. Auch die verstörende Frage, inwieweit man den Tod im Angesicht des durch den medizinischen Fortschritt produzierten Leidens als eine medizinisch wählbare Behandlungsoption anzusehen hat, lässt sich nicht mehr moralisch oder religiös mit dem Verweis auf den Vorrang des Lebens bzw. die gesellschaftlichen Risiken von Euthanasie beruhigen.

All dies lässt erwarten, dass die bisherige Form der Krankenbehandlung in einer tiefen Krise steckt und damit erneut dem Prozess ihrer kulturellen Neuaushandlung übergeben wird. Wir stehen derzeit vermutlich erst am Anfang dieses Prozesses. Doch die in allen reichen Ländern beobachtbaren und mehr oder weniger hilflosen Versuche die Krankenversorgung zu reformieren, weisen darauf hin,

dass die Revision ihrer kulturellen Selbstverständlichkeiten längst im Gange ist.

Wenn die hier formulierten Überlegungen richtig sind, wird es kein Zurück mehr geben, denn gerade der Fortschritt in der Medizin hat zugleich den Raum ihrer Möglichkeiten um die Reflexion ihrer Kontingenzen eröffnet. Natürlich gebietet die Vernunft, weiterhin bei ernsthafter Krankheit medizinischen Rat einzuholen, doch was dies in Zukunft bedeutet, darüber besteht keineswegs mehr die eine sich hinreichend selbst plausibilisierende kulturelle Gewissheit.

Die Frage nach der Kultur der Medizin – lange durch das Rationalitätsversprechen ihrer Verwissenschaftlichung verdeckt – wird hiermit wieder virulent. Im Verstehen, dass die Krankenbehandlung eine kulturelle Schöpfung einer Wirklichkeit darstellt, gewinnt sie wieder eine ästhetische Dimension. Die Medizin kann sich nun nicht mehr auf objektive Wahrheiten zurückziehen, sondern beginnt zu reflektieren, in welcher Weise ihre Kommunikationsangebote in eine ästhetische Resonanz zum Design der gegenwärtigen Gesellschaft treten. Oder anders herum: Wir kommen nicht umhin, uns damit zu beschäftigen, in was für einer medizinischen Kultur wir uns jeweils einrichten wollen.

Zusammenschau

Die Aufgabe dieser Abhandlung besteht darin, einen Rahmen für ein tieferes soziologisches Verständnis der Krankenbehandlung aufzuspannen, um diese an jene gesellschaftlichen Bedingungen rückzubinden, denen sie sich verdankt.

Hierzu ist es notwendig, die Krankenbehandlung als eine besondere Kulturform zu betrachten. Die medizinische Kultur erscheint entsprechend als eine Praxisform, die dadurch instruiert wird, dass sie durch ihre tägliche Anwendung gepflegt wird. Im Rekurs auf die Ethnomedizin hieß dies zunächst nur, dass »Heilen die Ausgrenzung von Chaos darstellt« und hiermit »der unregelmäßige krankheitsbedingte ›Natur‹zustand in einen ›Kultur‹zustand überführt und damit handhabbar gemacht« wird.⁶²

Die physiologisch wirksamen Aspekte der Krankenbehandlung erscheinen jetzt sozusagen nur noch als die Spitze eines Eisberges. Natürlich operiert Medizin auch in diesem Sinne, doch unterhalb ihrer körperlichen Wirkungen liegt ein komplexes Geflecht sozialer Praxen, in das all jene Kontingenzen eingebettet sind, durch welche sich kulturelle Formen auszeichnen. Erst über diese – sozusagen

62. Siehe Diesfeld et al. (1993).

tiefergelegte – Beschreibungsebene medizinischer Wirklichkeit kann eine angemessene Rekonstruktion medizinischer Praxen geleistet werden. Erst auf diesem Wege kann verstanden werden, dass all die Praxen, welche auf die Anwendung und Organisation der Krankenbehandlung zielen, nicht per se rational sind – so sehr sich dann einzelne Akteure mit der Rationalität dieser Praxen identifizieren mögen –, sondern vor allem als kulturell etablierte Formen Sinn ergeben. Die Krankenbehandlung ist aus dieser Perspektive vor allem ein kommunikatives Geschehen.

Die eigentliche Leistung dieses Arrangements eröffnet sich erst dem kulturanthropologisch sensibilisierten Blick: Selbst wenn eine Krankheit im biomedizinischen Sinne nicht (mehr) therapiert werden kann, wird hierdurch ein »Wissen darüber« erzeugt, »wie ein Krankheitsgefühl klassifiziert und benannt, wie das Leiden auch emotional ausgedrückt und wie ein bleibendes Leiden aufgrund kultureller Erfahrung gedeutet und integriert werden kann. Mag dies auch der einzige Moment bleiben, entfaltet es dennoch eine große Kraft, indem es das Leiden in eine sinnvolle Ordnung eingliedert und somit den Betroffenen verfügbar macht«.⁶³



Abbildung 3: vormoderne Krankenbehandlung

In den vormodernen Medizinsystemen geschieht dies vor allem als Interaktion. Der Heiler kann hier – wohl überwiegend auf Basis symbolischer Prozesse geschehend – das Chaos von Krankheit, Leiden und Tod in eine sinnhafte kulturelle Ordnung überführen. Die Unsicherheit in Bezug auf die Deutungsverhältnisse von Natur und Körper werden hier sinnhaft transformiert. Die Krankenbehandlung erscheint dabei in übergreifende, magisch, mythologisch und religiös geprägte Sinnsysteme eingebettet, aus deren Sinnressourcen sich der

63 Sich, Diesfeld et al. (1993, 108).

Heiler ›kreativ‹ bedienen kann, um die Kontingenzen und Widerlichkeiten natürlicher Prozesse in die Ordnungen kultureller Praxen zu transformieren.⁶⁴



Abbildung 4: Krankenbehandlung der Moderne

Die moderne Medizin folgt demgegenüber den Modellen einer nun hinreichend etablierten Wissenschaft, welche verspricht, in ihren Beschreibungen die ›wahren‹ Kausalitätsverhältnisse der von ihnen untersuchten Gegenstände hinreichend genau abbilden zu können. Sie beruht zudem auf dem Konzept des modernen Wohlfahrtsstaates, der seinerseits beansprucht, eine rationale Organisations- und Herrschaftsform darzustellen.

Strukturell rückt nun an die Stelle des traditionellen Heilers und Medizinsmanns der moderne Arzt. Innerhalb der Krankenbehandlung steht er interaktionsnah – wie schon seine vormodernen Vorgänger – dafür ein, Krankheit in eine sinnhafte Ordnung zu überführen. Er agiert – gleichsam von oben eingebettet – in gesellschaftlichen Kontexten, die seine Handlungen rechtlich und politisch legitimieren, wirtschaftlich bezahlbar und wissenschaftlich begründet beschreiben. Der kulturelle Mythos der Moderne besteht darin, rational zu sein. In dieser Hinsicht trifft auch die Analyse der Neo-Institutionalisten zu, dass die moderne Gesellschaft von Rationalitätsmythen getragen wird, die zwar als Ganzes nicht gedeckt sein können, jedoch ihre Prozesse mit einer Verfahrensrationale ausstatten, die dann

64 Mit Bezug auf die unhintergehbare Differenz von Sinn und Natur hier Wittgenstein: »Man möchte nach der Beschreibung so einer magischen Kur immer sagen: Wenn das die Krankheit nicht versteht, so weiß ich nicht, wie man es ihr sagen soll« (Wittgenstein 1989, 35).

andere zum Nachahmen anregt.⁶⁵ Im Vergleich zu den diversifizierten Kulturen vormoderner Heilsysteme begegnen wir auf Ebene der medizinischen Selbstbeschreibung jetzt einer Weltmedizin, die per se für die übergreifende Rationalität der Krankenbehandlung einsteht. Gebrochen wird dieses Verhältnis nur durch die weiterhin fortbestehenden Eigenheiten professioneller Gemeinschaften, denen in Hinblick auf die Kontingenzen realer Behandlungsprozesse weiterhin Freiheitsgrade zugestanden werden müssen.

Die Rationalitätsdefizite der Medizin lassen sich noch recht gut den Idiosynkrasien und kulturellen Eigenarten der professionellen Akteure zurechnen, und entsprechend lässt sich weiterhin die moderne Hoffnung hegen, die Krankenbehandlung mittels Standardisierung und Evidenzbasierung in noch höhere Rationalitäten treiben zu können.⁶⁶ Der kulturelle und kommunikative Charakter des Gesamtarrangements bleibt dabei (zunächst) verdeckt.



Abbildung 5: Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft

In der nächsten Gesellschaft wird sich der kommunikative und damit der kontingente Charakter der Medizin, ihrer Organisationsformen und ihrer gesellschaftlichen Einbettungen nicht mehr so einfach verdecken lassen. Der Grund hierfür liegt darin, dass die alten organisationalen und gesellschaftlichen Sicherheiten, welche bislang

65 Vgl. Meyer und Rowan (2005) sowie Meyer (2005).

66 Siehe zum Verhältnis von medizinischer Selbstbeschreibung, professionellem Selbstverständnis und Standardisierung die aufschlussreiche Arbeit von Berg (1995), sowie mit einem stärkeren Schwerpunkt auf die Evidenzbasierung Timmermans und Berg (2003).

als stabiler Kontext der Krankenbehandlung vorausgesetzt werden konnten, nun selbstreflexiv kommunikativ als disponible Prozesse behandelt werden.

Die Wissenschaft beginnt eine Metareflexion, in der der Status medizinischen Wissens erneut einer Revision unterzogen wird. Die Wirtschaft erstellt detaillierte Beschreibungen, die gerade deshalb, weil sie so auflösungsstark sind, das Passungsverhältnis von Heilung, Leistungsvollzug und ökonomischer Abbildung umso prekärer erscheinen lassen. Die Politik sieht sich allein schon aus volkswirtschaftlichen Gründen gezwungen, dritte, medizinexmanente Werte zu diskutieren, um eine Grenze zwischen dem ›wohlfahrtsstaatlich Notwendigen‹ und einer außerhalb der Gemeinfinanzierung stehenden ›Luxusmedizin‹ konstruieren zu können. Das Recht sieht sich vermehrt in der Lage, auf Basis ausformulierter Standards und dokumentierter Leistungen Recht zu sprechen, ohne dabei jedoch verhindern zu können, dass im Zweifelsfall mehr der Schriftform als dem Patienten recht getan wird. Die alte bürokratische Organisation als klassische Form, mittels Routinen Komplexität bewältigen zu können, wird durch neue Beobachter angereichert, welche dann einerseits versprechen, komplexere Umwelten zu bearbeiten, dann aber andererseits einen Wandlungsdruck aufbauen, der die Krankenbehandlung mit Komplexität zu überlasten droht. Schließlich verliert auch der medizinische Code in Fragen der Körperveränderung seine instruktive Eindeutigkeit, da im Falle von Krankheit ein Mehr an Behandlung nicht mehr automatisch gut ist und in der künftigen Gesellschaft die Gestaltung des gesunden Körper in den Bereich des Möglichen rückt.

All diese Bereiche werden durch ihre kommunikative Selbstthematisierung einer reflexiven Unsicherheit unterzogen, die den kommunikativen Charakter der Medizin überdeutlich werden lässt. Sie wird mit einer kommunikativen Komplexität überladen, welche die vormoderne Medizin noch überwiegend rituell und die moderne Medizin darüber hinausgehend noch mittels linearer Kausalitätsmodelle beruhigen konnte.

Die Krankenbehandlung der Moderne erodiert gleichsam ihre eigene Basis und mündet hiermit in eine Kultur des Wandels, die ihre Prozesse und Grundlagen einer erneuten kommunikativen Aushandlung überantwortet. Da die kommunikative Öffnung hin zu einer reflexiven Unsicherheit unhintergebar erscheint, bleibt als Antwort hier nur übrig, in den Netzwerken der Kommunikation situativ und lageabhängig Sicherheiten aufzubauen, wohlwissend, dass diese nicht mehr allgemeingültig tragen. Für die Krankenbehandlung wird damit aber auch die Grenze zwischen Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Phi-

losophie und Kultur wieder flüssig werden,⁶⁷ denn die kontingenten Bedingungen der Trennung dieser Bereiche werden zur Manövriermasse kultureller Selbstbestimmungsversuche werden.⁶⁸

Die Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft wird nicht mehr nur die eine Medizin kennen, sondern in unterschiedliche kulturelle Varianten ausdifferenzieren. Doch anders als die vormoderne Medizin wird sie sich nicht mehr in den stabilen Dogmen mythologischer Weltauffassungen einrichten können, sondern sich in den kontingenzfreudigen Netzwerken einer durch Buchdruck und Internet entfesselten Kommunikation einrichten müssen. Unter der Voraussetzung, dass nun vielfältige Weltperspektiven nebeneinander und einander überlagernd koexistieren, heißt Kultur dann vor allem, unterschiedliche Perspektiven in nun nicht nur körperlich, sondern auch kommunikativ hochgradig *beunruhigten* Welten zu situativ tragenden Arrangements zusammenzubringen.

Den vorangehenden Betrachtungen liegt eine kultursoziologische Auffassung zugrunde, entsprechend der – banal gesprochen – Kultur nichts anderes meint, als dass man die Dinge eben so tut, weil man sie so tut. Noch unterhalb des Spiels des »Gebens und Nehmens von Gründen«⁶⁹ bleibt gerade auch für die Krankenbehandlung der Zukunft die performative Seite – ihre jeweilige selbstplausibilisierende ›Form‹ – deshalb unhintergebar.

67 Der altgriechische Begriff *téchne* und der lateinische Begriff *ars* meinten ursprünglich sowohl Handwerk als auch Kunst, sowohl Kunstlehre als auch wissenschaftliches System, sowohl Technik wie auch Philosophie. Die Sphären von Theorie und Praxis, Kultur und Technik waren in der Antike noch nicht getrennt.

68 Oder um hier mit Rorty zu formulieren: »Wir sind die Erben einer dreihundertjährigen Rhetorik, die uns sagt, wie wichtig es sei, eine scharfe Trennung zwischen Wissenschaft und Religion, Wissenschaft und Politik, Wissenschaft und Kunst, Wissenschaft und Philosophie, usf. wahrzunehmen«, verneinen aber mit Blick auf den heutigen Reflexionsstand, »in Bezug auf diese Unterscheidungen«, dass es »objektive« oder »rationale« Maßstäbe gibt, sie zu akzeptieren« (Rorty 1987, 359f.).

69 Brandom (2000).