

## EINLEITUNG

Die moderne Krankenbehandlung ist eine äußerst voraussetzungsreiche Veranstaltung. Dass Menschen zum Arzt gehen, diesem Vertrauen schenken und sich teilweise schmerzhaften und mit Scham besetzten Prozeduren unterwerfen, ist an sich schon bemerkenswert. Auch dass sich dazu noch im großen Maßstab ökonomische Ressourcen mobilisieren lassen, um eine nahezu flächendeckende Gesundheitsversorgung möglich werden zu lassen, ist sowohl mit Blick auf unsere Geschichte wie auch mit Referenz auf viele andere Staaten der Weltgesellschaft alles andere als selbstverständlich.

Zum einen: Warum soll man der Medizin überhaupt vertrauen? Hat nicht etwa Ivan Illich mit seiner viel beachteten Studie ›Die Nemesis der Medizin‹ längst aufgezeigt, dass es wirklich gute Gründe gibt, den Ärzten auch hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz zu misstrauen?

Zum anderen: Warum sollten Gelder – etwa öffentliche Mittel – überhaupt so verteilt werden, dass jeder eine Krankenbehandlung auf hohem Niveau erhalten kann und soll? Schon der Blick auf die US-amerikanischen Verhältnisse lässt deutlich werden, dass sich gegen ein kollektiv bindendes Versicherungssystem leicht Freiheitssemantiken mobilisieren lassen: Warum soll man gezwungen werden, für jemanden zu bezahlen, von dem man glaubt, dass er dies nicht verdient habe.

Nichtsdestotrotz scheinen wir als Erben der Moderne in Verhältnissen zu leben, in denen die bekannten Einrichtungen der Krankenbehandlung trotz der Unwahrscheinlichkeit ihrer Voraussetzungen für uns unverzichtbar erscheinen. Der soziologische Grund dafür ist, dass wir uns in den Semantiken der Moderne als Erwartungsstrukturen in einer Weise eingerichtet haben, dass diese sozusagen als unsere zweite Haut erscheinen. Die Selbstverständlichkeit unseres Erlebens und unser Vertrautsein mit den Institutionen unseres Alltags verdecken jedoch zugleich das Geflecht jener Semantiken, welches die Realität der Krankenbehandlung aufspannt.

Im Sinne eines originär soziologischen Blickes lohnt es sich, zunächst von den allzu offensichtlichen Aspekten der Krankenbehandlung abzusehen. Aus analytischen Gründen ist hier zunächst einzuklammern, dass es kranke Körper, Keime, Organversagen, chirurgische Eingriffe, Spritzen, Pillen, Bestrahlungen, Röntgenbilder etc.

gibt. Dieser Schritt ist notwendig, um sich von den vertrauten Kausalitätsvorstellungen des Common Sense zu lösen, und damit brauchen wir weder davon auszugehen noch infrage zu stellen, dass Medizin wirklich heilt, nützt, sondern können in inkongruenter Perspektive stattdessen die Frage stellen, warum Medizin selbst dann attraktiv ist, wenn die Heilungschancen fraglich sind, wenn die Evidenz und Effizienz ihrer Organisationsweisen nicht nachgewiesen ist und wenn ihre Veranstaltungen eine solche Zumutung darstellen, dass man sich eigentlich wundern müsste, warum die Beteiligten so selten die Behandlungen verweigern.

Hiermit soll natürlich nicht bestritten werden, dass Medizin in der Tat auch kranke Körperzustände behandeln kann und dass gerade dies auch in den gegenwärtigen medizinischen Einrichtungen in vielen Fällen geschieht. Doch all dies darf nicht mit den Eigengesetzlichkeiten der Krankenbehandlung selbst verwechselt werden. Hat nicht die Medizingeschichte gezeigt, dass auch Behandlungsformen kulturell weit verbreitet sein können, die offensichtlich mehr Schaden als Nutzen stiften – man denke hier etwa daran, dass Syphilis bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts noch mit hochgiftigem Quecksilber behandelt wurde. Und zeigt nicht die *evidence based medicine*,<sup>1</sup> dass für die Mehrzahl der heute angewendeten medizinischen Behandlungsschritte der biomedizinische Nutzen keineswegs so eindeutig belegt ist, wie es die Selbstverständlichkeit ihrer Anwendung suggeriert? Zeigen nicht die vielfältigen Variationen in der Organisation und Ausgestaltung von Behandlungsprozessen, dass es eigentlich bei genauerem Hinsehen alles andere als klar ist, wie in vernünftiger Weise Medizin zu betreiben ist?

Das Selbstverständliche, das Zwingende und in sich Zweckrationale moderner medizinischer Praxen löst sich in *Kontingenz* auf, sobald man die Kontexte ihrer kommunikativen Selbstplausibilisierung betrachtet. »Kontingenz ist etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist.«<sup>2</sup> Kontingenz verweist darauf, dass weder eine strenge deterministische Kausalität noch eine zwingende Normativität einer in sich evidenten aufgeklärten Rationalität hinreicht, um zu beschreiben, was in medizinischen Praxen vor sich geht. Der Blick auf Kontingenz impliziert vielmehr, dass es sich bei der Krankenbehandlung vor allem um eine *Kultur* handelt. Der Begriff Kultur führt zugleich jene Vergleichshorizonte mit, dass andere

1 Vgl. Sacket et al. (1999). Siehe zur Diskussion der *evidence based medicine* aus einer soziologischen Perspektive Timmermans und Berg (2003) sowie Vogd (2002b).

2 Luhmann (1993, 152).

Gemeinschaften zu anderen Zeiten an anderen Orten eben anderes tun und dass diese Differenz durch nichts anderes gedeckt ist als die Vollzüge der Praxis selber.

Um sich als Forscher über die gewählte analytische Strategie Rechenschaft abzulegen, werden im Text immer wieder Darstellungen vorkommen, die an die formtheoretische Notationsweise anschließen, wie sie insbesondere Dirk Baecker vorgelegt hat.<sup>3</sup> Im Sinne von Åkerström dient diese Darstellung der Offenlegung und Klärung der eigenen Reflexionsverhältnisse.<sup>4</sup>

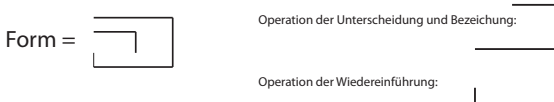
Die Notation ist hier nicht im Sinne ihres Erfinders Spencer Brown als Recheninstrument misszuverstehen. Die Formen stellen keine Gleichungen dar, die entsprechend einer mathematischen Verständnisweise zu lesen sind. Sie werden hier ausschließlich im Sinne von ›aus der hier beschriebenen Perspektive betrachten wir den zu analysierenden Gegenstand als ...‹ gebraucht. Der Leser kann hierdurch einen zusammenfassenden Einblick in die theorieleitenden Unterscheidungen gewinnen, um dann gegebenenfalls die Potenziale und Grenzen der hier vorgeschlagenen soziologischen Modellierung auf einen Blick erfassen zu können.

In diesem Sinne lässt sich unsere kulturalistische Beschreibung der Medizin in folgender Kurzform darstellen:



Die medizinische Kultur erscheint jetzt als eine Praxisform, die dadurch instruiert wird, dass sie durch tägliche Anwendung gepflegt wird. Die jeweilige Behandlungspraxis (›Behandlungsform‹) erscheint dann als jene positive Setzung, die in der Welt kommunikativ einen Unterschied macht. Medizin ist, wie sie ist, weil sie so gemacht wird, wie sie ist, weil ihre Praxen die Welt so und nicht anders anschneiden und weil diese damit bestimmte gegenüber anderen möglichen Unterschieden machen.

Dieser Schnitt in der Welt wird durch den einfachen Haken hinter dem Begriff ›Behandlungsform‹ ausgedrückt.



3 Siehe zur Einführung in die formtheoretische Modellierung Baecker (2005) sowie zur formtheoretischen Ausarbeitung der historischen Semantik des Kulturbegriffs Baecker (2008a).

4 Siehe zur formtheoretischen Beschreibung als ›analytische Strategie‹ Åkerström (2003; 2006).

Der sich schließende *reentry*-Haken weist demgegenüber auf jene systemische Dynamik hin, dass die vertrauten und geläufigen Behandlungsformen selbstinstruierend durch ihre eigene Anwendung gepflegt werden. Entsprechend der alten War-zuerst-die-Henne-oder-das-Ei-Problematik lässt sich hier auch in Hinblick auf die Frage der Kausalität und Rationalität nicht mehr sagen, ob die Form oder das Behandlungsformat oder die sie bestätigende Praxis zuerst da gewesen ist. Die Behandlungsform ist da, weil sie *gepflegt* wird (prozessuale Beschreibungsebene). Umgekehrt instruiert die Tatsache der Behandlung Praxen der Wiederholung. Man macht es eben so, weil man es bereits so gemacht und sich an entsprechende *Formen* gewöhnt hat (strukturelle Beschreibungsebene).

»Symbolische Heilung« oder »Medizin als Kommunikation«

»All systems of symbolic healing refer to a culturally established mythic world. The systems differ in where they place it. Some may place it in a supernatural realm. Other may see it as part of everyday reality or as scientific knowledge. The cultural mythic world contains knowledge that is experientially, but not necessarily empirically, true. The healer and the patient create a particularized segment of the cultural mythic world for use in a particular case of symbolic healing. [...] Once particularized by the healer, the manipulation of transactional symbol in a particularized mythic world can suggest a change in the way that the patient evaluates personal experiences. To a culturally initiated observer or even to one outside the complementary relationship, the manipulation of transactional symbols may seem ridiculous. Nails may be pulled out of the body; »demons« may be cast into the darkness, »souls« may be found; sorcerers may be identified; and so on. However, if the healer has done the job well, the symbolic healing will be a significant experience for the patient.«

*James Dow (1986), Emeritus of Anthropology, Oakland University*

Insofern Medizin als Kultur reflektiert wird, rücken weitere Vergleichsperspektiven in den Vordergrund. Dies geschieht beispielsweise, wenn innermedizinisch Variationen in der Behandlungspraxis zum Thema werden.<sup>5</sup> Medizin wird sich damit ihrer Kontingenzen und auf diesem Wege als Kultur bewusst.

5 Siehe zum Dilemma der *practice variation* aus innermedizinischer Sicht etwa Dawson (1987).

Formtheoretisch modelliert ergibt dies:<sup>6</sup>

|                      |                 |                  |           |
|----------------------|-----------------|------------------|-----------|
| Medizinische Kultur: | Behandlungsform | Traditionspflege | Vergleich |
|----------------------|-----------------|------------------|-----------|

Sobald eine Gesellschaft beginnt, ihre medizinische Kultur in dieser Weise zu reflektieren, wird diese mit einem *Unruhemoment* durchzogen. Es überzeugt nun nicht mehr, sich allein auf die Tradition zu beziehen. Der Blick auf die Kontingenz der bisherigen Praxis lässt gegebenenfalls auch die Alternativen attraktiv erscheinen. Man kann nun darüber nachdenken, ob das Neue oder das Alte, komplementärmedizinische Verfahren oder Schulmedizin bzw. eine sanftere oder aggressivere Praxis wünschenswerter erscheint. Der Vergleich instauriert dabei zugleich die Pflege der bereits bewährten Behandlungsform, wie dann auch die Referenz auf die eigene Behandlungsform erst den Vergleich mit anderen Optionen möglich macht. Wichtig an dieser Stelle ist zu betonen, dass dies nicht den kulturellen Charakter der Medizin aufhebt. Vielmehr stellen die Operationen des Vergleichens medizinischer Praxisformen selbst wieder eine kulturell gepflegte Praxisform dar – dieser selbstreferenzielle Charakter wird wiederum durch den *reentry*-Haken ausgedrückt.

Die Reflexion der modernen Medizin auf die Kontingenz ihrer Praxen induzierte Bestrebungen nach Standardisierungen, sei es, dass nun mit Blick auf Diagnosen eine gemeinsame Sprache gesucht<sup>7</sup> und Leitlinien angestrebt werden sowie versucht wird, die undurchschaubare Menge medizinischer Forschung zu ordnen und in vergleichende »Metaanalysen« zu überführen.<sup>8</sup> Die Standardisierung und Formalisierung der Medizin auf Weltniveau kann entsprechend der hier vorgelegten Perspektive jedoch nicht so verstanden werden, dass damit der kulturelle Charakter der Medizin verschwindet. Im Gegenteil, all die hiermit verbundenen Bemühungen haben nun selbst kulturellen Charakter, sind Ausdruck der Kultur einer (westlich geprägten) Weltgesellschaft, der Praxen einer »Weltkultur«,<sup>9</sup> Diese betont zwar in ihrer Selbstbeschreibung ein hohes Maß an Rationa-

6 Anders als bei Baeckers Notationsform verwenden wir hier den Doppelpunkt (:) anstelle des Gleichheitszeichens (=), da es sich hier um die Darstellung einer Modellierung und nicht um eine Gleichung im mathematischen Sinne handelt, bei der die rechte und die linke Seite durch »Rechnen« ineinander übergeführt werden können.

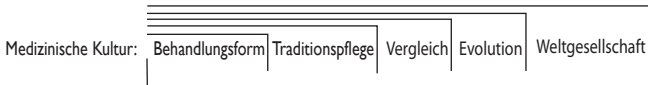
7 Siehe etwa die Entwicklung des internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten ICD. Siehe zum Diskurs der Standardisierung auch Berg (1995).

8 Siehe etwa die Arbeit der Cochrane Library.

9 Meyer (2005).

lität bzw. Rationalität ist das wesentliche Merkmal ihrer kulturellen Identität. Bei genauerem Hinsehen handelt es sich hierbei jedoch um »Rationalitätsmythen«, <sup>10</sup> welche zwar Zwecke und Mittel benennen können und in diesem Sinne eine hohe Verfahrensrationalität verkörpern, aber in Hinblick auf die Funktionalität und den Wert dieser Zwecke und Mittel nur auf Mythen gründen können, denn der gesellschaftliche Wert oder der Nutzen dieser Rationalitäten bzw. ihre negativen Folgelasten sind in der Regel weder empirisch überprüfbar noch durch eine übergreifende Wert- oder Zweckrationalität gedeckt. Die in der gegenwärtigen medizinischen Weltkultur beanspruchten Rationalitäten sind aus dieser praxistheoretischen Beschreibung, welche die Operationen ihrer Selbstinstruierung und Selbstplausibilisierung rekonstruiert, vor allem »Kultur«.

Formtheoretisch lässt sich dies für die Medizin dann folgendermaßen charakterisieren:



Mit der Evolution kommt hier eine Entwicklungsdimension ins Spiel. Erst die institutionalisierten Tätigkeiten zur Kulturalisierung der Medizin evozieren durch die Operationen des Vergleichs jene Bestrebungen, welche die Medizin als eine Weltkultur zu vereinheitlichen versuchen. Der *reentry*-Haken drückt aus, dass die Weltgesellschaft sowohl die gegenwärtigen Behandlungsformen instruiert als auch dass ihre dominanten Praxisformen instruieren, was dann als Weltkultur gilt. Es gibt sozusagen kein Entkommen aus der Tatsache, dass Medizin Kultur darstellt.

An dieser Stelle – um es nochmals zu betonen – geht es keineswegs darum, die biomedizinische Wirkung von medizinischen Interventionen zu bestreiten – dass Antibiotika Bakterien vernichten können, stellt *nicht* nur eine »soziale Konstruktion der Wirklichkeit« dar. <sup>11</sup>

Das Ziel ist hier vielmehr, den soziologischen Blick auf die Praxen der sozialen Herstellung der Krankenbehandlung zu lenken, um auf diese Weise Medizin in einer umfassenderen Weise verstehen zu können. Dabei gilt es auch, sich zu vergegenwärtigen, dass Krankheiten nicht nur die von ihr heimgesuchten Menschen irritieren, sondern zugleich jene mit diesen Menschen assoziierten sozialen Umwelten. Krankheit ist immer auch eine Krise der sozialen Bezugssysteme und angesichts des schwerwiegenden Charakters dieses Problems verwun-

<sup>10</sup> Meyer (1977).

<sup>11</sup> Vgl. Latours Studie zur Pasteurisierung von Frankreich (Latour 1988).

dert es nicht, dass alle bekannten menschlichen Kulturen Formen der Krankenbehandlung ausgebildet haben.

**9:40 Uhr Chefarztvisite (im Patientenzimmer)**

*Prof. Wieners:* Sie können wir jetzt als geheilt entlassen ... es geht ja heute nach Hause.

*Patient:* Jetzt muss ich Ihrem Team ausdrücklich noch mal das Lob aussprechen ... Sie haben sich hervorragend um mich gekümmert ... auch um die Kleinigkeiten, die kleinen Probleme, die ich so hatte [...]

*Prof. Wieners* (wendet sich zum nächsten Patienten, dreht sich aber nochmals zu Herrn Schulz zurück): Auch wenn ich jetzt sage ›geheilt‹, kann es dann doch sein, dass die Krankheit noch mal wiederkommt.

*Patient:* Ja, das weiß ich ja, wusste ich auch schon, als ich mit der Therapie angefangen habe.

*Beobachtet auf einer onkologischen Station eines Universitätsklinikums. Vgl. Vogd (2004b, 145f.).*

Im Sinne der bewährten Einsicht der Ethnomedizin heißt all dies zunächst nur, dass »Heilen die Ausgrenzung von Chaos darstellt« und hiermit »der unregelte krankheitsbedingte ›Natur‹zustand in einen ›Kultur‹zustand überführt und damit handhabbar gemacht« wird. Kultur heißt dann auf sozialer Ebene einfach, dass man der Kontingenz des Krankheitsgeschehens, welches als kommunikatives Ereignis die sozialen Verhältnisse verstört, in einer vertrauten, sich selbst bestätigenden und plausibilisierenden Weise antworten kann.

Mit Blick auf das Verhältnis von Erleben und Kommunikation bedeutet dies nicht mehr und nicht weniger, als dass – selbst wenn eine Krankheit im biomedizinischen Sinne nicht (mehr) therapiert werden kann –, ein »Wissen darüber« erzeugt wird, »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«. <sup>12</sup>

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 denen all jene Kontingenzen stecken, durch welche sich

<sup>12</sup> Sich, Diesfeld et al. (1993, 108).

kulturelle Formen auszeichnen. Erst über diese – sozusagen 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. Erst auf diesem Wege eröffnet sich der Blick auf die empirische Tatsache, warum auch nutzlose und bei genauem Hinsehen physiologisch kontraindizierte Behandlungspraxen weiterhin attraktiv erscheinen. Erst über diesen Zugang eröffnet sich eine Perspektive, die nicht vorschnell den Rationalitätsansprüchen der Initiativen zur Verbesserung der medizinischen Praxis auf den Leim geht. Ob dann beispielsweise die Qualitätssicherung die Qualität wirklich verbessert, die Evidenzbasierung wirklich zu einer besseren Gesundheit der Zielakteure und die Organisationsentwicklung tatsächlich zu einer angemessenen Verzahnung der Arbeitsabläufe führt,<sup>13</sup> folgt dann nicht mehr nur aus der immanenten Selbstbeschreibung dieser Programme.

*In diesem Buch geht es vor allem darum, den Rahmen für ein tieferes soziologisches Verständnis der Krankenbehandlung aufzuspannen, welche diese an jene gesellschaftlichen Bedingungen rückbindet, denen sie sich verdankt.*

Nur auf diese Weise lassen sich die gegenwärtigen Probleme der organisierten Krankenbehandlung analytisch aufschließen. Der hier vorgeschlagene wissenssoziologische Zugang versteht sich sowohl radikal empirisch als auch auf hohem theoretischen Reflexionsniveau argumentierend. Er operiert empirisch, denn es ist nun realistischerweise davon auszugehen, dass der untersuchte Gegenstand sich als kulturelles Phänomen selbst konstituiert und damit auch seine eigenen Weisen des Unterscheidungsgebrauchs hervorbringt (*Empirie*). Im Sinne einer praxeologischen Wissenssoziologie geht es entsprechend darum, den Bedingungen der Selbstkonstitution des Gegenstandes zu folgen und diese in ihrer kulturellen Selbstreferenz zu begreifen und zu beschreiben. Wir operieren bewusst theoriebasiert, denn spätestens seit Kant wissen wir, dass theoriefreies Erkennen nicht möglich ist, und mit den Ergebnissen des neurobiologischen

13 An dem Problem, dass medizinisches Wissen, dem man einen evidenzbasierten wissenschaftlichen Status zugewiesen hat, nicht unbedingt in der medizinischen Praxis zu besseren Erfolgen führt, arbeitet sich dann auch die medizinische Versorgungsforschung ab, die nun weiß, dass die analytische und deskriptive Reinheit eines wissenschaftlichen Experimentaldesigns in der Versorgungsrealität nicht zu finden ist. Vgl. Schwartz/Scriba (2006).

Konstruktivismus wissen wir, dass selbst scheinbar selbstverständliche Wahrnehmungsvorgänge wie Sehen, Hören und Fühlen bereits auf vorformatierten neurologischen Bahnungen beruhen, wir also immer nur das erkennen können, für dessen Unterscheidungsweisen wir bereits sensibilisiert worden sind (*Theorie*).

Eine intelligente Reflexion der gegenwärtigen Kultur(en) der Krankenbehandlung ist deshalb nur zu haben, wenn theoretisierende Konzeptionen mit hinreichender Auflösungsschärfe eingeführt worden sind, wenn also eine Theoriesprache zur Verfügung steht, mit der die Komplexität der empirischen Verhältnisse abstrahierend und in Relation zu ihrer eigenen kulturellen Genese aufgeschlossen werden kann.

Hierfür ist es zunächst hilfreich, einen zeitgeschichtlichen Rahmen aufzuspannen, der deutlich werden lässt, wie sehr die gegenwärtigen Modelle der wohlfahrtsstaatlich organisierten Krankenbehandlung durch historisch bedingte gesellschaftliche Lagerungen bestimmt sind (*›Krankenversorgung im Wandel‹*). Im Anschluss daran gilt es, die theoretische Sensibilisierung weiter voranzutreiben, um jene konzeptionellen Zugänge vorzustellen (*›Fünf Stränge der Reflexion‹*), die unseres Erachtens notwendig sind, die Dynamiken der gegenwärtigen Krankenhaltung hinreichend aufzuschließen. Die übergreifende Verbindung dieser Stränge wird dabei auch als formtheoretische Modellierung dargestellt werden.

Im Anschluss an diese Einleitung wird jedem Reflexionsstrang jeweils ein eigenes, ausführliches Kapitel gewidmet, um dann in einer übergreifenden Zusammenführung die *›Krankenbehandlung der Moderne‹* in Hinblick auf die gegenwärtigen Krisensymptome zu beleuchten und um darüber nachzudenken, was dies für die *›Krankenbehandlung in der nächsten Gesellschaft‹* bedeuten könnte.

An den Hauptteil des Buches werden zwei Einzelstudien angefügt, die an anderer Stelle veröffentlicht wurden und besonders geeignet sind, den hier vorgestellten analytischen Rahmen zu illustrieren.

- I Gesellschaftliche Kontexturen der Krankenbehandlung
- II Organisationen
- III Netzwerke
- IV Mensch-technische Ensembles
- V Professionen
- VI Zukunft der Medizin
- VII & VIII Einzelstudien

## Krankenversorgung im Wandel

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir die Medizin unserer Gesellschaft als eine Kulturform betrachtet, die einerseits als gepflegte und beständig reproduzierte Praxis in ihren Formen eine gewisse Stabilität aufweist, andererseits selbst im Kontext einer sich verändernden (Welt-)Gesellschaft im Prozess eines evolutionären Wandels zu verstehen ist.

Die derzeit innerhalb der reichen Nationalstaaten (noch) vertraute Form eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, von dem erwartet werden kann, dass im Sinne eines auf die Krankheit schauenden professionellen Blicks jede ernsthafte Krankheit entsprechend dem *state of the art* behandelt wird, ist einer einzigartigen gesellschaftlich historischen Lagerung geschuldet.

Der Blick auf die jüngere Geschichte zeigt, dass der Anspruch auf ein Recht auf Gesundheit ein typisches Phänomen der Moderne darstellt. Es setzt ein entwickeltes politisches System voraus, dass in der Lage ist, diesbezügliche wohlfahrtliche Ambitionen qua Recht in institutionelle Formen zu gießen und in eine politische Ökonomie einzubinden, die es erlaubt, entsprechende Ressourcen zu verteilen.<sup>14</sup> Möglich wurde dies erst mit einem politischen Diskurs, der staatliche Legitimation zugleich an den Gemeinwohlgedanken binden konnte und damit die Gesundheit sowohl als Wert wie auch zugleich im Sinne eines Programms zur Pflicht machen konnte. Dies wiederum wurde erst mit der Entwicklung des modernen Nationalstaats denkbar, der nun – zunächst militärisch – von gesunden Bürgern zu profitieren hoffte und hiermit die Gesundheitsversorgung zugleich an Bürgerpflichten wie auch bestimmte Rationalitätsansprüche anzuknüpfen wusste und dies dann auch an entsprechende Institutionen der kollektiven Finanzierung der Krankenbehandlung binden konnte. Dass hieraus dann eine Medizin wurde, die einen erheblichen Prozentanteil an den wirtschaftlichen Ressourcen der Nationalökonomie in Anspruch nehmen konnte, hängt wiederum eng mit der politischen Ökonomie einer Wirtschaftsform zusammen, die primär auf dem Wert der Arbeit beruht.

### Friedrich Engels zur Lage der arbeitenden Klasse im England des Jahrhunderts

»Diese Straßen«, sagt ein englisches Journal in einem Artikel über die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter in Städten (5) – »diese Straßen sind oft so eng, daß man aus dem Fenster des einen Hauses in das

<sup>14</sup> Siehe grundlegend zur Beziehung von modernem Staat, Medizin und ärztlicher Profession Göckenjan (1985).

des gegenüberstehenden steigen kann, und dabei sind die Häuser so hoch Stock auf Stock getürmt, daß das Licht kaum in den Hof oder die Gasse, die dazwischenliegt, hineinzudringen vermag. In diesem Teile der Stadt sind weder Kloaken noch sonstige zu den Häusern gehörende Abzüge oder Abtritte; und daher wird aller Unrat, Abfall und Exkreme von wenigstens 50 000 Personen jede Nacht in die Rinnsteine geworfen, so daß trotz alles Straßenkehrens eine Masse aufgetrockneten Kots und ein stinkender Dunst entsteht und dadurch nicht nur Auge und Geruch beleidigt, sondern auch die Gesundheit der Bewohner aufs höchste gefährdet wird. [...] Ich erwähnte schon oben eine ungewöhnliche Tätigkeit, die die Gesundheitspolizei zur Cholerazeit in Manchester entwickelte. Als nämlich diese Epidemie herannahte, befahl ein allgemeiner Schrecken die Bourgeoisie dieser Stadt; man erinnerte sich auf einmal der ungesunden Wohnungen der Armut und zitterte bei der Gewißheit, daß jedes dieser schlechten Viertel ein Zentrum für die Seuche bilden würde, von wo aus sie ihre Verwüstungen nach allen Richtungen in die Wohnsitze der besitzenden Klasse ausbreite. Sogleich wurde eine Gesundheitskommission ernannt, um diese Bezirke zu untersuchen und über ihren Zustand genau an den Stadtrat zu berichten«.

*Friedrich Engels (1972 [1845])*

Ein Vorreiter hierfür war der preußische Staat, der mit den ›Polizeywissenschaften‹ die Gesundheit seiner Bürger zur Pflicht werden ließ.<sup>15</sup> Nur auf dem fruchtbaren Boden dieser sozio-historischen Konstellation konnte dann Anfang des 19. Jahrhunderts die ›Geburt der Klinik‹ (Foucault)<sup>16</sup> gelingen, mit der die Medizin sich vom überlieferten Heilwissen (Traditionspositivismus) zu einer forschungsintensiven Wissenschaft entwickeln konnte. In dieser Zeit entstand zugleich eine neue Organisationsform der Krankenbehandlung, eine Verschiebung im professionellen Selbstverständnis der Ärzte, eine neue rechtliche und wirtschaftliche Einbindung der Gesundheitsversorgung wie auch ein verändertes Rollenverständnis in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung. Während die ›alte‹ Medizin überwiegend als eine *interaktionsorientierte Veranstaltung* verstanden werden konnte – dies galt dann sowohl für die höfische Medizin als auch für das Wanderheilerwesen –, ist die moderne Medizin nur noch als eine *bürokratisch-organisatorische Veranstaltung im Zusammenhang mit einer funktional differenzierten Gesellschaft* zu verstehen. Wir treffen hier auf einen tiefgreifenden Wandlungsprozess innerhalb der Kulturform der Medizin:

<sup>15</sup> Vgl. Möller (2005).

<sup>16</sup> Foucault 1988 [1963]).

»[Die] Form der Krankenbehandlung wandelte sich zu Anfang des 19. Jahrhunderts mit der ›Geburt der Klinik‹ (Foucault 1988) grundlegend. Die Einrichtung von Krankenhäusern zur allgemeinen Krankenbehandlung lief zunächst der etablierten privatärztlichen Praxis zuwider, zumal hiermit auch eine grundlegende Reform der medizinischen Ausbildung verbunden war. Die bisherige Form eines Lehrlingsverhältnisses zwischen dem erfahrenen Arzt und seinen Adepten wurde zu Gunsten universitärer Lehrkrankenhäuser aufgelöst, in denen der Patient nicht mehr als individueller und kompetenter Gesprächspartner galt, sondern als ein Fall, als beispielhafter, aber ebenso ent-individualisierter Träger einer spezifischen Krankheit (ebd.: 75). Diese Veränderungen fallen auch in eine Zeit, als universitär ausgebildete Ärzte versuchten, der Scharlatanerie von kaum bis wenig ausgebildeten, selbst ernannten Heilkundigen durch staatlich verankerte Regulierung Einhalt zu gebieten.<sup>17</sup>

Die neue Selbstfindung und Konsolidierung der ärztlichen Profession findet ihre Resonanz in den Bestrebungen der Politik, das Gesundheitswesen kontrollieren zu wollen. Schon während der Revolution in Frankreich wurden zentrale Einrichtungen wie ›Regierungshäuser für das Gesundheitswesen‹ in großen Städten und ein ›Hof für das Gesundheitswesen‹ in Paris gefordert (Foucault 1988, 45). Die Verquickung von Medizin und dem Staatsapparat, der die Medizin kontrolliert und legitimiert, wurde in Frankreich in den Jahren der Revolution durchaus heftig, aber immer mit Blick auf die Herstellung des Gemeinwohls für den Bürger diskutiert. Ein Blick auf die Geschichte Preußens zeigt andererseits, dass die Einführung des modernen Gesundheitssystems und seiner Krankenhäuser in Deutschland in engem Zusammenhang zu sehen sind mit dem königlichen Wunsch nach überlegenen und starken Staatsbürgern und Soldaten (vgl. Dross 2004).

So führten durchaus unterschiedliche politische Vorstellungen gleichwohl zu ähnlichen Entwicklungslinien im Gesundheitswesen und der Organisationsform der medizinischen Versorgung. Die Organisation der Krankenversorgung ist demnach eng an die Entwicklung moderner Gesellschaften geknüpft und wurde hiermit für die Politik zu einem zentralen Kontrollbereich. Die Auswirkung der kapitalistischen Produktionsweise auf die Gesundheit (Marx 1968 [1867], 245ff.) und die gesundheitlichen Zustände in den großen Städten (Engels 1972 [1845], 256ff.) wurden nun zu einem wichtigen gesellschaftlichen Thema, zu einem Politikum. [...]

Die staatliche Kontrolle überschneidet sich dabei teilweise mit den Interessen der Ärzte und Patienten, gleichwohl werden im Zuge des staatlichen Zugriffs auf Gesundheit und Krankheit Brüche sichtbar, was sich deutlich an der Verteilung der finanziellen Ressourcen zeigt. Die Frage der Finanzierung dieser frühen organisierten Krankenversorgung kann hier nicht weiter thematisiert werden. [...] Schon 1794 im preußischen allgemeinen Landrecht [ist] eine staatliche Fürsorgepflicht erkennbar. Gleiches gilt unter den deutlich anderen Umständen der Revolution auch für Frankreich, jedoch waren die Ärzte auf ihre Privatpraxis angewiesen

17 Siehe für Frankreich Foucault (1988, 80f.), für den deutschsprachigen Raum Lachmund (1997, 37) und den etwas später einsetzenden Initiativen in den USA Starr (1982, 79-144).

und die ersten Krankenhäuser auf Spenden, öffentliche Sammlungen, Zahlungen aus kommunalen Kassen sowie frühen Versicherungsformen (vgl. Labisch/Spree 2001). Die Finanzierung der Krankenversorgung war allerdings auch schon zu dieser Zeit ein heftig diskutiertes Thema. In Deutschland wurde bekanntlich die staatlich geregelte Finanzierung über gesetzliche Krankenkassen mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 eingeführt, mit dem nicht mehr nur die Armen versorgt werden sollten, sondern insbesondere auch die gewerblichen Arbeiter einen Anspruch auf medizinische und finanzielle Sachleistungen bekamen. In den anderen Industrienationen wurden funktional ähnliche Finanzierungsmodelle entwickelt« (Schubert/Vogd 2008, 29).

Allein schon dieser kurze Abriss lässt deutlich werden, dass die Krankenbehandlung eine hochgradig gesellschaftliche Veranstaltung geworden ist – und dies heißt unter den gegebenen Verhältnissen: eine Institution innerhalb einer *funktional differenzierten Gesellschaft*. Unter den Bedingungen einer zunehmenden Ausdifferenzierung von Recht, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft gewinnt Medizin ihre Identität nun in Abgrenzung zu diesen Sphären. In diesem Sinne hatte der alte professionssoziologische Diskurs auch vollkommen recht, wenn von der medizinischen Profession als dem »dritten Stand« gesprochen wurde.<sup>18</sup> Der professionelle Akteur gewinnt dabei sein eigenes Profil – und seine gesellschaftliche Rechtfertigung – in Bezug auf die Verantwortlichkeit gegenüber seinem Klienten und der Gesellschaft. Er handelt entsprechend dem hiermit formulierten Selbstverständnis überwiegend im Interesse des Gemeinwohls und nicht aufgrund individueller Profitinteressen. Hier entdeckte dann auch Talcott Parsons<sup>19</sup> eine eigene systemische Rationalität der Medizin und ihrer ärztlichen Vertreter, denen man sich als rationaler Bürger unterzuordnen hatte.

Die sich hiermit weiter ausdifferenzierende Medizin orientierte sich hinsichtlich ihrer zentralen Werthaltung weder an der Wirtschaft – also am Geschäftemachen – noch an der Politik, welche ihre Gesundheitsprogramme Kalkülen um die Erweiterung oder Erhaltung von Macht unterordnet, sondern an jenem »medizinischen Blick«,<sup>20</sup> welcher die Handlungsorientierungen der beteiligten Akteure an biomedizinischen Denkfiguren *eigenlogisch* ausrichtet. Sowohl für den Arzt als auch für den Patienten, aber auch aus Perspektive einer auf gesunden Bürgern basierenden Industriegesellschaft erschien es nun vernünftig, sich dem hiermit verbundenen Rollengefüge anzupassen. Natürlich verschwindet damit nicht das Interesse der Ärzte am Geldverdienen oder an institutionalisierter Macht. Doch es wäre ein Feh-

18 Siehe Carr-Saunders (1933).

19 Parsons (1951; 1958b).

20 Foucault (1988).

ler, die Faszination und Eigendynamik der nun rapide wachsenden Medizin diesen Interessenlagerungen zuzurechnen. Die eigentliche Triebkraft bestand vielmehr in dem biomedizinischen Versprechen, durch den Eingriff in den Körper Krankheiten wirklich verstehen und beherrschen zu können.

Erst mit der ›Geburt der Klinik‹<sup>21</sup> entstand also jene Autonomie medizinischer Praxis, die diese semantisch dann auch zunehmend von den politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen abkoppeln ließ, welche die Ausbreitung und die Entwicklung der modernen Medizin im großen Maßstab erst ermöglicht hatten und welche die für ihren Betrieb notwendigen Ressourcenflüsse weiterhin gewährleisten. Hiermit gelang nun auch endgültig die Institutionalisierung der medizinischen Profession. Entsprechende Standesorganisationen wurden etabliert, welche die Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe selbstständig regeln, einen eigenen professionsethischen Code formulieren sowie die Einhaltung desselben autonom überwachen.<sup>22</sup>

Die unbestreitbaren Erfolge der modernen Medizin mündeten schließlich in den 1950er-Jahren in das »goldene Zeitalter der Medizin«.<sup>23</sup> Noch die Entgleisungen des Nationalsozialismus im Blick habend, gelang der medizinischen Profession im Hinblick auf ihre Selbstbeschreibung eine noch radikalere Abgrenzung gegenüber politischen Versuchen der Instrumentalisierung medizinischen Wissens. Der ›gute Arzt‹<sup>24</sup> erscheint nun nur noch als Agent des Patienten. Der auf den Einzelfall fokussierende Klientelbezug – weiterhin fast ausschließlich durch den biomedizinischen Blick formiert<sup>25</sup> – bildet jetzt das einzige Zentrum der Legitimation ärztlicher Arbeit. Wenngleich schon vermehrt Bestrebungen zur Standardisierung der ärztlichen Arbeit sichtbar wurden, erschien die ärztliche Arbeit dabei

21 Entgegen dem Foucaultschen Ansatz begreifen wir diesen Prozess weniger als biopolitische Einschreibung eines totalisierenden Diskurses, sondern als Produkt einer zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung, in der die einzelnen gesellschaftlichen Felder voneinander unabhängig werden (Bourdieu) bzw. als Systeme eine Eigenlogik entwickeln (Luhmann), die nicht mehr in einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs aufgeht.

22 Vgl. etwa Millerson (1964).

23 So Hafferty (1995).

24 Siehe zum viel beschriebenen Ideal des ›guten Arztes‹ Troschke (2001) und Dörner (2001).

25 Die Versuche mit der Psychosomatik eine theoretische Erweiterung der Medizin einzufordern, die dann auch psychosoziale Aspekte als wesentliche Aspekte der Krankenbehandlung begreift (vgl. Uexküll/Wesiack 1998), wurde und wird zwar als ideeller Anspruch einer ganzheitlichen Medizin immer wieder aufgegriffen, führte allerdings kaum zu einer wirklichen Institutionalisierung einer entsprechenden Medizin.

noch als eine Kunstlehre, die dem Mediziner erhebliche Handlungs- und Entscheidungsfreiheit zugestand.<sup>26</sup>

Dass hierfür auch in hohem Maße wirtschaftliche Ressourcen mobilisiert werden mussten, war zu dieser Zeit – zumindest in den entwickelten Industrienationen – noch nicht fraglich. Vielmehr ließ sich der hiermit verbundene *blinde Fleck* der ärztlichen Selbstbeschreibung – nämlich dass die Gemeinwohlorientierung einer wachsenden Medizin auch zulasten des Gemeinwohls gehen kann – weiterhin ausblenden. Über die Tatsache, dass es in der Krankenbehandlung auch um Geld geht und mit ihr auch Machtverhältnisse reifiziert werden, war noch nicht Thema öffentlicher Diskurse.

Erst in den 1960er- und 1970er-Jahren wurde vermehrt Kritik an der Medizin formuliert. Im institutionell gestützten Mediziner sah man nun auch jemanden, der seine Macht über geschickte Verbandspolitik auf möglichst viele gesellschaftliche Felder ausdehnen wollte und dabei dem Laien die Fähigkeit absprach, selbst über seine gesundheitlichen Belange zu entscheiden.<sup>27</sup> Unter dieser gesellschaftskritischen Perspektive bedeutete die Professionalisierung der Ärzteschaft gleichzeitig die Entmündigung des Bürgers. Mit Ivan Illichs Kritik an der ›Nemesis der Medizin‹ wurde schließlich nicht nur der Nutzen der Medizin selbst infrage gestellt, sondern die Frage aufgeworfen, ob die etablierten Praktiken der Krankenbehandlung nicht oftmals mehr Schaden als Nutzen stiften. Viele der ärztlichen Verfahrensweisen erschienen nun gleichsam als ›schwarzmagische‹ Praktiken, die dem Bürger eher schaden bzw. ihn daran hindern, selbst Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.<sup>28</sup> Die insbesondere von den emanzipativen demokratischen Bewegungen formulierte Medizinkritik blieb zwar in den Diskursen der Gesundheitswissenschaften und -politik nicht folgenlos,<sup>29</sup> da die Kritik jedoch das Kritisierte nicht ersetzen konnte, mündete sie nicht wirklich in eine andere Medizin und auch der faktische Status der ärztlichen Profession blieb diesbezüglich weitestgehend unberührt.

26 Siehe zur Diskursverschiebung in Hinblick auf eine standardisierte medizinische Rationalität die aufschlussreiche Studie von Berg (1995).

27 Siehe aus einer ideologiekritischen Perspektive insbesondere Freidson (1975b; 1979).

28 Vgl. Illich (1995, 77ff.).

29 So hatte dann auch das Bundesgesundheitsministerium als Maßnahme zur weiteren Verankerung des ›shared decision making‹ von 2001 bis 2004 den Förderschwerpunkt »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« ausgerufen.

### Iatrogenese

»Ein professionelles, auf die Person des Arztes abgestelltes Gesundheitssystem, das sich über gewisse Grenzen hinaus entwickelt hat, macht aus drei Gründen die Menschen krank: es produziert zwangsläufig klinische Schäden, die schwerwiegender sind als sein potentieller Nutzen; es kann die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank machen, nur begünstigen – auch wenn es sie zu verschleiern sucht; und es nimmt dem Einzelnen die Fähigkeit, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten. Die heutigen Medizinsysteme haben die Grenzen dessen, was erträglich ist, bereits überschritten«.

*Ivan Illich (1995, 15), Die Nemesis der Medizin*

Wir finden nun zwar auf der einen Seite einen sich zunehmend entwickelnden gesundheitswissenschaftlichen Diskurs, der auf eine Enaktierung der Bürger zur Selbsthilfe, auf gesundmachende Lebensstile,<sup>30</sup> auf Prävention und damit in Bezug auf Gesundheitsversorgung auf eine Abkehr vom Primat der ärztlichen Führung setzt.<sup>31</sup> Auf der anderen Seite bleiben jedoch die Praxis der Schulmedizin wie auch ihre Institutionen weitgehend unberührt von dieser Bewegung. Die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung bleibt, wie Saake feststellt, weiterhin ein konstitutionelles Merkmal der Krankenbehandlung.<sup>32</sup>

Man mag zwar aus guten Gründen mehr Partizipation in der Arzt-Patient-Beziehung einfordern. Die mit diesen Diskursen erzeugten Sprecherpositionen ersetzen jedoch in der Regel weder die bisherigen Machtverhältnisse noch die Plausibilitäten der bisherigen Institutionen und Praxen, sondern finden im Sinne einer »Gesellschaft der Gegenwarten« (Nassehi) parallel an verschiedenen Orten statt, ohne einander dabei aufzuheben.<sup>33</sup> Die medizin- und gesundheitsbezogenen Enaktierungs- und Partizipationsdiskurse finden zwar sehr wohl ihren Platz in der Gesellschaft, interferieren dabei jedoch praktisch kaum mit der weiterhin fortbestehenden Kultur der auf dem medizinischen Blick fußenden Krankenbehandlung, da beides an unterschiedlichen Orten stattfindet.

Über das vielfach beklagte Demokratisierungsdefizit ergaben sich für die Medizin doch auch andere, gewichtigere Probleme. Als Folge einer sich immer weiter ausdifferenzierenden Disziplin entstanden vielfältige Schnittstellen- und Integrationsprobleme. Die Gemein-

<sup>30</sup> Siehe hierzu das Paradigma der »Salutogenese« (Antonovsky 1997).

<sup>31</sup> Siehe etwa Trojan (1992; 2001), Rosenbrock (2004; 2006; 2007) sowie Elkeles (1997).

<sup>32</sup> Saake (2003).

<sup>33</sup> Nassehi (2008).

schaft der Ärzte zeigte sich jetzt nicht mehr nur als eine Gruppe von Gleichen. Die Verteilungskämpfe zwischen den verschiedenen Disziplinen brachen nun auch für die Öffentlichkeit sichtbar auf. Die Spezialisten gewannen zugunsten der Primärversorgung, wenngleich die generalistischen und ganzheitlichen Tugenden der Allgemeinärzte weithin ausgelobt wurden.<sup>34</sup> Die Ausdifferenzierung des Medizinsystems in viele Subsysteme führte zwar einerseits zu einer Leistungssteigerung, denn die jeweiligen Subdisziplinen und Organisationen operieren auf einem gegenüber den Generalisten konkurrenzlosen und entsprechend unschlagbaren Leistungsniveau. Andererseits werden nun aber auch ›Desintegrationsphänomene‹ und entsprechend vermehrt die Entfremdung der Organmedizin vom ›ganzen‹ Menschen kritisiert.

Da die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Spezialisten an der jeweiligen disziplinären Grenze enden, lassen sich die Probleme in Bezug auf die Verzahnung der Leistungsangebote nicht mehr an einzelne Akteure oder dienstleistende Organisationen adressieren.<sup>35</sup> Die Missstände in der Kooperation der verschiedenen Spezialgebiete, insbesondere aber auch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sowie der Rehabilitation, können – wie empirisch vielfältig zu beobachten – jeweils nur noch wirkungslos dem jeweils anderen zugerechnet werden.<sup>36</sup>

Die deutlichen Nebenfolgen dieser ›Taylorisierung der Medizin‹ führten jedoch nicht zu einem grundsätzlichen ›Kulturwandel‹ innerhalb der Medizin. Auch die Bedeutung des Arztes als Leitberuf im Gesundheitssystem wurde hiermit nicht infrage gestellt. Innerhalb der Selbstbeschreibung der ärztlichen Profession stellt es keinen Widerspruch dar, der Ausdifferenzierung des medizinischen Feldes in unterschiedliche Subdisziplinen zu folgen und diese als eine höhere Rationalität der Medizin zu verkaufen, um dann auf der anderen Seite nur den Arzt in der Lage zu sehen, die Integration zwischen den unterschiedlichen Wissenssphären herstellen zu können.<sup>37</sup>

Die eigentliche ›Systemfrage‹ stellte sich für die Medizin erst, als die bislang nicht infrage stehende weitere Ausdehnung der medizinischen Versorgungsangebote aus volkswirtschaftlicher Perspektive

34 Hafferty (1995, 136).

35 Vgl. Badura/Feuerstein (1994), Feuerstein (1994a; 1994b).

36 Siehe hierzu aus einer soziologischen Perspektive schon Mayntz und Rosewitz (1988).

37 In diesem Zusammenhang sei nochmals auf Marc Bergs Diskursanalyse am Beispiel der Entwicklung des medizinischen Selbstverständnisses am Beispiel der Editorials der beiden großen amerikanischen Medizinjournalen YAMA und NEJM verwiesen.

problematisiert wurde. Der zuvor unwidersprochene gesellschaftliche Anspruch, dass eine weitere Ausdehnung der medizinischen Versorgungsangebote prinzipiell wünschenswert sei, wurde jetzt auch von politischer Seite infrage gestellt. Die »Anspruchsspirale« sollte nun unterbrochen werden<sup>38</sup> und in diesem Sinne wurden dann in der Bundesrepublik ab 1977 die Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtet, eine Kostendämpfungspolitik mit dem Ziel der Beitragsstabilität zu verfolgen. Mit den Gesundheitsreformgesetzen (1989 »Erste Stufe«, 1993 »Zweite Stufe«, 1997 »Dritte Stufe«) wurden schrittweise die Zugriffsmöglichkeiten auf die medizinischen Prozessabläufe seitens der Krankenkassen erhöht. Externe Kontrollen hinsichtlich der Plausibilität und Begründung der ärztlichen Leistung wie auch Einzelverträge mit den Krankenhäusern wurden nun jenseits der globalen Landesbedarfsplanung möglich.<sup>39</sup>

All diese Initiativen zur Reform der Organisation der Krankenversorgung standen dabei nicht nur im Kontext knapperer Geldmittel, sondern auch im Lichte der Entwicklung einer auflösungsstärkeren *Gesundheitsberichterstattung*, die eine Datenlage präsentierte, entsprechend der die Gesundheitsbilanz der reichen Industrienationen offensichtlich nicht mit den eingesetzten Mitteln korrelierte.

Mit Blick auf den Befund, dass die Bundesrepublik Ende der 90er-Jahre gemessen an ihrem Bruttosozialprodukt hinter den USA und der Schweiz im internationalen Maßstab die höchsten Gesundheitsausgaben leistete, hinsichtlich der Gesundheitsparameter ihrer Bevölkerung jedoch »nur« im Mittelfeld der entwickelten Industrienationen lag,<sup>40</sup> schien der Reform- und Veränderungsbedarf hinreichend plausibilisiert.

Im Hinblick auf gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Entscheidungen wurde jetzt auch die bislang nicht strittige leitende Rolle der ärztlichen Profession infrage gestellt. Mit der universitären Institutionalisierung von Public Health in den 80er-Jahren, dem vermehrten Rekurs auf biometrische Verfahren in der Sozialmedizin sowie der Ausbildung von Gesundheitsökonom\*innen konkurrieren nun auch zunehmend nicht-ärztliche bzw. nicht-klinische Wissenseliten um die Definitionsmacht, wie dem Zentralwert Gesundheit am besten gerecht zu werden ist, und um entsprechende Leitungspositionen.

Der hiermit verbundene, oft als *Deprofessionalisierung* diagnostizierte Stellungsverlust der ärztlichen Profession scheint auf den ersten Blick eine gesellschaftstheoretische Neubeschreibung der Medizin zu erfordern. Während noch bei Parsons der medizinischen Profession

38 Herder-Dorneich/Schuller (1983).

39 Observatory (2000, 199ff.).

40 Vgl. Observatory (2000).

die Rolle zugeschrieben wurde, die Gemeinwohlorientierung gegenüber der Politik und Wirtschaft zur Geltung zu bringen, vervielfältigen sich nun die Sprecherpositionen, welche ihrerseits beanspruchen, etwas zum gesundheitlichen Wohle der Bevölkerung beitragen zu können.

Die bereits bei Illich aus einem libertären Denkraum heraus angelegte Medizinkritik wird nun zu einem gesundheitspolitischen Programm gewendet, das auf allen Ebenen seine entsprechende politische Institutionalisierung einfordert.

Noch mehr Medizin und noch stärker ausgedehnte Versorgungsangebote erscheinen nun im Blickwinkel der sozialepidemiologischen Diskurse und einer entsprechend informierten Gesundheitsberichterstattung nicht mehr per se als gut. Auf Basis der sich hieraus entfaltenden Semantiken konnte dann die Idee der gleichzeitigen »Über-, Unter- und Fehlversorgung«,<sup>41</sup> welche der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2001 formulierte,<sup>42</sup> zum geflügelten Wort eines neuen Selbstverständnisses in der Gesundheitspolitik werden.

Die World Health Organisation (WHO) fordert darüber hinaus aus einer Public-Health-Perspektive eine auf Prävention und Eigenverantwortung basierende »Gesundheitsgesellschaft« ein, die mehr auf »Salutogenese« setzt, also primär gesundheitsfördernde Maßnahmen unterstützen möchte, um dann langfristig weniger Medizin betreiben (und finanzieren) zu müssen.<sup>43</sup>

Doch nicht nur die Politik, sondern auch die Wirtschaft beansprucht nun einen Anteil von dem symbolischen Kapital, das zuvor die medizinische Profession erfolgreich monopolisieren konnte. Eine an ökonomischen Kriterien orientierte Gesundheitsökonomik tritt nun mit dem Anspruch an, die Krankenbehandlung nicht nur effizienter, sondern auch kundenfreundlicher und qualitativ hochwertiger organisieren und gestalten zu können, etwa indem die in den Industrie- und Dienstleistungsbereichen der Privatwirtschaft bewährten Managementkonzepte auf die Organisation der Krankenbehandlung angewendet werden.<sup>44</sup>

Anstelle der bestimmten Persongruppen und Autoritäten zurechenbaren Qualitäten erscheinen nun vermehrt Konzepte wie *Rati-*

41 Unter »Überversorgung« wird hier die Anwendung von Leistungen oder Maßnahmen mit nur geringem Nutzen verstanden, die als Folge also überwiegend nur Kosten produzieren würden. »Fehlversorgung« meint hier medizinisch nicht indizierte Behandlungen, sodass womöglich gar mehr Schaden als Nutzen entsteht.

42 Sachverständigenrat (2002).

43 Siehe etwa Kickbusch (2006).

44 Siehe in diesem Sinne etwa Braun von Reinersdorff (2002).

onalität, Kundenorientierung, Qualitätsmanagement, evidence based practice und Effizienz als jene übergreifenden Orientierungsmarken, anhand derer sich auch die Steuerung der Krankenbehandlung auszurichten hat. Die mit der Diskussion um die Reform- und Neuausrichtung einhergehende Perspektive pointiert in ihrer semantischen Selbstplausibilisierung weniger Macht- und Verteilungsfragen denn übergreifende Rationalitäten, denen weitgehend alternativlos zu folgen ist. *Evidence based medicine* und die Forderung nach mehr Effizienz und Qualitätsmanagement erscheinen fraglos vernünftig, ebenso wie der Vorschlag, auf allen Ebenen auf mehr Eigenverantwortung zu setzen.

All dies sind Indizien eines veränderten gesellschaftlichen Umfeldes, das einen neuen gesellschaftlichen Kontext für die Krankenbehandlung erzeugt. Wir treffen nun auf eine veränderte gesundheitspolitische Semantik, entsprechend der – sowohl aus ›neoliberaler‹ Perspektive als auch von ›moderner‹ Sozialdemokratie vertreten – die alte Dichotomie von privatwirtschaftlichen Interessen, politischer Steuerung und Gemeinwohl verworfen wird. Das Stichwort hierzu ist ›New Public Management‹. *Die sich vermeintlich auf Patienteninteressen berufende Medizin ist nicht mehr per se gut*. Medizin kann sich nicht mehr dadurch legitimieren, dass sie sich gegen wirtschaftliche und politische Interessen abgrenzt. Denn wenn auch Politik und Wirtschaft nur das Gute wollen, verliert das bisherige Alleinstellungsmerkmal der Professionen an Strahlkraft, da nun auch die anderen gesellschaftlichen Felder in gesundheitlichen Belangen ›Gemeinwohlorientierung‹ beanspruchen können.

All dies mag Soziologen Anlass zu einer *Ideologiekritik* geben, die gerade in der vermeintlichen Rationalität all dieser Prozesse jenen Machtkern vermutet, der als gegenwärtige Subjektivierungsform *nolens volens* alle beteiligten Akteure der verdeckten Agenda eines ›neoliberalen‹ Diskurses unterwirft.<sup>45</sup> Mit der unverdächtigen Forderung »Rationalisierung statt Rationierung«,<sup>46</sup> so dann die leitende These, werden die Debatten um die Zukunft des Gesundheitssystems zugleich ihres politisch-ökonomischen Charakters beraubt.

An diesem Befund mag durchaus einiges stimmen, doch eine soziologische Beschreibung kann und darf sich hier mehr Komplexität zutrauen. Ist mit den hier formulierten Einheitssemantiken die Differenzstruktur unserer Gesellschaft wirklich aufgehoben? Gibt es ›wirklich‹ den einen totalisierenden Diskurs einer wirtschaftlichen Zurichtung der Krankenbehandlung oder finden wir nicht vielmehr in unserer Gesellschaft weiterhin eine Vielfalt von Sprecherpositionen vor, die jeweils mit eigenen Orientierungen aufwarten?

45 Siehe etwa Bröckling (2007).

46 Porzsolt (1996).

Darüber hinaus entstehen wichtige Fragen zur Einschätzung und Wirkung all jener Maßnahmen, die auf eine höhere Rationalität der Krankenbehandlung zielen. Bringen ›Qualitätssicherung‹, ›Organisationsentwicklung‹, ›Evidenzbasierung‹, ›finanziell auflösungsstarke Fallpauschalensysteme‹, ›Disease Management Programme‹, ›integrierte Versorgung‹, ›effizienzorientierte Anreizsysteme‹ und andere Reforminitiativen tatsächlich höhere medizinische, gesundheitliche, ökonomische und andere gesellschaftliche Rationalitäten mit sich? Spricht nicht im Sinne unserer Einleitung vieles dafür, dass wir auch hier vor allem auf eine *Kultur der Weltmedizin* treffen, die sich derzeit zwar hinreichend selbst plausibilisiert, deren Gesamtrationalität aber nur eine Fiktion darstellen kann?<sup>47</sup> Handelt es sich in Hinblick auf die neue Rationalität der gegenwärtig zu beobachtenden neuen Phase der Medizinmodernisierung nicht überwiegend nur um die *Rituale der Verifikation* einer »*Audit Society*«,<sup>48</sup> die nur pro forma in die Prozesse eingreifen kann, die sie zu steuern vorgibt? Kann es nicht sein, dass es sich in Bezug auf all jene Reformbemühungen, welche wir derzeit an die medizinischen Versorgungsorganisationen herantragen, vor allem um ein *Paradoxiemanagement* handelt,<sup>49</sup> welches letztlich nur neue Komplexitäten aufwerfen kann, die dann im medizinischen Alltag – wie schon immer – nur durch Willkür bewältigt werden können?

Wenn dies der Fall wäre, müsste sich für die medizinische Kultur der Weltgesellschaft die Frage des Kontingenzmanagements um so dringlicher stellen, insofern eben diese Kultur auf organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher, wissenschaftlicher, politischer, juristischer und anderer Ebene nichts anderes praktiziert, als neue Fraglichkeiten und Krisenmöglichkeiten zu institutionalisieren.

## Mut zu komplexeren soziologischen Beschreibungen – Das Vorbild Rohde

Dieses Buch ist nicht zuletzt auch ein Plädoyer dafür, sich in der Analyse unserer Gesundheitsversorgung mehr an theoretischer Komplexität zuzutruen. Für die Medizinsoziologie ist der Meilenstein einer diesbezüglichen Beschreibung immer noch Johann Jürgen Rohdes

47 Eben ›Rationalitätsmythen‹ im Sinne von Meyer/Rowan (1977); vgl. zur Kultur der Institutionen der Weltgesellschaft Meyer (2005).

48 Power (1997).

49 Mit Nassehi »soziologisch betrachtet« würden wir dann »Organisationen« nur deshalb »verändern«, »weil wir die Welt nicht wirklich verändern können« (Nassehi 2009).

»Soziologie des Krankenhauses. Eine Einführung in die Soziologie der Medizin«, das 1962 in der ersten Auflage erschienen ist.<sup>50</sup> Im Rekurs auf Arnold Gehlen<sup>51</sup> und Talcott Parsons gelang es Rohde, aus einer institutionentheoretischen Perspektive ein recht differenziertes Bild der modernen Krankenbehandlung zu zeichnen.

Diese erschien jetzt vor allem als eine *organisierte* Medizin, die durch zahlreiche »Innenspannungen« wie auch »Außenspannungen« geprägt ist. Diese beiden Lagerungen sind, so die Einsicht von Rohde, in Hinblick auf ihre jeweilige Dynamik klar auseinanderzuhalten, insofern man die üblichen Konfliktbereiche der Medizin in Hinblick auf ihre unterschiedlichen funktionalen Einbindungen wirklich verstehen möchte.

Gehen wir, beginnend mit den inneren Spannungslagen des Krankenhauses, zunächst auf einige in unserem Zusammenhang interessante Befunde ein:

- Rohde stellt beispielsweise fest, dass sich das Verhalten vieler Chirurgen eher durch »Operationssucht« denn durch »Geldgier« erklären lässt.<sup>52</sup> Er geht hiermit deutlich auf Distanz zu jenen trivial-ökonomischen Modellen, die nur ökonomische Anreize als Motivation anerkennen, verfällt aber auch nicht in eine romantisierende Perspektive, welche den Ärzten allzu naiv »Menschenfreundlichkeit« unterstellt. Rohde arbeitet heraus, dass der Arzt entsprechend einer spezifischen Handlungsorientierung, eines typischen Ethos und entsprechend einer jeweils spezifischen Wissenskonfiguration agiert. Diese bleibt dem Common Sense üblicherweise verborgen und geht entsprechend auch nicht in der üblichen Rollenbeschreibung vom Arzt als dem Agenten der Gesundheit seiner Patienten auf.
- Hieraus ergibt sich auch der Befund, dass selbst in Krankenhäusern unter privater Trägerschaft und einer Geschäftsführung, die streng nach ökonomischen Kriterien handelt und entscheidet, davon auszugehen ist, dass die meisten Ärzte eher ihrem ursprünglichen medizinischen Funktionsbezug treu bleiben denn sich um die Bilanzen der Verwaltungsangestellten zu kümmern. Doch dies darf dann eben wiederum nicht so verstanden werden, dass hiermit eine besondere Orientierung an der Person des Patienten verbunden ist. Der Patient stellt zwar einerseits den »Ausgangs- und Zielpunkt der Veranstaltung« Krankenhaus dar, doch ist er andererseits zugleich nur als ein »ephemeres« Moment« zu betrachten. Der

50 Vgl. zur zweiten, erweiterten Auflage dann Rohde (1974).

51 Siehe etwa Gehlen (1963).

52 Rohde (1974, 111).

Patient – so Rohde – »berührt nur gleichsam das Funktionsgefüge (und wird von diesem erheblich berührt), aber er geht recht eigentlich in dieses nicht ein.«<sup>53</sup>

- Hieraus resultiert eine weitere »Innenspannung« medizinischer Institutionen. Da nun – wie Rohde zutreffend feststellt – »freundlich zu sein«, nicht unbedingt zur Rollenbeschreibung eines Krankenhausarztes gehört,<sup>54</sup> wird die Kunst, emotionale Zustände geschickt balancieren zu können, im Sinne einer Arbeitsteilung überwiegend dem pflegerischen Bereich überantwortet, denn im Sinne der Aufrechterhaltung der medizinischen Funktionsvollzüge muss der Patient, allein schon um die Zumutungen der ärztlichen Therapien und Diagnosen aushalten zu können, bei guter Laune gehalten werden.<sup>55</sup>
- Auch die Frage nach der Bedeutung der ärztlichen Autorität erscheint jetzt als ein mehrschichtiges Phänomen. So ist nun zwischen der formalen und der faktischen Autoritätsstruktur zu unterscheiden. Letztere ergibt sich vor allem aus den Funktionsnotwendigkeiten der medizinischen und organisatorischen Abläufe. So erklärt sich mit Rohde der übliche »Despotismus« in der Chirurgie« auch dadurch, dass »Entscheidungen« hier »typischerweise schnell und präzise getroffen werden« müssen und sich entsprechend »nicht leicht und vor allem nicht in kollegialen Diskussionen« aushandeln lassen.<sup>56</sup> Dieser klare Funktionsbezug der ärztlichen Hierarchie erlaubt jedoch auf der anderen Seite, dass sich in der Chirurgie aufgrund der fachlich klar verteilten Aufgaben das informelle Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Funktionsgruppen lockerer und entspannter gestalten kann als etwa in der internistischen Medizin, wo die Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen, die etwa ein Pfleger und ein Arzt zu erfüllen haben, leichter zum Thema von Auseinandersetzungen werden kann.

Über die Binnenverhältnisse der Krankenbehandlung entstehen darüber hinaus eine Reihe von Außenspannungen, die sich aus dem Verhältnis der unterschiedlichen medizinischen Versorgungsanbieter wie auch aus der Beziehung zwischen den Behandlungsinstitutionen und den Krankenkassen ergeben:

<sup>53</sup> Rohde (1974, 345ff.).

<sup>54</sup> Rohde (1974, 107).

<sup>55</sup> Siehe in einem ähnlichen Sinne zur Arbeitsteilung in der medizinischen Arbeit auch Strauss et al. (1997).

<sup>56</sup> Rohde (1974, 372).

- In Bezug auf die intermedizinischen Beziehungen ist mit Rohde von einer Gleichzeitigkeit von Kooperation und Konkurrenz auszugehen.<sup>57</sup> Beispielsweise erscheinen die Ärzte im Krankenhaus und in freier Praxis einerseits als Kontrahenten eines Spiels, in dem versucht wird, dem jeweils anderen den Schwarzen Peter in Bezug auf Arbeitslasten und Kosten zuzuschieben. Wenngleich diesbezüglich wechselseitige Vorwürfe an den jeweils anderen unter vorgehaltener Hand oft zu hören sind,<sup>58</sup> werden diese Konflikte jedoch andererseits eher selten offen ausgetragen. Stattdessen wird im unmittelbaren Kontakt in der Regel die übergeordnete Klammer ›medizinischer Kooperation‹ betont. Ein offener Streit würde allzu leicht die Legitimationsbasis der eigenen Arbeit infrage stellen. Lieber unterstellt man dem anderen stillschweigend einige Tricks und Manöver und richtet sein Verhalten entsprechend diesbezüglicher Erwartungen aus, als dass der verlässliche Rahmen medizinischer Kooperation destruiert wird.
- Diese Kooperation ist dann vor allem in Bezug auf die zweite ›Außenspannung‹ unhintergebar. Denn die Ärzte als Anbieter medizinischer Leistungen stehen potenziell immer im Konflikt mit jenen Institutionen, welche ihre Arbeit finanzieren. Dies führt nach außen hin zu einer nahezu unzerstörbaren Loyalität unter den unterschiedlichen Ärzten und Ärztegruppen, auch wenn sie für verschiedene Institutionen arbeiten. In Bezug auf die Beziehung zwischen freier Praxis und Krankenhaus mündet der Charakter der professionellen Kooperation dann in den medizinsoziologischen Befund, dass »das Verhältnis vor allem dann ›stimmt‹, wenn das, was der Krankenkasse berichtet wird, nicht stimmt«. <sup>59</sup>

»Genau dies ist das Dilemma des Krankenhauses. Denn: Wie soll das Wirtschaftlichkeitsprinzip einer Organisation radikal durchgesetzt und durchgehalten werden, die nicht nur ›moralisch‹ verpflichtet, sondern auch sachlich dazu gezwungen ist, einen letztlich finanziell zu Buche schlagenden Aufwand zu treiben, der sich weder im Sinne der absoluten Erfolgsgewißheit noch nach den Regeln der sozialen Sicherungsbestrebungen wirklich ›auszahlen‹ kann? Zieht man in Betracht, wie weit die Dinge heute gediehen sind, wie sehr alles dazu getan worden ist, der Öffentlichkeit nicht nur die Vision, sondern auch die Verwirklichung eines total risikolosen Lebens vorzuführen, dann muß es als sehr fragwürdig erscheinen, ob das Problem dadurch

57 Rohde (1974, 438 ff.).

58 Schon in Referenz auf die verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses wird regelmäßig die Vermutung geäußert, dass die jeweils anderen ihre schwierigen Patienten abschieben würden.

59 Rohde (1974, 345 ff.).

zu lösen ist, daß man den Bedarf gleichsam von außen her zu regeln und zu drosseln sucht, indem man die Legitimität von Bedürfnissen bestreitet. Eben dies scheint uns aber im Hinblick auf das Krankenhaus zu geschehen«.

*Johann Jürgen Rohde (1974, 474f.)*

Rohdes Analysen verfügen über jene hohe Beschreibungskomplexität einer soziologischen Perspektivierung, welche die Handlungsorientierungen der beteiligten Akteure jeweils abhängig von Standort, Habitus und den gesellschaftlichen Kontexturen<sup>60</sup> begreifen lässt. Erst auf diesem Wege entsteht eine differenzierte Analyse medizinischer Institutionen, die nicht vorschnell dazu neigt, Organisation (›Innenspannungen‹) und Gesellschaft (›Außenspannungen‹) zu vermischen. Mit Rohde entsteht eine soziologische Beschreibung, die um Bearbeitungsformen im Modus des Als-ob weiß, die Beziehungen zugleich als kooperativ wie auch konkurrent begreifen lässt, die mit einer starken Diversifizierung professioneller Orientierungen umgehen kann und nicht zuletzt auch darum weiß, dass der Patient als Mensch in all diesen Prozessen zwar beständig affirmiert, aber dennoch üblicherweise *de facto* draußen gelassen wird.

## Die praxeologische Perspektive

Wenngleich Rohdes Werk in Hinblick auf Umfang und theoretische Durchdringung derzeit immer noch alternativlos ist,<sup>61</sup> ist die von ihm verwendete institutionentheoretische Perspektive nur noch bedingt als theoretische Metaperspektive geeignet, um die Dynamik der gegenwärtigen Versorgungssysteme angemessen aufzuschließen. Der Grund hierfür liegt in den weitergehenden gesellschaftlichen Ausdifferenzierungen, die eine entsprechend auflösungsstärkere theoretische Integration erfordern. Die derzeit zu beobachtenden Konflikte lassen sich nur noch begrenzt als ›Zweckspannungen‹ begreifen, sondern verlangen nach einer Konzeption, die einerseits den Blick für andere Systemrationalitäten öffnet, andererseits aber zugleich

60 Siehe zu dem Begriff der ›Kontextur‹ das Kapitel »Gesellschaftliche Kontexturen der Krankenbehandlung«.

61 Auch Eliot Freidson, der große amerikanische Kenner des Gesundheitssystems, bleibt in seinen letzten theoretischen Analysen mit seiner Beschränkung auf die drei Dimensionen Professionalismus, Bürokratismus und Ökonomismus für unsere Ansprüche zu unterkomplex (Freidson 2001).

stärker *praxeologisch* gewendet ist, also bereit ist, noch unmittelbarer auf die Logik der Praxis zu schauen. Erst von dieser Perspektive aus lässt sich lernen, dass die beobachtbaren Verhältnisse oftmals weniger durch Zweck-Konflikte und den sich hieraus entfaltenden Spannungen ausgestaltet werden, sondern einfach nur ein Resultat einer »Gesellschaft der Gegenwart«<sup>62</sup> darstellen, also in vieler Hinsicht angemessener als ein Produkt der nicht-intentionalen Verkettung von Prozessen zu verstehen sind, die an verschiedenen Orten unabhängig voneinander ausgestaltet und entwickelt wurden und nun in einer Praxis zusammenfinden müssen.

Eine für unsere Zwecke hinreichend differenzierte Perspektive bietet derzeit die praxeologische Wissenssoziologie, wie sie etwa Ralf Bohnsack<sup>63</sup> im Anschluss an Karl Mannheim, Pierre Bourdieu und Niklas Luhmann entwickelt hat, die soziologische Systemtheorie Bielefelder Prägung, insofern man sie nicht subsumtionslogisch, sondern rekonstruktiv begreift, die Netzwerk-Theorie im Sinne von Harrison White<sup>64</sup> und die Akteur-Netzwerk-Theorie, wie sie von Bruno Latour und Michel Callon ausformuliert wurde.<sup>65</sup> So unterschiedlich die jeweiligen Konzeptionen auch ausgestaltet sind, sie eint eine wissenssoziologische Perspektive,<sup>66</sup> welche die Handlungsorientierungen der beteiligten Akteure als abhängig von einer konkreten Verkettung innerhalb eines konkreten Gefüges begreift und diese deshalb nicht mehr einem Individuum zurechnen muss, das Herr seiner Selbst ist bzw. intentional mit seinem Handeln bestimmte Zwecke verfolgt.<sup>67</sup> Handlungen sind nun vielmehr als implizit in soziale Prozesse *eingelagerte Praktiken*, als *komplexe Produkte überpersonaler Konstellationen* zu verstehen, die ihrerseits in überpersonale komplexe Konstellationen eingelagert sind.

Mit Bourdieu rechnen wir nun mit unterschiedlichen, in sich inkommensurablen Eigenlogiken verschiedener gesellschaftlicher Felder, deren Eigenarten vor allem den symbolischen Wertigkeiten

62 Nassehi (2006).

63 Siehe insbesondere Bohnsack (2007).

64 Siehe White (1992).

65 Siehe insbesondere Latour (2007).

66 Siehe zur Diskussion der Beziehung zwischen Bourdieu und Luhmann Nollmann/Nassehi (2004).

67 Auch Normen und Regeln müssen dann nicht mehr, wie noch bei Parsons und Habermas, im Sinne eines äußerlich zu verstehenden Regelwissens begriffen werden, an dem sich der einzelne Akteur dann in jedem seiner intentionalen Akte orientiert (vgl. Habermas 1992, 65). Vielmehr ist dann auch Normativität vor allem sozialperspektivisch als ein in lokale Praxen eingelagerter Prozess zu verstehen (vgl. Brandom 2000, Esfeld 2003).

des jeweiligen Feldes geschuldet sind. Was den Wissenschaftler heiß macht, muss damit noch lange nicht für den Arzt oder den Verwaltungsdirektor instruktiv sein. Von Latour können wir unter anderem lernen, dass auch der Sozialwissenschaftler selbst in jene Netzwerke verwickelt ist, in denen dann auch seine Konzepte und Begriffe ihr unkontrolliertes Eigenleben führen. Evaluation und Organisationsentwicklung instruieren zwar sehr wohl auch soziale Wirklichkeiten, jedoch in der Regel nicht mehr in einer Weise, wie sie vom Erfinder dieser Konzepte intendiert wurde. Mit Luhmann entwickeln wir ein Gespür für die vielfältigen verschachtelten Systemreferenzen, welche in der modernen Gesellschaft ein Eigenleben führen.

All dies kumuliert schließlich in der zunächst wenig verwunderlichen Einsicht, dass jegliches Erkennen – und damit auch die wissenschaftliche Erkenntnis – beobachterabhängig ist und dass es verschiedene Standorte der Beschreibung, also unterschiedliche Sprecherpositionen gibt, die dann ihrerseits unterschiedliche Handlungsorientierungen verkörpern.

Dieser Befund erscheint jedoch keineswegs trivial, sobald wir uns die vielfältigen Praktiken zur Steuerung und Reflexion der organisierten Medizin anschauen. Sei es die so genannte *evidence based medicine*, eine wissenschaftlich beratene Gesundheitspolitik, die verschiedenen gesundheitsökonomischen Reflexionen, Public Health oder all die Versuche zur Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, all diese Perspektiven sind in der Regel *monokontextural*, d. h. nur aus einer Beobachterperspektive verfasst, wenngleich sie üblicherweise mit dem Anspruch antreten, verbindliches Steuerungswissen für die komplexen Abläufe der Institutionen unseres Gesundheitswesens zur Verfügung zu stellen. Sie überschätzen damit regelmäßig jeweils ihre eigenen theoretischen Möglichkeiten, da sie üblicherweise ausblenden, dass die Akteure in den von ihnen thematisierten Feldern nach Handlungsorientierungen agieren, die *eigenlogisch* vom jeweiligen Feld und nicht von einem übergeordneten normativen Anspruch instruiert werden. Sie überschätzen Konfliktsemantiken, die davon ausgehen, dass die Akteure wissen, was sie tun und gerade deshalb in Spannung zueinander treten, und lenken den Blick entsprechend zu wenig auf jene systemischen Bezugsprobleme, für welche die zu beobachtenden Konflikte eine Lösung, nicht jedoch die Ursache des Problems darstellen.

In der derzeitigen gesellschaftlichen Reflexion des Medizinsystems besteht – so die dieses Buch leitende Diagnose – ein *Theoriedefizit* in genau dem Sinne, dass es bislang noch nicht gelingt, auf reflexiver Ebene angemessen mit *polyzentrischen* und *polykontexturalen Verhältnissen* umzugehen. Im Gegenteil – die meisten diesbezüglich-

chen Diskurse fallen weit unter das von Rohde in den 60er-Jahren erreichte Niveau zurück.

Eines der wesentlichen Ziele, die hier verfolgt werden, besteht in einem Plädoyer für eine Beschreibungsdichte, die sich wieder zutraut, sich der Komplexität des untersuchten Gegenstandes zu stellen, ohne sich dabei jedoch in den Fallstricken des Relativismusproblems zu verfangen.<sup>68</sup> Der Zugang hierzu beruht vor allem auf einer methodologischen Wendung der Sozial- und Gesellschaftswissenschaften hin zu einer *rekonstruktiven Forschung*, die über die systematische Perspektivierung zu einer vergleichenden Analyse gelangt, welche die unterschiedlichen relevanten Beobachterstandorte in ihren jeweils eigenen Orientierungen und Feldabhängigkeiten rekonstruieren kann. Diese methodologische Perspektive geht davon aus, dass die von den Sozialwissenschaften untersuchten sozialen Prozesse selbst theorie- und unterscheidungsgeleitet operieren.

Wissenschaftliches Verstehen hat sich entsprechend auf die Rekonstruktion der Selbstreferenz der jeweils in den untersuchten Praxen zur Anwendung kommenden theoretischen Perspektiven zu gründen. Es kann hier also nicht mehr um idealtypische Modellierungen gehen, die im Sinne des Common Sense mit plausiblen Motivunterstellungen arbeiten – man denke etwa an das in den Wirtschaftswissenschaften favorisierte Rational-Choice-Modell – oder um ein Verstehen, dass auf Typisierungen von Handlungsabsichten beruht.<sup>69</sup> Vielmehr geht es um die Rekonstruktion des epistemischen Raums, aus dem heraus in bestimmten Praktiken bestimmte Orientierungen attraktiv und zwingend erscheinen.

Selbst unter Betriebswirten laufen die Dinge nicht unbedingt ökonomisch rational ab.<sup>70</sup> Ebenso sind Common-Sense-Begründungen der Form, dass in der Medizin Krankheiten entsprechend einem wissenschaftlich begründeten Zweck-Mittel-Rational behandelt werden,

68 Erst durch die methodologische Wendung zur rekonstruktiven Forschung gelingt der Wissenssoziologie ein produktiver Umgang mit dem von Mannheim aufgeworfenen Relativismusproblem (vgl. Meja/Stehr 1982). Heute kann dieses methodisch-systematisch angegangen werden durch die Konzeption einer multidimensionalen Typologie (Bohnsack 2001), welche die ›Standortabhängigkeit des Wissens‹ in eine relationale Ordnung einbinden lässt, bzw. mit Hilfe der Güntherschen Idee der Polykontextualität (Günther 1978), an welche dann später Luhmann mit seinen Arbeiten angeschlossen hat (siehe zur ausführlichen Erläuterung der beiden Konzeptionen weiter unten).

69 So dann Schütz (1981) mit den Um-zu- und Weil-Motiven.

70 Siehe etwa die Arbeiten von Herbert Simon zur »bounded rationality« (Simon 1991).

nur ein Weg unter anderen, um medizinisches Handeln als eine *kulturell* akzeptierte Praxis zu plausibilisieren.

Medizinische und organisatorische Praxen nutzen vielfältige Formen, um sich zu stabilisieren. Wir treffen hier auf Verfahrensrituale, technische Hilfsmittel, welche die Kommunikation in eingespurte Bahnen einmünden lassen, Hierarchien, welche die Kontingenzen des Alltags durch Willkür überbrücken, und nicht zuletzt auf Organisationen, welche die oftmals unerfüllbaren Ansprüche der unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssysteme in praktikable Routinen übersetzen.

Die gegenwärtige Kultur der Krankenbehandlung erscheint dabei vor allem als eine *gesellschaftliche* Praxis, nämlich als der Vollzug von medizinischer Kommunikation, welche im Rekurs auf andere gesellschaftliche Kommunikation (z. B. Wirtschafts- und Wissenskommunikation) erst jene vielfältigen Formen hervorbringt, die in einer hochgradig ausdifferenzierten Gesellschaft beobachtet werden können. Eine solche Perspektive unterläuft die in den soziologischen Lehrbüchern kanonisierte Unterscheidung zwischen Makro- und Mikroebene, denn das, was in alltäglichen kommunikativen Praxen, insbesondere in der Interaktion, passiert, reaktualisiert zugleich Gesellschaft, und zwar im Sinne der *Mehrsystemzugehörigkeit* von Ereignissen als funktionale Differenzierung und als Ebenendifferenzierung. Eine Chefarztvisite verweist zugleich auf eine bestimmte medizinische Kultur, vollzieht Erziehung der Assistenzärzte, leistet eine Qualitätssicherung, steht im Kontext der rechtlichen Verantwortung der medizinischen Leitung, aktualisiert das Rollengefüge zwischen Ärzten, Patienten und Pflegekräften, stellt ein Forum der Entscheidungsfindung dar, ist in die Knappheitskalküle der Abteilung eingebettet, inszeniert symbolische Heilung und verrichtet darüber hinaus auch Medizin.

Mit der »inkluisiven Handhabung von Systemreferenzen«<sup>71</sup> verlassen wir in der Beschreibung die klassische Entweder-oder-Logik im Sinne des Gesetzes vom ausgeschlossenen Dritten und gelangen zu einem postontologischen Sowohl-als-auch der Gleichzeitigkeit ver-

71 Stichweh (2000, 16) und weiter: »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.).

schiedener Kontexturen und Ebenen, die sich nun zu *heterarchischen* Arrangements verbinden.

So erweisen sich dann auch die Vorstellungen, dass etwa die Wissenschaft hierarchisch über der medizinischen Praxis stehe oder gesundheitspolitische Vorgaben im Sinne eines Top-down-Prozesses von den Ärzten, Managern und Pflegekräften umzusetzen seien, als Fiktion einer falsch verstandenen Mikro-Makro-Unterscheidung. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive erscheint die Formulierung von gesundheitspolitischen Gesetzen und Programmen auch nur als eine kommunikative Praxis unter anderen, die dann in der Organisation Krankenhaus auf vielfältige andere kommunikative Praxen trifft, die sich als semantische Orientierungen ebenso selbst plausibilisieren. Auch wissenschaftliche oder ökonomische Rationalitäten erscheinen nun praxeologisch betrachtet als nicht mehr und nicht weniger als eine bestimmte Praxisform, welche dann beispielsweise bioepidemiologisches Wissen oder abrechnungstechnische Formate produziert. Diese kulturspezifischen Praxen treffen dann jedoch im medizinischen Alltag auf vielfältige andere Praxisformen, welche ebenfalls ihre eigene Plausibilität einfordern. Wissenschaft und Ökonomie heben weder die Realität mikropolitische Spiele auf noch die Eigendynamik der auf wechselseitigem Vertrauen basierenden Arzt-Patient-Beziehung.

All diese Praxisformen eint, dass sie *kommunikative Sachverhalte* darstellen. *Kommunikation* stellt aus systemtheoretischer Perspektive einen *selbstreferenziellen Zusammenhang* dar, der darauf beruht, dass Kommunikation *Kommunikation auslöst*. Die Kommunikation reitet dabei zwar auf den beteiligten Bewusstseinssystemen mit ihrer Fähigkeit, wahrzunehmen und Sinn prozessieren zu können. Da aber ein Akteur prinzipiell keine (vollständige) Kontrolle darüber haben kann, was der jeweils andere versteht, lässt sich Kommunikation nicht mehr als die Übertragung von Information von einem Bewusstsein auf ein anderes Bewusstsein zur Einheit bringen.<sup>72</sup>

Kommunikation überschreitet das Bewusstsein der beteiligten Einzelakteure, denn das, was in der Kommunikation geschieht, ist nicht mehr von den Intentionen einzelner Akteure abhängig, sondern wird erst durch die wechselseitigen Anschlüsse spezifiziert. Kom-

72 Mit Peter Fuchs ist an dieser Stelle eine Ergänzung einzufügen: »Bekannt geworden ist die eine Seite der Annahme, daß nämlich Sozialsysteme bewußtseinsfrei arbeiten; weniger bekannt ist die Umkehrung, weil sie trivial klingt, aber selbstverständlich arbeiten Bewußtseine kommunikationsfrei. Und dies (in beiden Fällen), obwohl es kein Bewußtsein ohne Kommunikation, keine Kommunikation ohne Bewußtsein gibt« (Fuchs 2001, 84).

munikation ist deshalb differenztheoretisch als ein mehrgliedriger ›transpersonaler‹ Selektionsvorgang zu verstehen, der aus den drei Schritten Information, Mitteilung und Verstehen besteht.<sup>73</sup> Nicht das, was gemeint ist, sondern das, was *verstanden* wird, entscheidet über den Sinn der Kommunikation – also die Art und Weise, wie jeweils die Selektion von Information und Mitteilung im Verstehen im Einzelfall getroffen wird.

Kommunikation kann zwar die psychische Dimension von Menschen in Rechnung stellen – etwa in Diskursen über das subjektive Erleben –, *braucht* dies jedoch nicht zu tun bzw. kann ohne Weiteres die Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen ignorieren. Entscheidend ist allein das, was als kommunikativer Anschluss gewählt wird, d. h. welche sinnhaften Lösungen die kommunikative Praxis jeweils im Einzelfall hervorbringt.

Gehen wir im Folgenden auf einige kommunikative Kontexte ein, welche in der Krankenbehandlung eine besondere Rolle spielen:

1. (*Kranke*) *Körper*: (Menschliche) Körper im Allgemeinen und der kranke Körper im Besonderen haben selbst einen kommunikativen Charakter. Die körperliche Präsenz eines Menschen eröffnet eine Reihe sinnhafter Anschlussmöglichkeiten, in denen die leibliche Anwesenheit und der leibliche Ausdruck sinnhaft ausgedeutet werden kann. Die Präsenz eines kranken Körpers instruiert die Kommunikation dabei in besonderer Weise. Nicht zuletzt suggeriert dieser Hilfsbedürftigkeit, Leiden und bei schwerer Krankheit eine kommunikative Aufdringlichkeit, welche alles andere nachrangig erscheinen lässt. Innerhalb des Krankenhauses weist die hiermit verbundene ›*routinization of emergency*‹ (Rohde 1974, 345 ff.) jedem alternativen kommunikativen Rahmen eine zweitrangige Bedeutung zu (jeder, der versucht Krankenhausärzte zu längeren Besprechungen zusammenzuführen, muss erfahren, dass dies an

73 Kommunikation darf hier allerdings »nicht als statische Zeichenfunktion oder als Supersystem gegenüber dem Bewußtsein konzeptualisiert« werden. »Luhmann legt vielmehr besonders Wert auf die Feststellung, daß Kommunikation *zugleich* etwas vom Bewußtsein radikal zu unterscheidendes ist *und* daß Kommunikation ohne die Beteiligung von Bewußtsein nicht emergieren könnte. Mit dieser theoretischen Umstellung der Systemreferenz Bewußtsein zur Differenz von Bewußtsein und Kommunikation kann es gelingen, sowohl den hermeneutischen Grundgedanken des individuellen Perspektivismus zu beerben als auch dessen Unfähigkeit zu überwinden, das Zwischen den Individuen, das auf diese nicht linear verrechenbar ist, weitgehend unbestimmt lassen zu müssen – oder eben transzendental zu begründen« (Kneer/Nassehi 1991, 352).

- ständigen Unterbrechungen, begründet durch den Primat der Patientenversorgung, scheitert).
2. *Gefühl/Gefühlsausdruck*: Auch Gefühle haben einen kommunikativen Charakter, da ein Gefühlsausdruck seinerseits verstehend gedeutet wird und bestimmte kommunikative Anschlüsse bahnt, bzw. beim Rezipienten Gefühle auslöst, die dann wiederum in die Kommunikation eingehen.<sup>74</sup> Innerhalb der Prozesse einer Krankenbehandlung tauchen eine Reihe starker Gefühle und Empfindungslagen auf (Schmerz, Angst, Hoffnung, Depression), die dann ihrerseits die kommunikativen Antwortmöglichkeiten von Ärzten und Pflegekräften (mit-)instruieren.<sup>75</sup>
  3. *Artefakte*: Insbesondere von Bruno Latour haben wir gelernt, dass auch die Dinge einen kommunikativen Charakter haben. Sie bahnen und ermöglichen bestimmte kommunikative Anschlüsse<sup>76</sup> und ermöglichen auf vorreflexive Weise eine Bindung von Wahrnehmung, Psyche und Sozialem.<sup>77</sup> Der weiße Kittel, die Krankenakte, das Krankbett, Spritzen und Pillen, medizinische Apparate und andere Artefakte gehen insofern immer auch in die Kommunikation mit ein, als dass sie die Arzt-Patient-Beziehung rahmen, Erwartungen instruieren, Routinen stabilisieren sowie die Krankenbehandlung mit einem Gedächtnis versorgen (selbst wenn nicht geredet wird, *sieht* man, was angesagt ist).<sup>78</sup>
  4. *Organisation*: Organisation wird hier als ein besonderer kommunikativer Zusammenhang begriffen, der auf einer Semantik beruht, die prinzipielle Zukunftsoffenheit durch Entscheidung zu schließen und die Vergangenheit als ein Reservoir möglicher Entscheidungsalternativen zu betrachten. Eine Organisation ist aus dieser Perspektive *nicht* im Sinne der ›Behältermetapher‹ als
- 74 Insbesondere Simmel hat die Möglichkeit gesehen, auch Gefühle als Medium der Vergesellschaftung zu betrachten. Nicht mehr ein bestimmter Inhalt – etwa das, worauf eine bestimmte sprachliche Typisierung verweist –, sondern die Form, *wie* Menschen miteinander verwickelt werden können, bildet hier die Grundlage des Sozialen. All jene Regungen und Ausdrucksformen, welche in eine funktionale Form der gegenseitigen Affizierung münden, sind nun für die soziologische Analyse von Bedeutung (vgl. Simmel 1992, 18 ff.).
- 75 Siehe zum Gefühl als Kommunikation das Sonderheft ›Soziale Systeme 10 (1)‹, das im Jahr 2004 bei Lucius & Lucius erschienen ist.
- 76 Latour spricht hier von »nicht-menschlichen Aktanten« (Latour 2000).
- 77 »Kunst erreicht, unter Vermeidung, ja Umgehung von Sprache, gleichwohl eine strukturelle Koppelung von Bewusstseinssystemen und Kommunikationssystemen« (Luhmann 1998b, 36).
- 78 Siehe zum sozialen Gedächtnis, auch aus Luhmannscher und Latourscher Perspektive Vogd (2007).

ein Gebilde zu betrachten, das Menschen, Räume, Mauern, Maschinen etc. beinhaltet. Vielmehr erscheint Organisation als eine Kette *formaler Entscheidungen*, in der unter anderem über Mitgliedschaft, Weisungsbefugnis, Autorität und Rollenbeschreibung ihrer Mitarbeiter entschieden worden ist. Innerhalb der modernen Krankenbehandlung stellt die organisationale Kommunikation einen wichtigen Erwartungskontext dar, den die Kommunikation in Interaktionszusammenhängen üblicherweise auch dann in Rechnung stellt, wenn von den organisationalen Vorgaben abgewichen wird bzw. gar organisationale Entscheidungsprämissen verletzt werden. Die Krankenbehandlung steht hier einerseits im Kontext jener formalen Kommunikation, die über Behandlungspfade, Dienstwege, Vorschriften und Anweisungen – eben über Routinen – verlässliche Erwartbarkeiten generiert, die andererseits jedoch im Kontext der großen Fülle all jener interaktionalen Prozesse stehen, die wiederum durch andere kommunikative Prozesse unterlaufen werden. In diesen können dann all jene Relevanzen kommunikativ eingebracht werden, über die formal nicht entschieden wird bzw. nicht entschieden werden kann (so beispielsweise in den subtilen Erwartungshorizonten, welche der Grauzone ›Sterbebegleitung‹<sup>79</sup> unterliegen).

5. *Netzwerke*: Anlehnend an White (1992) lässt sich auch das ›Netzwerk‹ als ein besonderer kommunikativer Zusammenhang begreifen, der jedoch – anders als die Entscheidungskommunikation der Organisation – nicht auf formalisierbaren Prozessen, sondern auf einer interrelationalen Beziehungsdynamik beruht. Entsprechend dieser kann ein Akteur innerhalb eines Netzwerkes seine Identität nur dann gewinnen und aufrechterhalten, wenn er sich durch andere Netzwerkteilnehmer kontrollieren lässt. Sein Akteursstatus wird hiermit kommunikativ bestimmt, denn sein Wert und seine Stellung resultieren aus der Einschätzung und Bewertung der jeweils anderen. Für die Krankenbehandlung kann dies dann etwa heißen, dass professionelle Gemeinschaften Netzwerkerwartungen generieren können, die den organisationalen Primaten zuwiderlaufen (so etwa, indem das Verhältnis zwischen den Ärzten nur dann stimmt, wenn man sich untereinander stillschweigend darauf einigt, sich gegenüber der Verwaltung oder rechtlicher Verfolgung nicht angreifbar zu machen).

Bei all diesen und anderen Feldern der Kommunikation gilt, wie gesagt, dass sie nicht durch ein Bewusstsein im Sinne eines intenti-

79 Vgl. das Kapitel »Behandlung palliativer Patienten« in Vogd (2004b).

onalen Handelns kontrollierbar sind<sup>80</sup> bzw. dass ein Akteur seinen diesbezüglichen Status als Handelnder nur dadurch gewinnen kann, dass er sich von den Verhältnissen kontrollieren lässt. Seine Identität wird durch die Kommunikation bestimmt.<sup>81</sup>

Aus einer kommunikationstheoretischen Perspektive sind Theorie und Praxis prinzipiell nicht mehr zu unterscheiden, denn auch das Theoretisieren stellt eine kommunikative Praxis dar, welche in entsprechende Erwartungshorizonte eingebunden ist und entsprechende Anschlussmöglichkeiten nahelegt. Wohl macht es aber Sinn, zwischen einer *Praxis des Theoretisierens über die Praxis* und einer *Praxis des unmittelbaren Vollzugs von Praxis* zu unterscheiden. Wir finden hier dann auf der einen Seite etwa das Erstellen ökonomischer, epidemiologischer, organisationstheoretischer, sozialwissenschaftlicher, politischer Modelle, welche beanspruchen die Gesundheitsversorgung deskriptiv und normativ zu beschreiben. Auf der anderen Seite steht die große Fülle all jener Praxen, die unmittelbar in die Vollzüge der Krankenbehandlung verwickelt sind.

Die rekonstruktive Forschung ist eine Gattung, die auf eine Reflexion der *Logik der Praxis* abzielt und sich damit von jenen Formen des Theoretisierens abgrenzt, die nicht auf die Selbstreferenz der untersuchten Verhältnisse zielen, sondern nomothetische Modelle bevorzugen, die dann selbstverständlich ihrerseits wiederum als Erwartungshorizonte in die Leistungsvollzüge einfließen können (beispielsweise indem aus ökonomischen Modellen *calculating agents*<sup>82</sup> generiert werden, die über Computerterminals den Zielakteuren die hieraus abgeleiteten Controlling Parameter präsentieren). Die praxeologische Perspektive geht aber davon aus, dass die Umsetzung

80 Auch die neo-institutionalistische Perspektive geht entsprechend davon aus, dass Organisationsmitglieder über ihre Mittel und Zwecke nur begrenzt verfügen können und stattdessen durch *Skripte* angeleitet werden, durch »implicit psychologies: cognitive models in which schemas and scripts lead decision makers« (Powell/DiMaggio 1991, 15). Die Art und Weise angepassten Verhaltens wird eher durch Beobachtung von und Teilhabe an gemeinsamen Praxen gelernt als durch die Internalisierung verhaltensregulierender Normen. Das theoretisch reflexive Wissen tritt in diesen Prozessen in den Hintergrund (vgl. Hasse/Krücken 1996).

81 All dies steht im Einklang mit einer modernen sprechakttheoretischen Perspektive, welche die im sozialen Geschehen zugerechneten Intentionalitäten und normativen Status als das Primäre ansieht, während dann die Intentionalität der Handelnden als sekundäre, durch die Zurechnungsprozesse bedingte zu verstehen ist. Brandom spricht hier mit Blick auf den Netzwerkdruk von einem »deontischen Kontoführen«, in dem wechselseitig entsprechende (normative) Status zugewiesen werden (Brandom 2000).

82 Siehe Callon (1998).

theoretischer Modelle in die Praxis ihrerseits einer durch diese Modelle nicht vorhersagbaren Eigenlogik folgt. Sie pointiert hiermit die Autonomie der Praxis und verfolgt damit eine Haltung der Bescheidenheit, die davon ausgeht, »daß der Gegenstand seinem Beobachter, hinsichtlich der Lösung seiner Probleme voraus ist«. <sup>83</sup>

Es stellt sich aus dieser Perspektive dann auch nicht mehr die Frage, ob die in der Praxis vollzogenen Praktiken von den beteiligten Akteuren wirklich so intendiert und die hiermit verbundenen Konsequenzen wünschenswert sind. Vielmehr geht es nun um den Vollzug sich *selbst plausibilisierender und selbst stabilisierender Praxen*, die sich längst als spezifische Praxisformen *bewährt* haben. Diese erscheinen dann als überwiegend *vorreflexive* Praxen – die etwa über mimetische Prozesse eingeübt und einsozialisiert werden <sup>84</sup> und spezifisch situierten semantischen Räumen folgen, welche kontextsensitiv bestimmte Codes, Skripte oder Programme präferieren lassen. Aus Perspektive der sie aufführenden Akteure erscheinen diese Praxen nur in Ausnahmefällen als bewusst reflektiertes intendiertes Handeln, im Regelfall stellen sie ein mehr oder weniger automatisiertes ›Zitieren‹ bewährter Formen dar, mittels derer sich konkrete Problemlagen mit feldeigenen Dynamiken bewältigen lassen.

Die hiermit anklingende *funktionale Perspektive* hat nichts mehr gemein mit der organizistischen Auffassung, dass die Teile per se etwas Sinnvolles für das Ganze beizutragen haben. Auch für den Funktionsbegriff gelten nun plurale Referenzen. <sup>85</sup> Die jeweiligen Problem-Lösungs-Verkettungen ergeben sich nun aus Konstellationen konkreter Praxen in ihren komplexen Lagerungen und den sich hieraus entfaltenden unterschiedlichen Bezugsproblemen. Sie gründen sich nicht mehr in einzelnen abstrakten Werten und Zielen (selbst wenn diese ›Gesundheit‹, ›Evidenz‹ oder ›Wirtschaftlichkeit‹ heißen).

Die Verwendung dieser Abstrakta erscheint aus dieser Perspektive wiederum nur als eine *isolierte* Praxisform, auf die dann jedoch eine Vielzahl von Antworten als Praxen folgen können, welche von den mit dem Abstraktum verbundenen Werten und Zielen entkoppelt sind oder diesen gar zuwiderlaufen können. Ob beispielsweise die Krankenbehandlung wirklich heilt, die Qualitätssicherung wirklich die Qualität sichert, die Evidenzbasierung wirklich eine höhere Handlungsrationaltät erzeugt oder nach einer betriebswirtschaftlichen Zurichtung die Krankenbehandlung wirklich kostengünstiger angeboten werden kann, kann nicht mehr deduktiv aus *Theorien über die Praxis* beantwortet werden. Vielmehr entscheiden die vor

83 Baecker (2002, 103).

84 Vgl. zur Konzeption der Mimesis Wulf (2005).

85 Siehe zur soziologischen Neukonzeption der funktionalen Perspektive vor allem Luhmann (1970a; 1970b).

Ort zur *Anwendung kommenden Praxiskonstellationen* über die Lösungen, welche in Hinblick auf eine bestimmte Lagerung von Bezugsproblemen gefunden werden.

Erst aus dieser methodologischen Perspektive kommen wir zu einer *polykontexturalen* Betrachtung, welche die Kopräsenz verschiedener Reflexionsperspektiven zu würdigen weiß, beispielsweise dass ein Patient *zugleich* als Individuum, als Träger einer Diagnose, als Kostenverursacher, als Abrechnungsgegenstand, als leidender Mensch, als Kunde, als Rechtsperson, als Forschungsgegenstand, als Subjekt demokratischer Entscheidungsprozesse in Erscheinung treten kann.

Angesichts dieser verwickelten Lagen kann hier methodologisch nur noch ein wissenssoziologisch geschulter Blick punkten, der um all jene Differenzen weiß und deshalb auch nicht mehr der alten, noch von Marx und Weber verfolgten Vernunftideologie aufzusitzen braucht, dass die Gesellschaft einer wie auch immer gearteten Gesamtrationalität folgen muss. Übrig bleiben mannigfaltige Praxen, die sehr wohl orientiert und nicht zufällig oder beliebig verlaufen, die jedoch weniger den üblichen Normen denn den ›inneren‹ Systemrationalitäten und den zum Ausdruck kommenden System-arrangements folgen.

Eine solche methodologische Perspektive scheint auf den ersten Blick eine unerträgliche Verfremdung des Common Sense darzustellen. Gerade bei so einem existenziellen Prozess wie der Krankenbehandlung erscheint es kaum annehmbar, sich auf eine unsichere Welt einzulassen, in der das Zu-einem-Arzt-Gehen nicht mehr unbedingt ein Mehr an Gesundheit bedeuten muss und entsprechend die an offensichtlichen Defiziten der organisierten Krankenbehandlung ansetzenden Reformen keineswegs zu einer Besserung der Verhältnisse beitragen müssen. Der Gewinn einer solchen Betrachtung liegt jedoch darin, in einem strengen Sinne *empirischer*, also näher an der Praxis dran zu sein.

Für die rekonstruktive Forschung stellt sich insbesondere die Frage der Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse, denn jenseits des nahezu unendlichen Detailreichtums konkreter Praxen interessiert sie sich – anders als die ethnografische Perspektive – weiterhin für gegenstandsbezogene Theoriebildung. Doch ist hierbei eben nun zu fordern, dass sich die hieraus folgenden begrifflichen Abstraktionen in Hinblick auf ihre inferenziellen Beziehungen an die Selbstabstraktion der untersuchten Gegenstände anschmiegen, also dass sie die gegenstandsbezogenen Eigenlogiken als Ausgangspunkt der Theoriebildung nehmen. Im Sinne einer praxeologisch gewendeten funktionalen Perspektive sind es vor allem *Homologien* in den *Bezugsproblemen*, welche jene Vergleichbarkeit erzeugen, die sich dann

als Generalisierungspotenzial für die gegenstandsorientierte Theoriebildung nutzen lässt.<sup>86</sup>

Für unseren Gegenstand ›Krankenbehandlung‹ lässt sich hier auf einer sehr basalen Ebene das *Bezugsproblem des Umgangs mit dem kranken Körper* sowie mit den hiermit verbundenen Bewusstseins- und Kommunikationsprozessen, die ja schließlich auch mit den kranken Körpern zurecht kommen müssen, benennen.

Dass hierin ein zentrales Bezugsproblem liegt, wird in empirischer Hinsicht allein schon dadurch deutlich, dass auch in kulturhistorischen Dimensionen gedacht praktisch keine menschliche Gesellschaft vorkommt, die nicht eine Institution erfunden hat, welche man als Krankenbehandlung bezeichnen kann. Ein kurzer Blick in die Medizingeschichte zeigt,<sup>87</sup> dass die Praktiken der so genannten heroischen Medizin – man denke etwa an den Aderlass und die Quecksilberdampftherapie – selbst dann Jahrzehnte, manchmal sogar Jahrhunderte, fortbestehen konnten, wenngleich auch damals die sinnliche Evidenz nicht von der Hand zu weisen war, dass diese Verfahren in der Regel eher den Krankheitszustand verschlimmert als zur Gesundung beigetragen haben. Dass die mangelnde Heileffizienz und die breite Anwendung von tradierten Heilpraxen anscheinend keinen Widerspruch darstellen, gibt dem Soziologen den Hinweis, dass das eigentliche *Bezugsproblem der Krankenbehandlung* im Bereich der *Kulturalisierung von Krankheit* zu vermuten ist.

*Wider ihre Selbstbeschreibung würde die Medizin hiermit aus gesellschaftstheoretischer Perspektive vor allem ein kommunikatives und mit Blick auf das Erleben der Beteiligten ein sozialpsychologisches Phänomen darstellen.*<sup>88</sup> Durch die offensichtlichen Erfolge der modernen Medizin rückt die kulturelle Dimension von Medizin zunächst aus dem Blick. Doch auch hier bleibt sie virulent. So ist der Verdacht der *Iatrogenese*, arztgenerierter Krankheiten,<sup>89</sup> mittlerweile nicht so leicht von der Hand zu weisen, denn auch epidemiologisch

86 Dies schließt dann durchaus an Mertons Programm der ›middle range‹ Theorien an (Merton 1968 [1948]), wenn man diese mit Karafillidis entgegen dem gängigen Sprachgebrauch weniger als ›Theorien mittlerer Reichweite‹, sondern als ›Theorien mittleren Spielraums‹ begreift (Karafillidis 2010).

87 Siehe etwa Eckart (1998).

88 An dieser Stelle nochmals der Hinweis auf die Ergebnisse der Medizinanthropologen, die schon lange um diese Phänomene wissen und dann unter dem Stichwort ›symbolische Heilung‹ den Bogen von den unterschiedlichen traditionellen Heilsystemen bis hin zur modernen Medizin ziehen können. Siehe etwa Dows *Universal Aspects of Symbolic Healing* (Dow 1986). Vgl. auch Moerman (1979).

89 Illich (1995).

spricht einiges dafür, dass ein Mehr an Medizin nicht automatisch ein Mehr an Gesundheit mit sich bringt.<sup>90</sup> Nicht zuletzt die innermedizinische Bewegung der *evidence based medicine* konnte schließlich aus einer epidemiologischen Perspektive heraus plausibilisieren, dass wohl für die Mehrzahl der üblicherweise angewendeten schulmedizinischen Maßnahmen derzeit im strengen Sinne noch keine wissenschaftliche Evidenz vorliegt.<sup>91</sup> Zudem ist der Befund zu berücksichtigen, dass die Versuche, mehr wissenschaftliche Rationalität in die ärztliche Praxis zu bringen, in dieser Praxis in der Regel nur auf eine geringe Resonanz stoßen.<sup>92</sup>

An das basale Bezugsproblem der Medizin, den *gesellschaftlichen* Umgang mit kranken Körpern, lagern sich andere Bezugsprobleme an. Neben rechtlichen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Erwartungshorizonten entstehen im Kontext der modernen Krankenbehandlung eine Reihe weiterer Ansprüche, die sich als eigenständige Semantiken plausibilisieren lassen (z. B. Corporate Identity, Organisationsentwicklung, Total Quality Management, New Public Management) und – sobald als kommunikative Praxis hinreichend etabliert – ihre eigenen Agenden einfordern.

All diese kommunikativen Formen treten dabei entsprechend einer ›Gesellschaft der Gegenwart‹ (Nassehi) parallel und gleichzeitig in Erscheinung, ohne dabei im Sinne einer strengen Kausalität miteinander gekoppelt sein zu müssen.

Mit Ralf Bohnsack ergibt sich ein methodologischer Zugang zu diesen multiplen semantischen Referenzen.<sup>93</sup> Statt weiterhin auf eindimensionale Ursache-Wirkungs-Beschreibungen zu setzen, werden die konkreten Verhältnisse sozialer Praxen nun im Sinne einer *multidimensionalen Typologie* beschrieben, wobei einem Typus jeweils ein spezifisches, temporär aktualisierbares Segment einer Orientierung eines typischen In-der-Welt-Seins und Welt-Unterscheidens entspricht.<sup>94</sup> Die Aufsplitterung in die Aspekthaftigkeit multidimensio-

90 Siehe an dieser Stelle etwa aus innermedizinischer Perspektive die kritischen Überlegungen von Fisher und Welsh (1999).

91 Siehe Sacket et al. (1999).

92 Siehe etwa Hasenbein et al. (2003a; 2003b).

93 Siehe insbesondere Bohnsack (2001) und Bohnsack (2007).

94 In dieser Hinsicht beantwortet Bohnsacks Konzeption zum ersten Mal die für eine praxistheoretische Methodologie wichtige Frage von Lüders, »wie man auf einer mittleren Abstraktionsebene vor dem Hintergrund heterogener Kontexte gewonnene Daten erstens validiert und zweitens begründet generalisiert« (Lüders 2000, 640f.). Die Varianz des Untersuchungsmaterials kann nur über eine vielschichtige Analyse aufgeschlossen werden, in der die Überlagerung unterschiedlicher Orientierungsrahmen zum Ausgangspunkt weiterer komparativer Analysen wird und

naler Orientierungen erscheint dabei im Sinne einer wissenssoziologischen Zeitdiagnose selbst als eine moderne Handlungsorientierung, nämlich als die Fähigkeit, mit den vielfältigen Differenzen und Dissonanzen einer polykontexturalen Gesellschaft zurechtzukommen.

*Unter diesen Bedingungen Krankenbehandlung zu betreiben, heißt jetzt auch, sich den multiplen, überfordernden, untereinander inkomensurablen Ansprüchen der Gesellschaft stellen zu müssen und zu können.* All dies ist in der Praxis jedoch nur möglich, indem die Krankenbehandlung die an sie gestellten Ansprüche sowohl affirmieren als auch auf Distanz halten kann. Die eigentliche Kulturleistung der Krankenbehandlung würde dann genau darin bestehen – all jene, die nahe genug an der Ausbildung medizinischer Praktiker dran sind, wissen dies schon längst<sup>95</sup> –, die hiermit verbundenen vielfältigen Unsicherheiten durch Kommunikation zu bewältigen.

Nur auf diesem Wege ist die Krankenbehandlung in der Lage, auch unter ungünstigen Bedingungen – was wohl empirisch den Regelfall darstellt – ihre Prozesse fortzuführen. Sei es unter Personalmangel, Zeitdruck, unzureichend ausgebildeten Mitarbeitern, knappen Mitteln oder hoch defizitären Informationslagen – die Krankenbehandlung kann mit all dem in der Regel gerade deshalb gut zurechtkommen, weil sie eine kommunikative Veranstaltung ist. Kommunikation operiert per se in Unsicherheitsbereichen. Ihre eigentliche Leistung besteht darin, kreativ mit Intransparenzen und unvollständigem Wissen umgehen zu können, indem sie ad hoc und kontinuierlich neue Situationsinterpretationen erzeugen kann.

Auch die gegenwärtige Form der Krankenbehandlung ist damit auf Unsicherheit und Intransparenz gebaut. Betrachten wir an dieser Stelle einige Quellen von Unsicherheit, die sich aus den bereits geschilderten primären und sekundären Bezugsproblemen medizinischer Praxen ergeben:

- Allein der Patientenkörper und seine Eigenaktivitäten sind in ihrem Verhalten nicht vollständig berechenbar. Die entsprechenden Kontingenzen sind nur durch eine irrtumsfreudige Ausdeutung der

so erst die Schnittpunkte der verschiedenen Dimensionen ›verstehendes Erklären‹ im Sinne einer generativen Erklärung erlauben. »Das Geheimnis des Typus liegt also in der Mehrdimensionalität der Typologie. Die Komplexität, die notwendig ist, um einen Fall zugleich mehreren Typiken zuzuordnen und somit der Mehrdimensionalität des Falls Rechnung tragen zu können, wird aber in der neueren Literatur zur Typenbildung der qualitativen Sozialforschung weder in der Forschungspraxis noch in der methodischen Programmatik erreicht« (Bohnsack 2001, 249).

- 95 Schon René Fox (1969) hat entsprechend gefordert, ›*training for uncertainty*‹ zu einem Hauptanliegen der Mediziner Ausbildung zu machen.

Befunde durch den Arzt zu bewältigen, die dann bei Bedarf korrigiert und angepasst werden kann. Hieran ändern auch die vielen technischen Artefakte der diagnostischen Prozeduren nichts, denn auch sie können täuschen und verlangen entsprechend eine Reinterpretation ihres diagnostischen Stellenwerts.<sup>96</sup> Therapeutische Interventionen beinhalten ihrerseits unberechenbare Momente. Pharmaka stellen, so Henkel, »obskure Dinge« dar, die in nicht trivialer und damit niemals voll beherrschbarer Weise in den Körper eingreifen.<sup>97</sup> Ebenso können chirurgische Eingriffe unerwartete Körperreaktionen evozieren.

- Die Krankenhandlung beruht auf rollenförmigen Beziehungen, die den beteiligten Akteuren stereotypisierte Handlungsabsichten unterstellen muss. Mit Blick auf die unhintergehbare Differenz von Kommunikation und Bewusstsein (man kann nicht wissen, was in dem anderen wirklich vorgeht), besteht auch hier eine konstitutionelle Unsicherheit, die nur dadurch beruhigt werden kann, dass man sich auf Kommunikation einlässt, um auf diesem Wege eine kontinuierliche Neuausrichtung der Erwartungen zu ermöglichen.
- Organisationen können allein schon aus Zeitgründen nicht anders als auf Hierarchien zurückgreifen, um die ihnen angetragenen Entscheidungslasten zu bewältigen. Hierdurch werden sie jedoch *nolens volens* von der Idiosynkrasie des Entscheidungsträgers – also von Willkür – abhängig.
- Die prinzipielle Unsicherheit in Hinblick auf den Behandlungsverlauf mündet unter Bedingungen von Knappheit in eine ökonomische Unsicherheit, denn die Frage der Zahlungen für medizinische Leistungen wird nun seinerseits zu einem Thema, das mit Kontingenz durchsetzt ist. Dass in hinreichendem Maße für die Behandlung gezahlt wird, ist nicht per se gewährleistet. Auch Zahlungsbereitschaft muss kommunikativ hergestellt werden.
- Entsprechend der Einsicht, dass Wissenschaft mehr Fragen aufwirft, als sie beantwortet, erscheint auch der immens anwachsende Wissensfortschritt der Biowissenschaften in jenem ambivalenten Licht, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in Bezug auf die aus ihnen ableitbaren Handlungsperspektiven oftmals mehr verunsichern als orientieren. Der Umgang mit dem gegenwärtigen Corpus von Wissen verlangt nach einem Wissensmanagement, dessen Entscheidungen jedoch nicht mehr durch das Wissen selbst gedeckt sein können.<sup>98</sup>

96 Vgl. zur technisch erzeugten Unsicherheit Schubert (2008).

97 Henkel (2010).

98 Vgl. Füllsack (2006).

- Jede medizinische Handlung ist unter dem Blickwinkel des Rechts als potenziell nicht indizierter oder nicht fachgemäß durchgeführter Eingriff beobachtbar. Für die beteiligten realen und juristischen Personen ergeben sich hiermit in Hinblick auf die bereits erwähnten anderen Unsicherheiten unter dem Druck der Praxis auch eine Reihe rechtlicher Verlegenheiten.

*Unsicherheiten* sind, wie bereits gesagt, kein Hindernis, sondern *Ausgangspunkt* kommunikativer Prozesse. Kommunikation gründet sich – so der Befund moderner Kommunikationstheorie<sup>99</sup> – *nicht* auf den Sicherheiten eines perspektivenübernehmenden oder regelbasierten Verstehens, sondern im Wesentlichen in den Bereichen des Miss- und Nichtverstehens.<sup>100</sup> Kommunikation, so auch der Befund ethnomethodologischer Studien,<sup>101</sup> kann gerade deshalb mit Unsicherheitslagen umgehen, weil sie nicht von vornherein auf ein bestimmtes Ergebnis ausgerichtet ist, sondern erst in ihrem Prozedere zu einem Arrangement findet, das dann im Hinblick auf die aufgeworfenen Sinnprobleme als praktikable Lösung erscheint. Um mit Baecker aus

99 Siehe etwa Baecker (2005).

100 Oder, um mit Gadamer zu sprechen: »Die Bemühung des Verstehens« findet überall statt, »wo sich kein unmittelbares Verstehen ergibt bzw. wo mit der Möglichkeit eines Mißverstehens gerechnet werden muß« (Gadamer 1972, 167).

101 Die Ethnomethodologie konnte zeigen, dass Äußerungen in natürlichen Kommunikationen hinsichtlich ihres Sinngehalts vor allem »wesensmäßig vage« sind und dass die interaktive Aufhebung dieser Vagheit in der Alltagskommunikation in der Regel sanktioniert wird (vgl. Garfinkel 1984). Für die Kommunikation ist diese Unbestimmtheit jedoch kein Problem. Im Gegenteil: Sie erzeugt erst die notwendigen *Freiheitsgrade*, etwas sagen zu können, ohne sich damit allzu sehr festlegen zu müssen (siehe Garfinkel/Sacks 2004). Entsprechend gilt dann auch von der anderen, der Verstehensseite, dass der Hörer in der Interaktion auf das zu warten habe, was zu einem künftigen Zeitpunkt gesagt werde, um die gegenwärtige Deutung einer endgültigen Klärung zuzuführen: »Der Sinn des Sachverhalts, auf den man sich bezieht, wird vom Hörer nicht dadurch entschieden, daß er nur das bereits Gesagte in Betracht zieht, sondern daß er auch dasjenige einbezieht, was im künftigen Gesprächsverlauf gesagt sein wird. Derartige zeitlich geordnete Mengen von Feststellungen machen es erforderlich, daß der Hörer an jedem gegenwärtig erreichten Punkt in der Interaktion voraussetzt, durch das Warten auf das, was die andere Person noch zu einem späteren Zeitpunkt sage, werde die gegenwärtige Deutung dessen, was schon gesagt oder getan worden ist, später einer endgültigen Klärung zugeführt sein« (Garfinkel 1973, 208).

einer kybernetischen Perspektive zu sprechen, erst die Kommunikation erzeugt jene Information, »die bestimmte Nachrichten in ein Verhältnis zum mitlesenden, jetzt aber unbestimmten Auswahlbereich möglicher anderer Nachrichten setzt«. Die Kommunikation arbeitet gewissermaßen ständig »an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, um Bestimmtes verstehen zu können«. <sup>102</sup>

Da wir es in der Krankenbehandlung mit intransparenten Körpern, organisatorischer Willkür, unsicherem Wissen, fraglicher Zahlungsbereitschaft und anderen Unsicherheitslagen zu tun haben, die im Auswahlbereich kommunikativer Bestimmung stehen und entsprechend »mitgelesen« werden müssen, kann nur die Kommunikation selbst daran arbeiten, hier eine eindeutige und aus praxeologischer Sicht pragmatisch funktionierende Bestimmung zu erzeugen.

Die fehlende Bestimmung erweist sich dann bei genauer Hinsicht keineswegs als Problem, sondern als Tugend, denn gerade weil der modernen Medizin als tragender Kulturform im Umgang mit dem kranken Körper hinreichende Freiheitsgrade zur Verfügung stehen, wird die Krankenbehandlung als die Praxis eben dieser Kulturform verlässlich. So kann zum Beispiel behandelt werden, ohne zu behandeln, Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht mehr bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen, deren Wirksamkeit dann wissenschaftlich durchaus fraglich sein mag.

Die Identität der Krankenbehandlung, ihre Verlässlichkeit als kulturelle Form, resultiert aus dieser Perspektive gewissermaßen in der *Gesamtästhetik* der in ihren Binnenverhältnissen immerfort aufs Neue zu bestimmenden Arrangements, die dann zumindest als symbolische Heilungen einen Zusammenhang stiften lassen, welcher all die mitschwingenden Fraglichkeiten in den Hintergrund treten lässt. <sup>103</sup> Wie auch in den vormodernen Heilsystemen würde dann auch die organisierte Medizin der Moderne vor allem der *kommunikativen Herstellung* von Vertrauen angesichts der verstörenden Realitäten kranker und entstellter Körper dienen.

All dies widerspricht dem Common Sense einer stabilen und auf Verlässlichkeiten gebauten Welt, auf welche man sich gerade in medizinischen Problemlagen verlassen zu können verspricht. Doch im Sinne einer zeitgemäßen soziologischen Analyse benötigen wir gerade deshalb eine metatheoretische Perspektive, welche uns mit Kontingenz und Unsicherheit rechnen lässt, weil eben die empirischen Ver-

<sup>102</sup> Baecker (2005, 23).

<sup>103</sup> Vgl. auch Vogd (2004b; 2006).

hältnisse tiefgehend mit Unsicherheiten und Kontingenzen durchsetzt sind. Erst auf dieser Ebene lassen sich die kulturellen und eben auch symbolischen Prozesse der Krankenbehandlung angemessen – entsprechend der *empirisch* vorfindbaren Lagerungen – rekonstruieren.

## Fünf Stränge der Reflexion

Mit den obigen Ausführungen ist eine metatheoretische Grundlage gelegt, auf deren Basis sich die polyvalenten und auf Unsicherheit gegründeten kommunikativen Prozesse der Krankenbehandlung beschreiben und rekonstruieren lassen. Jedes in diesem Sinne angelegte soziologische Forschungsprojekt benötigt jedoch so etwas wie eine ›Philosophie der Modellierung‹. Hiermit ist die Kunst gemeint, gegenstandsbezogen zu unterscheiden, was scharf und was unscharf gestellt werden kann, auf welchem Abstraktions- bzw. Detaillierungsgrad zu argumentieren ist, und darüber zu entscheiden, welche Reflexionsstandorte und welche Beziehungen thematisiert werden sollen und was aus der Beschreibung ausgespart bleiben kann.<sup>104</sup>

Die Entscheidung hierfür gründet sich vor allem in den sozialen Kontexten, in dem die jeweilige Untersuchung steht. Ein produktiver Forschungsprozess ist nur sinnvoll, wenn er einerseits eine Differenz zu den bereits bestehenden Beschreibungen erzeugt, andererseits aber schon in seiner Anlage und in seinem Bericht an bereits bestehende Diskurse und Formate anknüpft. Die Wahl dessen, was explizit thematisiert, was als implizit vorausgesetzter Hintergrund mitgeführt wird und was analytisch ausgeblendet bleiben muss, klärt sich hiermit vor allem durch den lebendigen Bezug zu den aktuellen gesellschaftlichen Problemlagen.

Eine in dieser Weise informierte Forschung weiß mit Luhmann um die Beobachterabhängigkeit diesbezüglicher Entscheidungen, doch »reduzierte Komplexität ist für sie nicht ausgeschlossene Komplexität, sondern aufgehobene Komplexität. Sie hält den Zugang zu anderen Kombinationen offen – vorausgesetzt, dass ihre Begriffsbestimmungen beachtet und theoriestellenadäquat ausgewechselt werden. Wenn freilich das Begriffsbestimmungsniveau aufgegeben würde, würde auch der Zugang zu anderen Möglichkeiten der Linienziehung im Nebel verschwinden, und man hätte es wieder mit unbestimmter, unbearbeiteter Komplexität zu tun«.<sup>105</sup>

<sup>104</sup> Siehe zur Philosophie der Modellierung aus methodologischer Perspektive Vogd (2009b).

<sup>105</sup> Luhmann (1993, 12).

Auch in Hinblick auf die Modellierung und Analyse der Dynamiken des gegenwärtigen Gesundheitssystems sind an dieser Stelle kontingente, jedoch begründbare Entscheidungen darüber zu treffen, welche Kontexturen und Gegenstandsbereiche in den Vordergrund zu stellen sind, welche stillschweigend im Hintergrund mitgeführt werden und welche keine Beachtung finden.

Auch wenn in den derzeitigen gesundheitswissenschaftlichen Diskursen ein generelles Theoriedefizit zu beobachten ist, spielen sich einige Themen in den Vordergrund, welche die besonderen Lagen der gegenwärtigen organisierten Medizin reflektieren und somit hier im Sinne einer anspruchsvolleren Modellierung aufzugreifen sind. Zu nennen sind Stichworte wie ›wirtschaftliche Zurichtung der Medizin‹, ›Rationalisierung statt Rationierung‹, ›Evidence based Medicine‹ und ›Qualitätssicherung‹, die Auswirkung der ›neuen Abrechnungsmodalitäten‹<sup>106</sup> sowie insbesondere mit Blick auf die Ärzte die Vermutung einer ›Deprofessionalisierung‹. Zudem scheint die Idee von ›Behandlungsnetzwerken‹ eine zunehmende Attraktivität zu gewinnen.<sup>107</sup>

Um die Dynamik der derzeitigen Diskurse und Problemlagen in einer zeitgemäßen Weise beschreiben zu können, erscheint es hilfreich, gesellschafts-, organisations- wie auch netzwerktheoretische Perspektiven in die Modellierung mit einzubeziehen. Dabei zeigen sich mit Blick auf die hieraus ergebenden theoretischen und empirischen Perspektiven fünf unterschiedliche Stränge, die zunächst getrennt zu verfolgen sind, um sie später dann in übergreifenden gegenstandsbezogenen Beschreibungen verzahnen zu können.

- Beim ersten Strang handelt es sich um eine *differenzierungstheoretische Perspektive*, welche die Eigenlogiken von Medizin, Wirtschaft, Politik, Recht und Wissenschaft trennscharf unterscheiden kann und auf diesem Wege ein Beschreibungsinstrumentarium zur Verfügung stellt, um die vertrackten Beziehungen zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssystemen angemessen zu beleuchten.<sup>108</sup>

<sup>106</sup> Vgl. Rau et al. (2009).

<sup>107</sup> Siehe zur jüngeren Diskussion zu Netzwerken im Gesundheitswesen Amelung et al. (2009).

<sup>108</sup> Am meisten ausgearbeitet sind hier die Studien von Luhmann (siehe etwa Luhmann 1990; Luhmann 1995; Luhmann 1996; Luhmann 1998b; Luhmann 1998c; Luhmann 2000b; Luhmann 2002) aber auch der Bourdieusche Ansatz kann in differenzierungstheoretischer Hinsicht einiges bieten (vgl. Bourdieu 1998; Bourdieu 2000; Bourdieu 2001a; Bourdieu/Passeron 1971; Wallenczuz 1998).

- Beim zweiten Strang handelt es sich um eine *organisationstheoretische Perspektive*, welche Organisationen nicht mehr als zweckorientierte Bürokratien begreift, sondern als Einheiten mit einer eigenständigen System- und Prozesscharakteristik versteht. Organisationen erscheinen nun als autonome Einheiten, die mehrdeutige und diffuse Inputs verarbeiten, indem sie funktionale Bereiche voneinander entkoppeln sowie externe Anforderungen im Modus des Als-ob bearbeiten können.<sup>109</sup> Die Wertschätzung dieser Leistung ist unabhängig, um die Wirkungen von gesundheitspolitischen Reformvorhaben angemessen diskutieren zu können.
- Beim dritten Strang handelt es sich um eine *netzwerktheoretische Perspektive*. Der Ausgangspunkt der Beschreibung ist hier, dass individuelle und kollektive Akteure an unterschiedlichen Knotenpunkten eines Netzwerkes wechselseitig aufeinander Versuche der Kontrolle ausüben, sich diesen zugleich zu widersetzen versuchen und dadurch erst jene spezifische Identität gewinnen, die ihren Akteursstatus auszeichnet.<sup>110</sup> Nötig werden diese Überlegungen vor allem in der Diskussion um organisationsübergreifende Behandlungsarrangements, in denen zugleich mit komplementären wie auch konkurrenten Modi der Zusammenarbeit zu rechnen ist.
- Der vierte Strang fokussiert auf die Einflüsse *technischer* und anderer von Menschen geschaffener *Artefakte* auf die Krankenbehandlung. Hier bietet sich insbesondere der Rekurs auf die techniksoziologischen Arbeiten mit und im Umfeld der *Actor-Network-Theory* an.<sup>111</sup> Auf diesem Wege wird es etwa möglich, die Eigendynamiken technisch vermittelter Kontrollregimes angemessen zu reflektieren.
- Beim fünften Strang handelt es sich um eine analytische Perspektive, welche den Sonderstatus der *medizinischen Profession* zu würdigen weiß und entsprechend mit den professionstypischen Eigendynamiken umzugehen gelernt hat.<sup>112</sup>

109 Hier lässt sich an die Arbeiten von Weick anschließen (siehe insbesondere die Arbeiten von Weick 1995; Weick 1998) sowie auf die einschlägigen Monografien von Baecker und Luhmann rekurrieren (siehe Baecker 1999a; Baecker 1999b; Baecker 2003; Luhmann 1999 [1964]; Luhmann 2000c). Mit Blick auf empirische Untersuchungen zu den organisationalen Entkoppelungsprozessen lässt sich einiges von den Neoinstitutionalisten lernen (siehe zur Einführung Hasse/Krücken 1999).

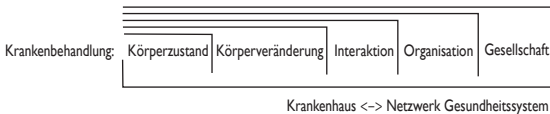
110 Auf einer grundagentheoretischen Ebene hat dies White ausgearbeitet (White 1992).

111 Siehe zur Einführung Latour (2000) sowie Belliger/Krieger (2006).

112 Hier lässt sich an insbesondere an den soziologischen Professionalisierungsdiskurs mit seinen theoretischen Höhepunkten anknüpfen (vgl. Abbott 1988; Oevermann 1990; Oevermann 2000; Parsons 1958b;

Die in den einzelnen Strängen zum Ausdruck kommenden theoretischen Perspektiven stammen aus unterschiedlichen Forschungs- und Theorietraditionen. Es bestehen im derzeitigen Theoriediskurs unterschiedliche Ideen und Vorschläge, inwieweit diese und – wenn ja – unter welchem Dach sie versammelt werden können. Es lassen sich gute Gründe finden, Whites Netzwerktheorie oder Latours Actor-Network-Theory als primäre metatheoretische Konzeption zu betrachten, aber ebenso spricht einiges für einen systemtheoretischen Integrationsversuch, möglicherweise mit Dirk Baecker als eine formtheoretisch fundierte Kommunikationstheorie.<sup>113</sup>

Gehen wir im Kontext des hier vorgestellten Forschungsprogramms auf Letztere etwas ausführlicher ein. Im Rahmen einer qualitativen Anwendung des Formkalküls von Spencer Brown<sup>114</sup> schlägt Baecker für die Krankenbehandlung folgende Modellierung vor:



In Textform lässt sich diese Modellierung mit Baecker folgendermaßen reformulieren:

»Diese Funktion ›arbeitet‹ mit fünf Variablen (›Körperzustand‹, ›Körperveränderung‹, ›Interaktion‹, ›Organisation‹, ›Gesellschaft‹) im Kontext von fünf Konstanten (den Entscheidungen der fünf Variablen zuzüglich der Unterscheidung der Innenseiten der Form von ihrer Außenseite) und einem Wiedereintritt (re-entry) der Form in die Form, der Transformation vom Krankenhaus zum Netzwerk des Gesundheitssystems, in dem das Krankenhaus eine neuartige Rolle erhält, die jedoch nach wie vor abhängig ist von der einmal gewählten Form.«<sup>115</sup>

Die in Leserichtung als erste anzutreffende Unterscheidung ist an der offensichtlichen Differenz angelegt, auf welche die Veranstaltung der Krankenbehandlung referiert, während die weiter rechts stehenden Kontexturen sozusagen aus der Tiefe des Raums auf diesen Prozess einwirken. So kann dann beispielsweise das Interaktionsge-

Parsons 1968; Stichweh 1987; Stichweh 2008).

113 Siehe Baecker (2005).

114 Spencer Brown (1972). Siehe zur Einführung in die Philosophie und Mathematik des Formkalküls Lau (2005) und Schönwälder et al. (2004).

115 Baecker (2008b, 47).

schehen zur Folge haben, dass der Patient einer Maßnahme nicht zustimmt und in Folge dessen eine andere Krankenbehandlung angepeilt wird. Die am weitesten rechts stehende Variable erscheint im Sinne von Spencer Brown als der ›tiefste Raum‹ und entfaltet seine Wirkung durch alle vorangehenden Räume hindurch. Baecker hat hier die Gesellschaft verortet, was aus systemtheoretischer Perspektive die Semantiken einer funktional differenzierten Gesellschaft meint.

Medizin, Wissenschaft, Recht, Wirtschaft, Politik etc. greifen hier also durch Organisationen und Interaktionen hindurch auf die Beziehung von Körperzustand und Körperveränderung ein. Auch mit Blick auf die Medizingeschichte hat diese Anordnung einige Plausibilität. Man denke etwa an die Geburt der Klinik im modernen Nationalstaat, welche erst im Kontext entsprechender politisch-ökonomischer Verhältnisse die übergreifende Medizinmodernisierung in den bekannten Formen instruieren konnte.

Die Funktion darf dabei jedoch 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 unterschiedlichen Reflexionsstandorte präsent gehaltenen Möglichkeitsräume sozusagen parallel vergegenwärtigen und verarbeiten können, um sie dann in einem zweiten Schritt als Lösung dieses Formarrangements jeweils in eine konkrete, unter Umständen einzigartige 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 jeweils spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen einen Sinn ergeben. Um mit Baecker zu sprechen:

»[Die Grundidee dieser Notationsform liegt darin] Abhängigkeiten zwischen den Variablen zu beschreiben, ohne diese Variablen auf kausale Beziehungen festlegen zu müssen. Sie stehen stattdessen in ›kommunikativen‹ Beziehungen zueinander [...] Sie konstituieren im Kontext ihrer Unterscheidungen ein eigenes Netzwerk, das aus Unentscheidbarkeiten und Unbestimmtheiten besteht, die von Beobachtern, nämlich von denjenigen Personen, Konventionen, Praktiken, Skripts und Institutionen, die die genannten Unterscheidungen treffen, in jedem einzelnen Fall erst in Bestimmtheit überführt werden. [...] Die ›Form‹ der Krankenbehandlung bildet

auf diese Art und Weise den ›Eigenwert‹ [...] einer medizinischen Praxis, der rekursiv und iterativ immer wieder neu bestätigt wird, so sehr auch die Anlässe und Umstände, die Sicherheiten und Unsicherheiten dieser Praxis variieren.«.<sup>116</sup>

Baeckers ›Form der Krankenbehandlung‹ ist vom Behandlungsprozess her zu denken. In den Vordergrund der Modellierung rückt die Frage nach den sozialen Kontexten, welche sie formen und konditionieren.

In dieser Modellierung finden wir drei von unseren Strängen recht gut wieder, nämlich:

1. eine differenzierungstheoretische Perspektive, welche die moderne Gesellschaft als eine funktional differenzierte Gesellschaft reflektiert, in der Medizin, Recht, Wirtschaft, Wissenschaft etc. zugleich mit- und gegeneinander ausdifferenziert werden,
2. eine organisationstheoretische Perspektive sowie
3. eine netzwerktheoretische Bestimmung der Krankenbehandlung, entsprechend der die Einrichtungen der Krankenbehandlung ihre Identität vermehrt aus einem Netzwerk kooperativer und sich zugleich kontrollierender Prozesse gewinnen, welche die Grenzen einzelner Organisationen überschreiten.

Die Variable ›Gesellschaft‹ als ›funktional differenzierte Gesellschaft‹ impliziert, dass die Möglichkeitsräume der gesellschaftlichen Konditionierung ihrerseits in polykontexturale Reflexionsverhältnisse ausdifferenziert sind. Medizin, Recht, Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Erziehung etc. stellen Formen und Semantiken zur Verfügung, die sich entsprechend ihrer Eigenlogik selber plausibilisieren. Diese sind dann einerseits als gesellschaftliche Erwartungshorizonte unhintergebar – man muss in der Kommunikation auf allen Ebenen damit rechnen, dass auf sie rekuriert werden kann. Andererseits ist aber nicht festgelegt, *wie* in einer konkreten Interaktion hierauf referiert wird.<sup>117</sup>

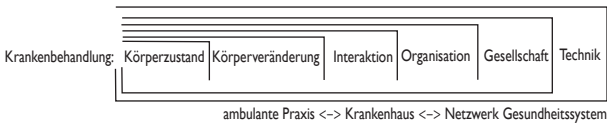
In Bezug auf die in diesem Buch vorgeschlagene Schwerpunktsetzung ist die Baeckersche Modellierung um zwei weitere Variablen zu ergänzen, die ›Professionen‹ (4) und die ›technischen Artefakte‹ (5).

<sup>116</sup> Baecker (2008b, 48).

<sup>117</sup> Luhmanns Codes, Programme und Kommunikationsschemata erscheinen einerseits nur als »Sofern-Abstraktionen. Sie gelten nur, sofern die Kommunikation ihren Anwendungsbereich wählt (was sie nicht muß). Es kommt nicht in jeder Situation, nicht immer und überall, auf Wahrheit oder auf Recht oder auf Eigentum an« (Luhmann 1986, 79).

Der techniksoziologische Blick erscheint uns einerseits deshalb notwendig, weil gerade die Entwicklungen der modernen Datenverarbeitungstechnologien hochwirksame Instrumente zur Verfügung stellen, die auf die Beziehungen der einzelnen Variablen in der ›Form der Krankenbehandlung‹ durchgreifen. Ob ein Arzt beispielsweise ökonomisch denken lernt, ist nicht nur eine Funktion der gesellschaftlichen Kontextur Wirtschaft, sondern auch abhängig von Abbildungstechniken, die den ökonomischen Blick im Sinne von »Quasi Objekten« (Serres)<sup>118</sup> zwingend und unhintergebar machen. Andererseits bekommen auf diesem Wege auch die markanten diagnostischen und therapeutischen Entwicklungen einen eigenen Standort der Reflexion. Medizintechnik erscheint nun nicht mehr nur als ein passives Instrument, um bereits vorhandene Zielsetzungen zu erreichen, sondern erscheint nun selbst als eigenständiger »Aktant« (Latour),<sup>119</sup> der neue Möglichkeiten der Setzung von Zweck-Mittel-Verhältnissen evoziert, aus denen dann neue, oftmals unerwartete Begehrlichkeiten und Dynamiken erwachsen.

Die formtheoretische Charakterisierung der Krankenbehandlung sieht unter Einbeziehung der technischen Artefakte folgendermaßen aus:



Technische Artefakte, wenngleich Produkt sozialer Prozesse, die sie ins Leben gerufen haben, werden hiermit selbst zu einem Bestandteil jener kommunikativen Prozesse, welche die Ausgestaltung der Krankenbehandlung instruieren. Der ›re-entry‹-Haken wird gezogen, um auszudrücken, dass die technischen Artefakte mit den anderen gesellschaftlichen Aktanten in einer symmetrischen Beziehung zu denken sind, also ein Netzwerk bilden, in der die jeweiligen Faktoren nicht mehr für sich allein betrachtet werden können, sondern selbst erst durch die Kommunikation in ihrer Wirksamkeit enaktiert werden. So kann es beispielsweise ohne entsprechende Technik keine ökonomische Zurichtung der Medizin geben, da die ökonomische Sichtweise ohne entsprechende Abbildungsinstrumente innerhalb der kommunikativen Prozesse nicht instruktiv wird. Umgekehrt erzeugt dann aber auch die Medizin beispielsweise durch bestimmte Diagnostiktechniken jene Sachzwänge, die dann ihrerseits das medizinische Primat auch trotz knapper Mittel kommunikativ plausibilisieren.

<sup>118</sup> Serres (1987).

<sup>119</sup> Latour (2000).

Wir sind uns an dieser Stelle bewusst, dass gerade in Bezug auf die Bewertung von Technik auch andere sinnvolle Modellierungen denkbar sind. Wenn wir nicht bereit sind, Technik als Teil der kommunikativen Sphäre zu betrachten, hätten wir beispielsweise auf den letzten re-entry-Haken zu verzichten. Die Technik erschiene dann zwar als bedingender Faktor in der Umwelt der Gesellschaft, würde zur gesellschaftlichen Kommunikation jedoch nicht in eine symmetrische rekursiv instruierende Beziehung treten. Wir haben uns demgegenüber für die (durchaus kritisierbare) Variante entschieden, dass auch die Technik mittlerweile kommuniziert, also am Prozedere von Sinnselektionen aktiv beteiligt ist.

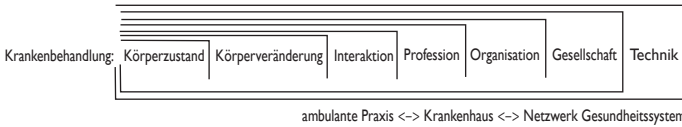
Darüber hinaus wird es als notwendig erachtet, mit der ›Profession‹ eine weitere Variable einzuführen, da mit den *professional communities* weiterhin von wirkmächtigen, in sich geschlossenen Orientierungsbereichen ausgegangen werden muss, die sich zwar mit den gesellschaftlichen Entwicklungen in ihren Charakteristika verändern, deren eigenständige Wirkdynamik jedoch damit nicht aufgehoben ist. In der formtheoretischen Darstellung setzen wir die Profession dann zwischen ›Interaktion‹ und ›Organisation‹ und drücken hiermit aus, dass Professionen in Blick auf ihren spezifischen Klientelbezug auf den Charakter der Arzt-Patient-Interaktion durchgreifen, andererseits aber wiederum unmittelbar durch die Spezifika der Organisation, in der die Ärzte oder Pflegekräfte arbeiten, konditioniert werden.

Je nachdem welches Professionsverständnis man zugrunde legt, ergibt sich eine andere Stellung des Begriffs in der Form der Krankenbehandlung. Betont man, wie der frühe Freidson<sup>120</sup> die standespolitischen Aspekte der Profession, so würde man geneigt sein, die Profession nachrangig zur Organisation anzuordnen, da hier die eigenen Gruppeninteressen gleichsam von außen auf die Organisation durchgreifen. Wir haben hier demgegenüber die Profession im Anschluss an Parsons, Oevermann und Stichweh<sup>121</sup> vor allem konstitutionslogisch begriffen. Entsprechend entsteht der Bedarf nach Professionen aus einem Bezugsproblem, das sich aus der besonderen Charakteristik des Klientelbezugs ergibt. In diesem Sinne steht die Profession dann zwischen der Interaktion und der Organisation, weil sie zwischen diesen beiden, in ihren Eigenlogiken sich vielfach widersprechenden Sphären zu vermitteln hat.

120 Vgl. Freidson (1975b; 1979)

121 Siehe Parsons (1958b), Oevermann (1996; 2000) sowie Stichweh (1987; 1996; 2008).

Die diesem Buch zugrunde liegende formtheoretische Modellierung der Krankenbehandlung sieht damit folgendermaßen aus:



Die Krankenbehandlung erscheint hiermit in einer kommunikationstheoretischen Fassung, welche in Hinblick auf das Bezugsproblem des veränderungsbedürftigen Körpers die unterschiedlichen Kontingenzen seiner sozialen und kulturellen Verwirklichung zum Ausgangspunkt nimmt. Es wird dabei davon ausgegangen, dass die Gesellschaft genau jene Formen erfunden hat, mit den sich hieraus ergebenden Unbestimmtheiten umgehen zu können.

Machen wir uns dies in Hinblick auf das Bezugsproblem der hieraus resultierenden Unsicherheiten an den einzelnen Gliedern der Funktion nochmals deutlich:

### *Körperzustand*

Zunächst erscheint der Körper selbst als eine hochgradige Unsicherheitsquelle, denn die Ganzheit seiner komplexen inneren Prozesse muss dem heilkundigen Beobachter verborgen bleiben. Diesem bleibt dabei nichts anderes übrig, als Krankheitsanzeichen zu *interpretieren*, d. h. in ein Verstehen zu überführen, indem eine unter anderen Möglichkeiten, die Symptome und diagnostischen Befunde zu deuten, selektiert wird. Zwischen Symptom und Ursache besteht damit im Gegensatz zu den Erkenntnistheorien der vormodernen Medizinsysteme<sup>122</sup> kein direkter Zusammenhang mehr. Entsprechend der hohen Kunst der Differenzialdiagnose muss nun im Sinne einer ›Hermeneutik des Körpers‹ interpretiert werden. Auch hier gilt Gadammers Einsicht, dass die »Bemühung des Verstehens« überall dort stattfindet, »wo sich kein unmittelbares Verstehen ergibt, bzw. wo mit der Möglichkeit eines Mißverstehens gerechnet werden muß«.<sup>123</sup>

### *Körperveränderung*

Moderne Medizin erscheint als eine intervenierende Medizin, deren diagnostische Prozeduren in den Körper eindringen, um aus den

<sup>122</sup> Siehe zur zweiwertigen Semiotik vormoderner medizinischer Systeme im Vergleich zur dreiwertigen Semiotik der ›verstehenden‹ modernen Medizin Hess (1998).

<sup>123</sup> Gadamer (1972, 167).

Antworten, welche sich hieraus ergeben, Schlüsse zu ziehen, und deren therapeutische Prozeduren ihrerseits Veränderungen im Körper hervorrufen, aus denen dann weitere Schlüsse gezogen werden können. Biologische Systeme stellen jedoch ›nicht-triviale Maschinen‹ dar (v. Foerster),<sup>124</sup> die aufgrund ihrer eigenen Geschichte agieren und entsprechend einem äußeren Beobachter im Hinblick auf ihre Operationsweise deshalb als unberechenbar erscheinen. Ob beispielsweise der Körper auf ein Medikament paradox reagiert, dieses Allergien hervorruft, die Krankheit bereits gegen den Wirkstoff Resistenzen entwickelt hat oder es gar zu unerwarteten Organschädigungen kommt, ist nicht vorhersehbar.

Die diagnostischen und therapeutischen Interventionen bekommen damit selbst einen kommunikativen Charakter. Sie stellen sozusagen eine Proposition für einen Dialog mit dem Körper dar, der als ›quasi Experiment‹ den Körper zu einer Selbstbestimmung als Antwort herausfordert.<sup>125</sup> Die grundlegende Unsicherheit kann hiermit nur ›dialogisch‹ balanciert werden, indem der Körper durch eine fortschreitende Sukzession weiterer Interventionen schließlich zu einer Antwort gebracht wird, die einen stimmigen Abschluss des Prozesses erlaubt.<sup>126</sup>

### *Interaktion*

Die Arzt-Patient-Interaktion steht in der hier vorgeschlagenen Modellierung neben der therapeutischen und diagnostischen Körperveränderung an dritter Stelle. Sie stellt damit einen zentralen Kontextfaktor dar, der die Prozesse der Krankenbehandlung unmittelbar konditioniert. Hier finden einerseits die Aushandlungsprozesse darüber statt, was der Patient, der ja in der Regel immer noch zustimmen muss,<sup>127</sup> zu ertragen bereit ist, wie die erwartbaren Nebenfolgen der

<sup>124</sup> Siehe etwa v. Foerster (1994b, 357ff.).

<sup>125</sup> Hierbei drängt sich dann natürlich ab einem gewissen Punkt der Verdacht auf, ob nicht die medizinischen Interventionen selber dann erst jene Problemlagen evozieren, die dann nur noch medizinisch beantwortet werden können. Siehe hierzu grundlegend Illich (1995), mit Blick auf die Intensivmedizin Wagner (1995) und in Bezug auf die Selbstreflexion der Medizin Fisher und Welsh (1999).

<sup>126</sup> Siehe zu einer ethnografischen Rekonstruktion des Prozesscharakters der Krankenbehandlung aus einer Latourschen Perspektive die Untersuchung von Berg (2008).

<sup>127</sup> Die Grenzfälle, in denen dann allerdings immer noch die Frage virulent bleibt, welchen Willen man dem Patienten zurechnen soll, sind dann einerseits die psychiatrische Zwangsbehandlung und die auch für be-

Behandlung plausibilisiert werden und welche Deutungen helfen, um mit Misserfolgen umgehen zu können. Die Interaktion unter Anwesenden steht wie jede Kommunikation unter dem Vorzeichen, dass man nicht wirklich wissen kann, was den Interaktionspartner wirklich treibt. Der Arzt kann sich nicht sicher sein, ob der Patient im Behandlungsprozess so mitspielt, wie er es von ihm erwartet. Umgekehrt kann sich für den Behandelten beispielsweise die Frage stellen, ob denn tatsächlich alles im Interesse seiner Gesundheit geschehe oder ob es in der Behandlung nicht doch um anderes – vielleicht um Geld oder wissenschaftliche Reputation gehe.

Die Interaktion verfügt jedoch gegenüber anderen Kommunikationsformen über spezifische Eigenmittel, um Unsicherheiten zu balancieren. Ob man dem jeweils anderen vertrauen kann, lässt sich hier auch über *nonverbale* Hinweise abgleichen. Insbesondere der Arzt wird den Körper des Patienten auch fühlend, sehend, riechend und hörend beobachten, um Mehrdeutigkeiten, die sich aus den diagnostischen Prozeduren wie auch dem Patientengespräch ergeben, mit dem so genannten *klinischen* Blick abzugleichen. Die Interaktion birgt darüber hinaus die Möglichkeit, dass die beteiligten Partner buchstäblich ihre eigene Geschichte produzieren. Beispielsweise mögen Arzt und Patient darin übereinkommen, eine schlimmere Krankheit zu inszenieren, als es dem medizinischen Rational entsprechen würde, etwa um Rentenansprüche realisieren zu können.

Umgekehrt kann die Interaktion bei terminalen Erkrankungen eine Dramaturgie anlaufen, die im Sinne eines »Arrangements der Hoffnung«<sup>128</sup> weiterhin auf Heilung setzt, wenngleich allen Beteiligten längst klar ist, dass die weithin zu vollziehenden medizinischen Prozeduren keinen therapeutischen Nutzen mehr haben.<sup>129</sup> Nicht zuletzt besteht immer auch die Möglichkeit, dass sich Patienten, Pfleger und Ärzte in eine Psychodynamik verstricken, deren Geschichte sowohl medizinischen als auch ökonomischen Rationalen zuwiderläuft.<sup>130</sup> Wie in den anderen Beispielen gilt dann auch hier, dass die Interaktion sowohl dazu beiträgt, Kontingenzen der Krankenbehandlung zu schließen, als zugleich auch neue Unsicherheitsbereiche zu eröffnen.

wusstlose Fälle zuständige Notfallmedizin.

128 Hermann (2005).

129 Siehe zur Diskussion der *futile medicine* etwa Schneiderman und Jecke (1995).

130 Hierauf zielt dann ja auch die Arbeit der Balint Gruppen als Versuch der professionellen Selbstkontrolle solcher Lagerungen (vgl. Balint 2001).

## *Professionen*

Die Unsicherheit hinsichtlich der Frage, mit wem man es auf ärztlicher Seite zu tun habe, lässt sich durch die Idee der professionellen Gemeinschaften beruhigen. Professionelle Gemeinschaften stehen als Institution dafür ein, ihre medizinischen Adepten hinreichend ausgebildet zu haben, für eine stabile Rahmung der Arzt-Patient-Interaktion zu sorgen, ärztliche und medizinische Ziele anstelle wirtschaftlicher und politischer Interessen in den Vordergrund zu stellen und selbstständig die schwarzen Schafe innerhalb ihrer Gemeinschaft auszumerzen. Professionen etablieren damit einerseits verlässliche rollenförmige Beziehungen – man weiß, dass man es nun mit einem Arzt und nicht mit einem Quacksalber zu tun bekommt –, nähren aber andererseits eine andere Quelle des Misstrauens.

Fragen wie diese tauchen nun auf: Verschleiert die vermeintliche Allgemeinwohlorientierung nicht nur die spezifischen Machtinteressen einer bestimmten Berufsgruppe, die auf diesem Wege gegenüber Pflegekräften und Patienten ungerechtfertigte Sonderrollen beanspruchen?<sup>131</sup> Kann man der professionellen Selbstkontrolle wirklich trauen oder wird hierdurch nicht nur eine Ordnung etabliert, deren Mitglieder sich entsprechend der Regel ›die eine Krähe hackt der anderen nicht die Augen aus‹ schützen? Ist ein professioneller Akteur wirklich in der Lage, die Rationalität seines Fachgebiets zu verkörpern, oder handelt es sich hier nur um eine idealisierte Selbstbeschreibung, die einer realistischen Einschätzung der Handlungs- und Kompetenzprofile praktizierender Ärzte kaum noch entspricht?<sup>132</sup> Auch die Institution der Professionen erscheint hiermit in jenem Doppelcharakter, einerseits Kontingenzen bewältigen zu können, um dann auf der anderen Seite neue kommunikative Unsicherheiten zu erzeugen.

## *Organisation*

Organisationen bringen auf der einen Seite jene verlässlichen kommunikativen Kontexte hervor, die mittels bürokratischer Routinen kommunikative Unsicherheitslagen in vorgefertigte Pfade einspielen. Leitlinien, Akten, standardisierte Formulare,<sup>133</sup> vorformatierte Entscheidungsroutinen, hierarchisierte Entscheidungspfade und zeitlich

131 Siehe Freidson (1975b).

132 Siehe zum Wandel des ärztlichen Selbstbildes in der Nachkriegszeit die Studie von Berg (1995).

133 Siehe zur konstitutiven Rolle von Akten und Formularen in der Krankenbehandlung Berg (1992; 2008).

wie auch räumlich zergliederte, jedoch aufeinander bezogene Prozessketten geben Behandlungsprozessen eine starke innere Kohärenz und Verlässlichkeit. Die Kontingenzen im Verhalten professioneller Akteure werden nun durch überindividuelle *Verfahren* in geregelte Bahnen gelenkt, ohne die Freiheitsgrade der professionellen Arzt-Patient-Interaktion dabei vollkommen aufzuheben. Organisationen erscheinen hiermit auch als Ansatzpunkt der Kontrolle professioneller Willkür, denn über die formale Organisation der Behandlungsprozesse lässt sich ärztliches Verhalten insofern steuern, als dass eben die vorformatierten Routinen dann auch für die Ärzte unhintergebar sind.

Organisationen erzeugen hiermit einerseits Sicherheiten in Hinblick auf das, was zu tun ist, andererseits führen sie als ihre eigene Paradoxie die Unsicherheit in Hinblick auf die Frage mit, ob das, was durch sie als Routine gestaltet worden ist, wirklich zur Lösung der zu bearbeitenden Problemlagen beiträgt, wie in unserem Fall die Frage, ob bei einer konkreten Krankheit, die zur Anwendung kommenden Pfade wirklich die passenden sind. Organisationen erzeugen qua Hierarchie eine solide Struktur, die jedoch nur zum Preis der Willkür, die in ihren Verfahren steckt, zu haben ist.

### *Gesellschaft*

Die Variable Gesellschaft steht hier nicht ohne Grund hinter »Organisation«. Wie dann insbesondere auch die Forschungsarbeiten im Umfeld des so genannten Neoinstitutionalismus aufzeigen,<sup>134</sup> können Organisationen ihre Leistungsvollzüge von der Außendarstellung entkoppeln bzw. ihre Aufgaben gegebenenfalls auch im Modus des Als-ob erledigen. Beispielsweise kann man im Zweifelsfall nicht wirklich wissen, ob die Fachkräfte nicht nur formal, sondern wirklich über die nötigen Kompetenzen verfügen, ob die frühen Entlassungen jetzt wirklich medizinisch begründet sind oder ob nur den Vorgaben eines auf ökonomische Eigeninteressen fokussierenden Controlling gefolgt wird. Ohne weitergehende gesellschaftliche Einbettungen in kommunikative Zusammenhänge erscheinen viele Institutionen der Krankenbehandlung vor allem als »totale Institutionen« (Goffman),<sup>135</sup> die Horte purer Willkür darstellen.<sup>136</sup>

134 Siehe z. B. Power (1997). Siehe zur Einführung in den Neoinstitutionalismus Hasse und Krücken (1999).

135 Goffman (1961).

136 Was dies bedeutet, lässt sich ja dann in totalitären Gesellschaften beobachten, in denen Politik, Wirtschaft, Wissen und Recht in einer Organisationsform zusammenfallen.

Für die Krankenbehandlung erscheinen insbesondere folgende gesellschaftliche Einbettungen von Bedeutung: Selbstredend ist hier die *Medizin* zu nennen, darüber hinaus die *Wirtschaft*, das *Recht*, die *Wissenschaft*, die *Politik*, die *Erziehung* sowie die *Massenmedien* und – nicht zu vergessen – die *Religion*. Das Recht stellt beispielsweise eine Kontextur dar, welche Rechtsvergehen innerhalb von Organisationen prekär erscheinen lässt. Man mag zwar weiterhin Vorschriften unterlaufen, doch man weiß nun, dass es ernsthafte Konsequenzen haben kann, falls dies öffentlich wird. Ebenso konditionieren wirtschaftliche Überlegungen die Prozesse der organisierten Krankenbehandlung. Man wird zwar auch weiterhin den Sinn und die Zielrichtung von Geldströmen gegenüber den wirtschaftlichen Stakeholdern verschleiern können, doch dies kann potenziell im Vergleich mit anderen Leistungsanbietern in ökonomische Bewertungen einfließen. Darüber hinaus erzeugen auch die Wissenschaften aus einer eigenständigen Reflexionsposition Bewertungen, unter denen bestimmte medizinische Praxen fraglich werden können. All dies geschieht wiederum im Kontext einer massenmedialen Öffentlichkeit, die dann ihrerseits gesundheitspolitische, aber im Hinblick auf Patientenentscheidungen auch ökonomische und oft auch moralische Anschlüsse nach sich ziehen kann.

Doch die Reflexionsperspektiven der gesellschaftlichen Funktionssysteme erzeugen ihre eigenen Paradoxien. Ob die wirtschaftliche Zurichtung des Krankenhauses wirklich zu einer kostengünstigeren und leistungsfähigeren Gesundheitsversorgung führt, ob die Juridifizierung der Medizin langfristig wirklich zu einer gerechteren Gesundheitsversorgung beiträgt und ob die Verwissenschaftlichung der Medizin in jeder Hinsicht zu einer höheren medizinischen Handlungsrationalität führt, sind nun Fragen, die bei genauerer Betrachtung keineswegs selbstevident beantwortet werden können (siehe hierzu ausführlicher das folgende Kapitel).

Die gesellschaftlichen Funktionssysteme plausibilisieren sich durch die Engführung auf einen binären Code. Die Reduktion der kommunikativen Orientierung auf krank/gesund, haben/nicht-haben, recht/unrecht, wahr/falsch etc. erzeugt jeweils spezifische Selektivitäten, die dann durch entsprechende Programme (Diagnose, Therapie-Schemata, Rechtsvorschriften, Verlust-Gewinn-Kalkulationen, kontrollierte Studien) bearbeitet werden können. Doch wie jede Selektivität ist hierbei zugleich immer auch ein Preis für die Ausblendung von Komplexität zu zahlen. Ob es beispielsweise unter Bedingungen erheblicher Personalknappheit sinnvoll sein kann, in rechtswidriger Manier Arbeitszeitgesetze zu missachten, ob in bestimmten psycho-

sozialen Lagen auch gegen evidenzbasiertes Wissen ein ›Arrangement der Hoffnung‹ gefahren wird oder ob der Verzicht auf personal- und kostenintensive Diagnostik tatsächlich in ein wirtschaftlich effizientes Behandlungsregime führt, sind Fragen, die nicht abstrakt vom grünen Tisch aus entschieden werden können.

Die gesellschaftlichen Funktionssysteme erzeugen jeweils totalisierende Weltansichten mit einer hohen kommunikativen Motivationskraft, um dann jedoch gerade aufgrund ihrer handlungslogischen Strenge leicht in Konflikt mit dem »praktischen Sinn« (Bourdieu)<sup>137</sup> eines angemessenen Umgangs mit Komplexität zu geraten. Eine zugleich auf größte ökonomische Effizienz, absolute Rechtssicherheit, beste wissenschaftliche Rationalität und höchste Medizinalität hin beobachtete Krankenbehandlung würde in ihrer Realisierung gleichsam an ihren eigenen Ansprüchen ersticken müssen.

### *Technik*

Systemtheoretischem Denken ist an sich die Vorstellung nicht fremd, technischen Entwicklungen und den durch sie erzeugten Artefakten eine bedeutsame Rolle für die Konstitution sozialer Prozesse zuzugestehen. So wie die Erfindung der Schrift, später des Buchdrucks und heute der elektronischen Datenverarbeitung massiv in die Möglichkeiten der kommunikativen Selektion und Motivation eingreifen,<sup>138</sup> lassen sich auch andere durch den Menschen hergestellte Artefakte dahingehend untersuchen, inwieweit sie soziale Prozesse konditionieren, bahnen und diesen ein jeweils spezifisches Gedächtnis geben.

Wie bisher gezeigt, lassen sich die mit der Krankenbehandlung aufgeworfenen Unsicherheiten nicht so ohne Weiteres beruhigen. Dies spricht dafür, auf weitere Hilfsmittel zu rekurrieren, um ihre Prozesse im Sinne eindeutiger kultureller Handlungsvektoren zu binden, zumal sich nun auch noch das Problem stellt, wie die eher instabilen und flüchtigen Kognitionen der beteiligten Akteure an komplexe Formate der Krankenbehandlung angebunden werden können.<sup>139</sup>

Geräte und Instrumente, Akten und Formulare, Kleidung, Raumgestaltung, Mobiliar sowie eine Reihe anderer dinglicher Artefakte ermöglichen auf vorreflexiver Ebene eine Bindung von Wahrnehmung, Psyche und Sozialem.<sup>140</sup> Hiermit unterlaufen wir mit Latour

<sup>137</sup> Bourdieu (1997).

<sup>138</sup> Siehe zu einer die Medienentwicklung reflektierenden Gesellschaftstheorie insbesondere Baecker (2007a).

<sup>139</sup> Vgl. zum Problem der Anbindung von Kognitionen Hutchins (1995).

<sup>140</sup> Diese Koppelungsleistung wird, so Luhmann, auch durch künstlerische Artefakte geleistet: »Kunst erreicht, unter Vermeidung, ja Umgehung

die in den Sozialwissenschaften übliche Unterscheidung zwischen Kultur und Natur, sozialer Welt und Objektwelt. Die ganzen vielfältigen materialisierten Formen und technischen Artefakte erscheinen jetzt gleichsam als »nichtmenschliche Wesen«, die einen nicht unwesentlichen Anteil an der Stabilisierung von Gesellschaft haben.<sup>141</sup>

Technisierte Prozeduren und Verfahren fungieren aus dieser Perspektive nicht mehr nur als Mittel, sondern auch als ›Mittler‹. Hiermit kommt ihnen eine wichtige Rolle in der Kontingenzbewältigung zu. Ein Arzt mag beispielsweise nicht wirklich wissen, was er mit einem Patienten anfangen kann, wird sich dann aber in der Regel an seinen technisierten diagnostischen und bürokratischen Routinen entlang hangeln können, um den Fall zu bearbeiten. Technische Lösungen erzeugen performativ einen Pfad, der durch das Gehen eine hinreichende Eigenplausibilität erzeugt, der die Beteiligten dann auch die weiteren Schritte durchführen lässt.

Doch im Sinne einer Analyse der hiermit im Prozess der Krankheitsbehandlung bewältigten und aufgeworfenen Kontingenzen gilt auch hier: Das prinzipielle Problem der Unsicherheit ist hiermit zwar nicht grundsätzlich gebannt, jedoch – diesmal auf performative Weise – beruhigt. Umso mehr diagnostische Verfahren angewendet werden, desto mehr Fehler können entstehen – etwa im Sinne von falsch positiven und falsch negativen Ergebnissen, aber auch im Sinne von Körperirritationen. Zudem erzeugt jede technische Prozedur ihre jeweils eigene Selektivität, die dann unter Umständen genau jene Aspekte der Fallkomplexität ausblenden lässt, welche für die medizinische Lösung des Problems nötig wären.<sup>142</sup>

Das Ausgangsproblem der Intransparenz des Körpers weist hiermit auch den technischen Verfahren des Körperlesens einen kommunikativen Status zu. Die Frage, ob hier gleichsam nur ein sinnentleertes Behandlungs*ritual* vorgeführt wird<sup>143</sup> oder auch medizi-

von Sprache, gleichwohl eine strukturelle Koppelung von Bewusstseinssystemen und Kommunikationssystemen« (Luhmann 1998b, 36).

141 Latour (2000, 242). Im Einklang mit der systemtheoretischen Position erscheint jetzt die »Gesellschaft gar nicht stabil genug, um sich in irgendwas einzuschreiben. Im Gegenteil, die meisten der Merkmale, die wir der sozialen Ordnung zurechnen – Dauerhaftigkeit, Macht, Hierarchie und soziale Rollenverteilung –, ließen sich nicht einmal definieren, ohne auf sozialisierte nichtmenschliche Wesen zurückzugreifen« (Latour 2000, 242).

142 Siehe in diesem Sinne zur Reflexion der Apparatedizin unter dem Blickwinkel der hiermit generierten Unsicherheit Schubert (2008).

143 Im gleichen Sinne fungieren dann Riten, Feste, erzählbare Mythen und ›Inszenierungen‹ als ›Quasi-Objekte‹ mit der Funktion, »die Operationen des Systems in einer im einzelnen nicht voraussehbaren Weise mit Gedächtnis zu versorgen« (Luhmann 1998a: 585). Man hat nun

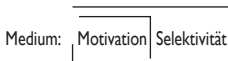
nisch brauchbare Informationen generiert werden kann, lässt sich wiederum nur durch Verstehen festlegen, d. h. indem die technisch erzeugten Ergebnisse im Selektionskontext ihrer möglichen unterschiedlichen Interpretationen gelesen werden. Die Aufgabe der ›Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, um Bestimmtes zu verstehen‹ bleibt auch hier unhintergebar. Je mehr diagnostische und therapeutische Information durch technische Verfahren erzeugt wird, desto komplexer wird die Aufgabe der Bewertung und Deutung ihrer Ergebnisse.

### *Bezugsproblem Unsicherheit*

Kehren wir nun nochmals zu der zu Beginn der Einleitung formulierten Ausgangslage zurück. Warum lässt man sich überhaupt auf Medizin ein, wenn der Behandlungsprozess auf allen Ebenen mit Kontingenz durchsetzt ist und bei Körperveränderungen mit unvorhersehbaren Nebenwirkungen zu rechnen ist? Warum vertraut man undurchschaubaren Organisationen und technischen Prozeduren, bei denen man nicht wirklich sicher sein kann, ob ihre Prozesse einer medizinischen Rationalität geschuldet sind? Anders herum gefragt: Was motiviert einen letztendlich, sich auf die Institution der modernen Krankenbehandlung mit all ihren bekannten Zumutungen einzulassen?

Wir haben hier nach einem Medium zu suchen, das die Handlungsorientierung in einen eng umrissenen Auswahlbereich führt, entsprechend dem man dann trotz aller damit verbundenen Widrigkeiten keine andere Wahl hat, als sich darauf einzulassen.

Formtheoretisch lässt sich dies mit Baecker folgendermaßen ausdrücken:<sup>144</sup>



Die Motivation entsteht hier im Kontext eines eingeschränkten Raums von Möglichkeiten. Der *re-entry*-Haken – der Wiedereintritt der Form in die Form – drückt aus, dass dann nicht nur die Motivation die Auswahl bestimmt, sondern dass das Ausgewählte dann ebenfalls zu weiteren diesbezüglichen Selektionen motiviert. Der Gebrauch des Mediums konstituiert und bestätigt damit selbst

etwas, woran man sich halten kann, ohne den epistemischen Status des eigenen Vorgehens problematisieren zu müssen, und genau in diesem Sinne erscheint dann auch die moderne Medizin in hohem Grade als »symbolische Heilung« (Dow 1986).

<sup>144</sup> Baecker (2005, 179).

das Medium. Sich beispielsweise auf die Knappheitskommunikation der Wirtschaft einzulassen, führt *nolens volens* dazu, sich an die Selektivitätszumutungen, die diesem Medium eigen sind, zu gewöhnen. Die wirtschaftliche Denkweise plausibilisiert sich dann sozusagen – ebenso wie die rechtliche, wissenschaftliche oder medizinische – durch ihre wiederholte Anwendung.

In den Erfolgsmedien wird die Annahme des Kommunikationsangebots dann auf das binäre Format Annahme/Ablehnung verdichtet:<sup>145</sup>



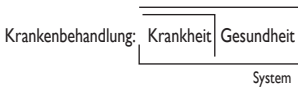
Auch hier drückt der *re-entry*-Haken wieder jene eigentümliche Systemik der Selbstinstruktion aus. Die Wahl des Kommunikationsangebotes steht in einer spezifischen Engführung, welche die Annahme im Kontext der Ablehnung thematisiert. Die Ablehnung der kommunizierten Offerte erscheint nun wiederum im Lichte der Folgen der Annahme, die nun *unweigerlich* mitreflektiert werden müssen, sobald man sich auf dieses Medium einlassen muss.

Beispielsweise können die mit dem Erfolgsmedium Recht oder mit der Wirtschaftskommunikation implizierten binären Unterscheidungen recht/unrecht bzw. haben/nicht-haben nun – sobald sie einmal in die Kommunikation erfolgreich eingeführt worden sind – nicht einfach in der Weise negiert werden, als dass man plausibel vertreten kann, es komme grundsätzlich nicht auf wirtschaftliche oder rechtliche Argumente an. Die hiermit aufgespannten Reflexionsräume – Gotthard Günther verwendet hier den Begriff der Kontextur<sup>146</sup> – erzeugen jeweils eine eigene inhärente und unhintergehbare Logik. Als Konsequenz der Selbstreferentialität des Codes kann jetzt beispielsweise auch die Ablehnung rechtlicher oder wirtschaftlicher Argumente nur noch im Kontext von Recht bzw. der Wirtschaft gedacht werden (»man muss sich nun darauf einstellen, unter Bedingungen der Illegalität zu arbeiten« bzw. »man kann die Negation des wirtschaftlichen Primats nun nur noch mit Blick auf die Finanzierbarkeit eben dieser Haltung denken«).

<sup>145</sup> Baecker (2005, 212).

<sup>146</sup> Günther (1978).

Für die Krankenbehandlung ergibt sich mit dem ›medizinischen Code‹<sup>147</sup> folgende Supercodierung:



Die Kommunikation von Krankheit erscheint nun instruktiv, und zwar in Hinblick auf die Motivation in solch einer dramatischen Form, dass bei Ablehnung der Offerte unweigerlich die Option einer infrage gestellten Gesundheit als andere Seite des Codes zum Thema wird. Man mag zwar die bittere Medizin nicht schlucken wollen, doch innerhalb des kommunikativen Raums, der durch den medizinischen Code aufgespannt wird, sieht man sich nun instruiert, die Konsequenzen mitzudenken. Man mag die Krebsdiagnose zwar psychisch verdrängen, zudem man vielleicht noch keine Krankheitssymptome spürt, doch selbst hier wird man üblicherweise die kommunikativen Angebote des Arztes zur weiteren Behandlung annehmen wollen, da die Nichtbehandlung unweigerlich unter dem Erwartungshorizont einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit steht. Man mag vielleicht lieber einen Kinofilm anschauen, anstatt im Krankheitsfalle einen Arzt aufzusuchen. Doch in all diesen Fällen stehen die durch Rejektion des medizinischen Codes aufgeworfenen Handlungsalternativen nun *nicht* mehr in einem symmetrischen Verhältnis zueinander.

Hierbei wird mit Baecker deutlich, »dass Krankheiten einen *kommunikativen* Wert haben und dass von diesem Wert nicht zuletzt auch abhängt, dass und wie sie für die Medizin einen Wert bekommen können, so sehr letzterer dann auch darin besteht, ersteren zu bestätigen und im Verlauf zu modifizieren. Aber der entscheidende Punkt, darauf eben zielten die Analysen des klinischen Blicks bei Michel Foucault, besteht darin, eine Krankheit so zu bestimmen, dass man von ihr und über sie reden, sie an bestimmten Zeichen (›Symptomen‹) erkennen, ihr bestimmte Ursachen und Wirkungen zurechnen und anhand dieser Zurechnungen von anderen unterscheiden (›Differentialdiagnose‹) und ihr so nicht zuletzt einen Handlungsbedarf (›Therapie‹) zurechnen kann«, <sup>148</sup>

Erst die *Kommunikation von Krankheit als Krankheit*, also die kommunikative Plausibilisierung einer Krankheit (selbst wenn sie vom Betroffenen noch nicht als solche sinnlich erlebbar ist) motiviert im Reflexionskontext der existenziellen Dimension Gesundheit dazu, all die mit der Krankenbehandlung verbundenen Zumutungen zu

<sup>147</sup> Vgl. Luhmann (1990).

<sup>148</sup> Baecker (2008b, 50).

ertragen und sich auf die hiermit verbundenen Unsicherheiten und Gefahren einzulassen.

Jenseits des allgegenwärtigen Geredes vom Patienten als Kunden, als Bürger und als Koproduzent seiner Gesundheit wird hier eine *Basistypik medizinischer Kommunikation* deutlich, die auf alle nachfolgenden kommunikativen Prozesse durchgreift.