

Werner Vogd
Zur Soziologie der
organisierten
Krankenbehandlung

VELBRÜCK
WISSENSCHAFT

Werner Vogd
Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung

Werner Vogd
Zur Soziologie der
organisierten
Krankenbehandlung

**VELBRÜCK
WISSENSCHAFT**

Dieses Werk ist im Open Access unter der Creative-Commons-Lizenz
CC BY 4.0 lizenziert.



Die Bestimmungen der Creative-Commons-Lizenz beziehen sich nur auf das Originalmaterial der Open-Access-Publikation, nicht aber auf die Weiterverwendung von Fremdmaterialien (z.B. Abbildungen, Schaubildern oder auch Textauszügen, jeweils gekennzeichnet durch Quellenangaben). Diese erfordert ggf. das Einverständnis der jeweiligen Rechteinhaber.

© Werner Vogd
Publikation: Velbrück Wissenschaft
Erste Auflage 2026
Velbrück Wissenschaft in der Velbrück GmbH Verlage, 2026
Meckenheimer Str. 47 · 53919 Weilerswist-Metternich
info@velbrueck.de
www.velbrueck.de

Printed in Germany
978-3-95832-446-6

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

INHALT

Einleitung	9
Krankenversorgung im Wandel	18
Mut zu komplexeren soziologischen Beschreibungen – Das Vorbild Rohde	29
Die praxeologische Perspektive	33
Fünf Stränge der Reflexion	51
I Gesellschaftliche Kontexturen der Krankenbehandlung	71
Medizin	72
Pflege	76
Wissenschaft	80
Erziehung und Ausbildung	87
Wirtschaft	92
Politik	107
Recht	122
Religion	130
Der Patient	137
Zusammenschau	141
II Organisationen	143
Verhältnis von Organisation und Gesellschaft	144
Organisationskultur	149
Hierarchien und Entscheidungsrouinen	152
Grenzen von Organisationen	157
Organisationale Selbstbeobachtung	159
Controlling	161
Qualitätssicherung, Evaluation und Akkreditierung	164
Management und Führung	170
Zusammenschau	181
III Netzwerke	183
IV Mensch-Technik-Ensembles	195
V Professionen	213
Der ›Dritte Stand‹	217
Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis	219
Unsicherheiten im Klientelbezug	221

Unsicherheiten medizinischer Technologien	222
Organisationale Unsicherheiten	226
Professionelle Ambivalenzen	227
Einheit der Profession als Netzwerk	229
VI Die Zukunft der Medizin	233
Krankenbehandlung der Moderne	235
Krankenbehandlung in der nächsten Gesellschaft	241
Zusammenschau	271
VII Evidence Based Medicine – Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie	277
Grundlagen der evidence based medicine	281
Medizinische Professionalisierung im Spannungsfeld der Funktionssysteme	283
Der Arzt im Interaktionszusammenhang	299
Wissensinszenierung: Medizin – auch eine Kultur des Performativen	305
Diskussion	310
VIII Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungs- netzwerk?	315
Organisationssoziologische und methodologische Bemerkungen	317
Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen	323
Organisation der ärztlichen Arbeit	325
Ärztliches Ethos	328
Diskussion	341
Literatur	349
Nachweis bereits veröffentlichter Texte	377
Personenregister	379

für Margarita

Hiermit möchte ich Jonathan Harth und Cornelius Schubert
für die kritische Durchsicht des Manuskripts und wertvolle
Anregungen danken.

Berlin, den 31. Dezember 2010 Werner Vogd

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*,¹ 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.«² 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.³ Im Sinne von Åkerström dient diese Darstellung der Offenlegung und Klärung der eigenen Reflexionsverhältnisse.⁴

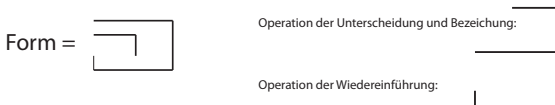
Die Notation ist hier nicht im Sinne ihres Erfinders Spencer Brown als Recheninstrument misszuverstehen. Die Formen stellen keine Gleichungen dar, die entsprechend einer mathematischen Verständnisweise zu lesen sind. Sie werden hier ausschließlich im Sinne von ›aus der hier beschriebenen Perspektive 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.⁵ 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:⁶



Sobald eine Gesellschaft beginnt, ihre medizinische Kultur in dieser Weise zu reflektieren, wird diese mit einem *Unruhmoment* 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 instruiert 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 gesucht⁷ und Leitlinien angestrebt werden sowie versucht wird, die undurchschaubare Menge medizinischer Forschung zu ordnen und in vergleichende ›Metaanalysen‹ zu überführen.⁸ 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‹.⁹ 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.

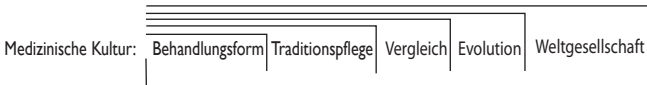
7 Siehe etwa die Entwicklung des internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten ICD. Siehe zum Diskurs der Standardisierung auch Berg (1995).

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«,¹⁰ 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.¹¹

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-

¹⁰ Meyer (1977).

¹¹ 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 unregelmäßige 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«. ¹²

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

12. 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,¹³ 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 Auflösungsstärke 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 Krankenbehandlung 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.¹⁴ 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

¹⁴ 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 ›Poli- zeywissenschaften‹ die Gesundheit seiner Bürger zur Pflicht werden ließ.¹⁵ Nur auf dem fruchtbaren Boden dieser sozio-historischen Kon- stellation konnte dann Anfang des 19. Jahrhunderts die ›Geburt der Klinik‹ (Foucault)¹⁶ gelingen, mit der die Medizin sich vom über- lieferten Heilwissen (Traditionspositivismus) zu einer forschungs- intensiven 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 Gesundheitsver- sorgung 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:

15 Vgl. Möller (2005).

16 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.¹⁷

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.¹⁸ 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 Parsons¹⁹ 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«,²⁰ 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‹²¹ 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.²²

Die unbestreitbaren Erfolge der modernen Medizin mündeten schließlich in den 1950er-Jahren in das »goldene Zeitalter der Medizin«. ²³ 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‹²⁴ erscheint nun nur noch als Agent des Patienten. Der auf den Einzelfall fokussierende Klientelbezug – weiterhin fast ausschließlich durch den biomedizinischen Blick formiert²⁵ – 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.²⁶

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.²⁷ 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.²⁸ Die insbesondere von den emanzipativen demokratischen Bewegungen formulierte Medizinkritik blieb zwar in den Diskursen der Gesundheitswissenschaften und -politik nicht folgenlos,²⁹ 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,³⁰ auf Prävention und damit in Bezug auf Gesundheitsversorgung auf eine Abkehr vom Primat der ärztlichen Führung setzt.³¹ 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.³²

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 Gegenwart« (Nassehi) parallel an verschiedenen Orten statt, ohne einander dabei aufzuheben.³³ 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-

30 Siehe hierzu das Paradigma der ›Salutogenese‹ (Antonovsky 1997).

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

32 Saake (2003).

33 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.³⁴ 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.³⁵ 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.³⁶

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.³⁷

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 werden³⁸ 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.³⁹

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,⁴⁰ 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 Gesundheitsökonomien konkurrieren nun auch zunehmend nicht-ärztliche bzw. nicht-klinische Wissenseiten 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«,⁴¹ welche der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2001 formulierte,⁴² 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.⁴³

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.⁴⁴

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

41 Unter ›Übersorgung‹ 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.⁴⁵ Mit der unverdächtigen Forderung »Rationalisierung statt Rationierung«,⁴⁶ 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?⁴⁷ 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*«,⁴⁸ 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,⁴⁹ 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 zuzutrauen. 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.⁵⁰ Im Rekurs auf Arnold Gehlen⁵¹ 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.⁵² 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, III).

- Patient – so Rohde – »berührt nur gleichsam das Funktionsgefüge (und wird von diesem erheblich berührt), aber er geht recht eigentlich in dieses nicht ein.«⁵³
- Hieraus resultiert eine weitere »Innenspannung« medizinischer Institutionen. Da nun – wie Rohde zutreffend feststellt – »freundlich zu sein«, nicht unbedingt zur Rollenbeschreibung eines Krankenhausarztes gehört,⁵⁴ 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.⁵⁵
 - 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.⁵⁶ 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:

53 Rohde (1974, 345ff.).

54 Rohde (1974, 107).

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

56 Rohde (1974, 372).

- In Bezug auf die intermedizinischen Beziehungen ist mit Rohde von einer Gleichzeitigkeit von Kooperation und Konkurrenz auszugehen.⁵⁷ 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,⁵⁸ 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 Ärzteguppen, 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«. ⁵⁹

»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 Kontexturen⁶⁰ 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 konkurrenz 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,⁶¹ 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 amerikanischer 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«⁶² 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 Bohnsack⁶³ 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 White⁶⁴ und die Akteur-Netzwerk-Theorie, wie sie von Bruno Latour und Michel Callon ausformuliert wurde.⁶⁵ So unterschiedlich die jeweiligen Konzeptionen auch ausgestaltet sind, sie eint eine wissenschaftssoziologische Perspektive,⁶⁶ 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.⁶⁷ 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, Eselfd 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 *monokontextual*, 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 *polykontextualen Verhältnissen* umzugehen. Im Gegenteil – die meisten diesbezüglichen

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.⁶⁸ 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.⁶⁹ 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.⁷⁰ 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 Wissenschaftskommunikation) 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«⁷¹ 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 Bewusstseinsystemen 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.⁷²

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.⁷³ 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.⁷⁴ 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.⁷⁵
 3. *Artefakte*: Insbesondere von Bruno Latour haben wir gelernt, dass auch die Dinge einen kommunikativen Charakter haben. Sie bahnen und ermöglichen bestimmte kommunikative Anschlüsse⁷⁶ und ermöglichen auf vorreflexive Weise eine Bindung von Wahrnehmung, Psyche und Sozialem.⁷⁷ Der weiße Arztkittel, 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).⁷⁸
 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 Bewusstseinsystemen 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‹⁷⁹ unterliegen).

5. *Netzwerke*: Anlehndend 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 sind⁸⁰ 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.⁸¹

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*⁸² 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«. ⁸³

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 ⁸⁴ 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. ⁸⁵ 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 Handlungsrationalität 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 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.⁸⁶

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 zurechtkommen 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,⁸⁷ 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.*⁸⁸ 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,⁸⁹ 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.⁹⁰ 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.⁹¹ 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.⁹²

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.⁹³ 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.⁹⁴ 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, 64of.). 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 längst⁹⁵ –, 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.⁹⁶ 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.⁹⁷ 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.⁹⁸

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 Kommunikationstheorie⁹⁹ – *nicht* auf den Sicherheiten eines perspektivenübernehmenden oder regelbasierten Verstehens, sondern im Wesentlichen in den Bereichen des Miss- und Nichtverstehens.¹⁰⁰ Kommunikation, so auch der Befund ethnomethodologischer Studien,¹⁰¹ 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«. ¹⁰²

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. ¹⁰³ 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-

¹⁰² Baecker (2005, 23).

¹⁰³ 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.¹⁰⁴

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«. ¹⁰⁵

104 Siehe zur Philosophie der Modellierung aus methodologischer Perspektive Vogd (2009b).

105 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‹¹⁰⁶ sowie insbesondere mit Blick auf die Ärzte die Vermutung einer ›Deprofessionalisierung‹. Zudem scheint die Idee von ›Behandlungsnetzwerken‹ eine zunehmende Attraktivität zu gewinnen.¹⁰⁷

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.¹⁰⁸

106 Vgl. Rau et al. (2009).

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

108 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; Wallenczus 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.¹⁰⁹ Die Wertschätzung dieser Leistung ist unabdingbar, 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.¹¹⁰ 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.¹¹¹ 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.¹¹²

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).

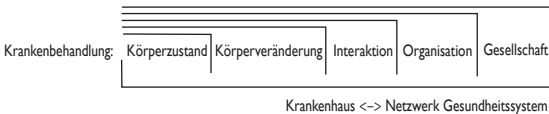
110 Auf einer grundlagentheoretischen Ebene hat dies White ausgearbeitet (White 1992).

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.¹¹³

Gehen wir im Kontext des hier vorgestellten Forschungsprogramms auf Letztere etwas ausführlicher ein. Im Rahmen einer qualitativen Anwendung des Formkalküls von Spencer Brown¹¹⁴ 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 Unterscheidungen 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.«¹¹⁵

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.«.¹¹⁶

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 rekurriert werden kann. Andererseits ist aber nicht festgelegt, *wie* in einer konkreten Interaktion hierauf referiert wird.¹¹⁷

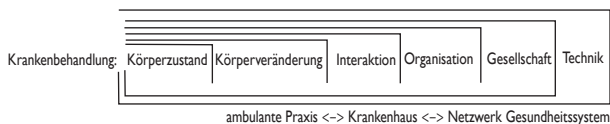
In Bezug auf die in diesem Buch vorgeschlagene Schwerpunktsetzung ist die Baeckersche Modellierung um zwei weitere Variablen zu ergänzen, die ›Professionen‹ (4) und die ›technischen Artefakte‹ (5).

116 Baecker (2008b, 48).

117 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)¹¹⁸ 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),¹¹⁹ 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, wengleich 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 Diagnostosetechniken jene Sachzwänge, die dann ihrerseits das medizinische Primat auch trotz knapper Mittel kommunikativ plausibilisieren.

118 Serres (1987).

119 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.

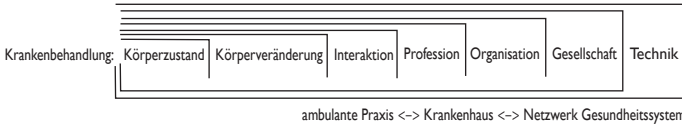
Darüber hinaus wird es als notwendig erachtet, mit der ›Profession‹ eine weitere Variable einzuführen, da mit den *professional communities* weiterhin von wirkmächtigen, in sich geschlossenen Orientierungsbereichen ausgegangen werden muss, die sich zwar mit den gesellschaftlichen Entwicklungen in ihren 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 Freidson¹²⁰ 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 Stichweh¹²¹ 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 Medizinsysteme¹²² 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«. ¹²³

Körperveränderung

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

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

¹²³ 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),¹²⁴ 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.¹²⁵ 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.¹²⁶

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,¹²⁷ zu ertragen bereit ist, wie die erwartbaren Nebenfolgen der

124 Siehe etwa v. Foerster (1994b, 357ff.).

125 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).

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

127 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«¹²⁸ weiterhin auf Heilung setzt, wenngleich allen Beteiligten längst klar ist, dass die weithin zu vollziehenden medizinischen Prozeduren keinen therapeutischen Nutzen mehr haben.¹²⁹ 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.¹³⁰ 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?¹³¹ 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?¹³² 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 einspüren. Leitlinien, Akten, standardisierte Formulare,¹³³ 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,¹³⁴ 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),¹³⁵ die Horte purer Willkür darstellen.¹³⁶

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)¹³⁷ 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,¹³⁸ 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.¹³⁹

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.¹⁴⁰ Hiermit unterlaufen wir mit Latour

137 Bourdieu (1997).

138 Siehe zu einer die Medienentwicklung reflektierenden Gesellschaftstheorie insbesondere Baecker (2007a).

139 Vgl. zum Problem der Anbindung von Kognitionen Hutchins (1995).

140 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.¹⁴¹

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 Krankenbehandlung 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.¹⁴²

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 wird¹⁴³ oder auch medizi-

von Sprache, gleichwohl eine strukturelle Koppelung von Bewusstseins-systemen 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 irgendetwas 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

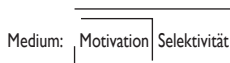
nisch brauchbare Informationen generiert werden kann, lässt sich wiederum nur durch Verstehen festlegen, d. h. indem die technisch erzeugten Ergebnisse im Selektionskontext ihrer möglichen unterschiedlichen Interpretationen gelesen werden. Die Aufgabe der ›Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, 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:¹⁴⁴



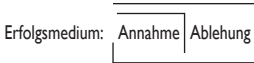
Die Motivation entsteht hier im Kontext eines eingeschränkten Raums von Möglichkeiten. Der *re-entry*-Haken – der Wiedereintritt der Form in die Form – drückt aus, dass dann nicht nur die Motivation die Auswahl bestimmt, sondern dass das Ausgewählte dann ebenfalls zu weiteren diesbezüglichen Selektionen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

¹⁴⁴ Baecker (2005, 179).

das Medium. Sich beispielsweise auf die Knappheitskommunikation der Wirtschaft einzulassen, führt *no lens 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:¹⁴⁵



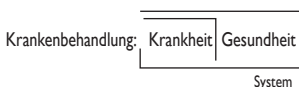
Auch hier drückt der *re-entry*-Haken wieder jene eigentümliche Systemik der Selbstinstruktion aus. Die Wahl des Kommunikationsangebotes steht in einer spezifischen Engführung, welche die Annahme im Kontext der Ablehnung thematisiert. Die Ablehnung der kommunizierten Offerte erscheint nun wiederum im 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 Kontextur¹⁴⁶ – 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‹).

145 Baecker (2005, 212).

146 Günther (1978).

Für die Krankenbehandlung ergibt sich mit dem ›medizinischen Code‹¹⁴⁷ 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.«,¹⁴⁸

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

¹⁴⁷ Vgl. Luhmann (1990).

¹⁴⁸ 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.

I GESELLSCHAFTLICHE KONTEXTUREN DER KRANKENBEHANDLUNG

In diesem Kapitel geht es um die ausführlichere Beschreibung der für die Krankenbehandlung relevanten gesellschaftlichen Kontexturen (Recht, Wirtschaft, Medizin etc.). Diese sind mit der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft als autonome Funktionsbezüge entstanden, erzeugen jeweils eine spezifische systemische Typik und erscheinen als eindeutig rekonstruierbare Handlungsorientierungen mit einer jeweils eigenen Operationslogik. Zusammengekommen bilden sie eine polykontexturale Gesellschaft der Vielheit,¹ in der es keinen Ort einer übergeordneten Rationalität mehr gibt, von dem aus die Beziehungen der einzelnen Bezugssysteme entsprechend einer übergreifenden Reflexionsperspektive geordnet werden können.

Der Begriff der *Polykontexturalität* wurde mit Gotthard Günthers Programm einer mehrwertigen, nicht-aristotelischen Logik ins Spiel gebracht.² Innerhalb der Soziologie ist er insbesondere durch Niklas Luhmann prominent geworden. Luhmann begreift Gesellschaft bekanntlich als ein System, das darauf beruht, dass die Operation der Kommunikation weitere Kommunikationen auslöst und im Rahmen der gesellschaftlichen Evolution bestimmte Typiken der Kommunikation entstehen, die durch ihr Prozedere genau dieselbe Typik der Kommunikation reproduzieren. So kommt es innerhalb der Gesellschaft zu Recht, Wissenschaft, Politik und anderen autonomen Funktionssystemen, welche jeweils nach ihrer eigenen Logik und auf Basis eines eigenen spezifischen Codes operieren, um nun alles, was außerhalb ihrer Grenzen geschieht, hochselektiv entsprechend der eigenen Präferenzstruktur aufzugreifen oder zu ignorieren. Die moderne Gesellschaft erscheint mit Luhmann genau in diesem Sinne *polykontextural*, als dass nun unterschiedliche Systeme *heterarchisch* nebeneinander bestehen und in Beziehung zueinander treten. Aus der

- 1 Siehe im Sinne der hier entfaltenen Analyseinstellung eine ausführlichere Darstellung und Begründung der Konzeption der Polykontexturalität in Vogd (2010, Kapitel I).
- 2 Siehe zu einer gründlicheren Einführung Kurt Klagenfurt (2001), Rudolf Kaehr (1993) und vor allem auch Nina Ort (2007), darüber hinaus natürlich das Werk von Gotthard Günther. Siehe als Einstieg etwa Günther (1963).

jeweiligen Innenperspektive eines Funktionssystems können dann die Leitunterscheidungen der jeweils anderen Systeme negiert werden, was jedoch nicht ausschließt, dass entsprechend der eigenen Selektivität sehr wohl an die Kommunikationsangebote der anderen Systeme angeschlossen werden kann und muss.³

Schauen wir nun im Folgenden ausführlicher auf die Spezifika der unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen, welche die Krankenbehandlung konditionieren.

Medizin

Als gesellschaftliche Kontextur betrachtet stellt Medizin Kommunikation dar. Eine Krankheit tritt erst dann ins gesellschaftliche Leben, wenn sie als solche kommuniziert wird. Ein unbehandelter Bluthochdruck, eine Krebserkrankung oder eine Psychose bekommen erst dann kommunikative Relevanz, wenn sie entsprechend benannt werden. Zuvor mögen sie vielleicht als diffuse Befindlichkeitsstörung ins Bewusstsein gedrungen sein. Doch dies reicht nicht aus, soziale Prozesse in Hinblick auf koordinierte Bemühungen zur Krankenbehandlung zu instruieren. Dies wird erst möglich, wenn es gelingt, körperliche Prozesse in einen entsprechenden kommunikativen Kontext zu stellen, der dann gleichsam eine Sogwirkung ausübt, um andere kommunikative Prozesse zu konditionieren. Worin liegen nun die Besonderheit und die Motivationskraft der medizinischen Kommunikation?

Leicht wird übersehen, dass die Medizin ihre kommunikative Referenz nicht in der Gesundheit oder Heilung, sondern in der Behandlung des kranken Körpers hat. Dass viele der historisch und

3 »In unserem Kontext soll Polykontexturalität heißen: daß die Gesellschaft zahlreiche binäre Codes und von ihnen abhängige Programme bildet und überdies Kontextbildungen mit sehr verschiedenen Unterscheidungen (neuerdings sogar wieder: Männer und Frauen) anfängt. Auch die Logik bildet keine Ausnahme, sie kann aber ihren spezifischen Kontext in der Vereinfachung der Polykontexturalität sehen. Wenn dies unumgänglich ist, dann fungiert der eine Kontext als Rejektionsgesichtspunkt für die Unterscheidungen anderer, so zum Beispiel der politische Kontext Regierung/Opposition zur Rejektion der Unterscheidung wahr/unwahr. Das heißt nicht (bitte sorgfältig lesen!), daß die Werte bzw. Bezeichnungen anderer Kontexte nicht anerkannt werden, wohl aber, daß die eigene Operation sich nicht um deren Unterscheidungen bemüht – so wie die Politik natürlich hinnimmt (und sie wäre *politisch* schlecht beraten, täte sie es nicht), was die Wissenschaft als wahr bzw. unwahr herausfindet, aber nicht selbst zwischen diesen beiden Werten wählt« (Luhmann 1998c, 666).

auch heute noch angewendeten Heilverfahren nicht nur unwirksam, sondern sogar schädlich sind, hat die Verbreitung dieser Behandlungsmethoden nicht behindert. Auch die Bewegung Evidence Based Medicine hat nicht unrecht mit ihrer Klage, dass für viele der üblichen medizinischen Interventionen noch keine biostatistische Evidenz im Sinne kontrollierter – dem Popperschen Falsifikationspostulat folgenden – Studien nachgewiesen worden ist.⁴ Die Frage, wie es der Medizin gelingt, ihre Interventionen als angemessene Diagnose und Therapie zu plausibilisieren, ist also keineswegs eine triviale, denn die zunächst naheliegende Antwort ›weil sie heilt‹ stimmt nicht.

Im Sinne einer praxistheoretischen Wendung scheint die Medizin vielmehr vor allem eine Antwort auf das Bezugsproblem kranker Körper anzubieten. Die Kontextur der Medizin wird damit durch den *Code krank/gesund* aufgespannt. Die Krankheit ist instruktiv für die Medizin und führt entsprechend der eigenen Programme, welche die Umweltbeziehung der Medizin regeln, zu diagnostischen und therapeutischen Anschlüssen. Die *Gesundheit* stellt dabei, so Luhmann, den *Reflexionswert* dar, entsprechend dem die angewendeten medizinischen Maßnahmen ihren Sinn erhalten.⁵ Doch nur im Klassifizieren und Benennen von Krankheiten erzeugt die Medizin ein positives Wissen, an das sie ihre eigenen Operationen – also weitere Diagnostik und Therapie – anschließen kann. Der Bereich der Heilung bleibt für sie jedoch im Bereich des Nicht-Wissens, stellt also eine Sphäre der auszublenenden Komplexität dar. Um mit Hans Georg Gadamer zu sprechen: Auch für sie gilt das Primat der »Verborgenheit der Gesundheit«. ⁶ Dies stellt jedoch nicht die Rationalität der medizinischen Praxis in Frage, denn gerade die oben benannte kommunikative Engführung am *Code krank/gesund* erlaubt trotz der Ungewissheit der Gesundheit, eine distinguierte Krankenbehandlung anzuschließen, da entsprechend dem medizinischen Code der Wert *krank* indiziert, was zu tun ist.

Die hiermit gegebene Asymmetrie des Codes – nur die Krankheit hat für das System Instruktionwert – ist von verschiedener Seite kritisiert worden; bzw. man hat zumindest eine Öffnung des Systems hinsichtlich einer ›Gesundheitsgesellschaft‹ vermutet, welche nun neben der Krankheit auch die Salutogenese zum Ausgangspunkt der Operationen des Versorgungssystems machen würde.⁷ Einige Autoren vermuten gar einen generellen Trend in Richtung einer ›Gesundheitsgesellschaft‹.⁸

4 Vgl. Sackett et al. (1999).

5 Luhmann (1990).

6 Gadamer (1993).

7 Siehe zum Überblick Pelikan (2007).

8 Vgl. Bauch (1996) und im Sinne einer politischen Programmatik Kickbusch (2006).

Im Sinne einer praxeologischen Perspektive empfiehlt es sich jedoch, vor allem auf die Logik der Praxis zu schauen, anstelle vor schnell den Vorstellungen gesundheitswissenschaftlicher Diskurse zu folgen. Richtunggebend bleibt hier mit Luhmann weiterhin die Frage: »wonach richten sich die Ärzte?«.⁹ Doch hier, innerhalb der medizinischen Praxis, lautet die Antwort weiterhin: »Ärzte richten sich nach diagnostischen Befunden. ›Kein Befund‹ bzw. ›Befund negativ‹ ist für sie nicht instruktiv. Bestenfalls ergibt sich hieraus der Ansporn, weitere Diagnostik zu betreiben, um dann gegebenenfalls doch noch zu einem ›positiven Befund‹ zu gelangen, an den sich dann bei Bedarf Therapieoptionen anschließen lassen. Dies würde dann gar mit Pelikan (2009) zu einer Radikalisierung des Codes auf die beiden Werte *krank/nicht krank* führen, die der ärztlichen Praxis empirisch noch stärker angeschmiegt ist als die ursprüngliche Luhmannsche Fassung des medizinischen Codes.

Erst mit dieser strengen Engführung auf ›Krankheit‹ entsteht eine distinktive Engführung der medizinischen Kommunikation, mit der dann andere gesundheitsrelevante Orientierungen wie z. B. ›Evidenz-basierung der angewandten Verfahren‹ oder auch die ›Orientierung an gesundheitsfördernden Lebensstilen‹ zwar nicht prinzipiell aufgehoben sind, jedoch aufgrund des Primats der medizinischen Praxis recht leicht ausgeblendet werden können.

Eine besondere Plausibilisierung des medizinischen Codes im oben genannten Sinne ergibt sich durch die Durch- und Vordringlichkeit von Krankheit und Schmerz, wodurch gleichsam ein Kollaps von Zeithorizonten zulasten alternativer Sinnofferten entsteht. Da sofortiges Handeln geboten ist, wird innerhalb der unmittelbaren Praxis eine weitergehende Reflexion des übergeordneten Sinns der vollzogenen Aktionismen blockiert.¹⁰

Codes stellen ein abstraktes Schema dar und benötigen entsprechend programmatische Spezifizierungen, um in Entscheidungen zu konkreten Handlungsoptionen einmünden zu können. Diese Programme legen Kausalrelationen fest. *Inputorientierte Entscheidungsprogramme* – Luhmann spricht hier von *Konditionalprogrammen* – benennen jeweils konkrete Bedingungen, auf die dann entsprechende Konsequenzen zu folgen haben. Demgegenüber beruhen *outputorientierte Zweckprogramme* auf festgelegten Zweck-Mittel-Relationen, mit denen bestimmte Projekte verfolgt werden können.¹¹

Für medizinische Behandlungsregimes, die angesichts unvorhersehbarer Krankheitsverläufe oft auch mit Misserfolgen ihres thera-

9 Luhmann (1983b).

10 Vgl. Luhmann (1983b, 261f.).

11 Luhmann (2000c).

peutischen Handelns konfrontiert werden, empfiehlt es sich, Konditionalprogramme zu verwenden, d. h. die internen Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Arbeit nicht an den Therapieausgang, sondern an die Therapievollzüge zu koppeln. Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, mag zwar bei der Therapieentscheidung durchaus mitreflektiert werden, instruiert jedoch nicht die Optionen, welche eine onkologische Klinik konkret anbieten kann. Wichtiger erscheint hier vielmehr, dass man zu einer Diagnose kommt und dann entsprechend Behandlungsverfahren für das Problem einer festgestellten Erkrankung anzubieten hat.¹²

Die Eigenwerte des medizinischen Codes und der sie umsetzenden Entscheidungsprogramme laufen damit nicht unbedingt auf ein Maximum an Heilung hinaus, sondern zunächst einmal nur auf eine Maximierung von Medizin. Man mag dies aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive kritisieren und stattdessen Versorgungsstrukturen einfordern, die dann etwa mehr auf präventive Konzepte setzen.¹³ Dies hebt jedoch nicht die Selbstinstruierung der Krankenbehandlung durch den asymmetrischen medizinischen Code aus, der insbesondere unter Zeitnot und knappen Ressourcen andere Prioritäten setzen lässt.

An dieser Stelle ist auf eine weitere Konsequenz der Engführung durch den medizinischen Code hinzuweisen. Wie jedes Funktionssystem ist auch die Medizin tendenziell auf die Ausdehnung ihrer Leistungsbereiche, also auf unbegrenztes Wachstum hin ausgerichtet.¹⁴ Es gibt keinen innermedizinischen Grund, der dafür sprechen würde, die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Opti-

12 Die vielfach unter Anfängern zu hörende Selbstironisierung ›Operation erfolgreich, Patient tot‹ pointiert den programmatischen Handlungsbezug. Das Konditionalprogramm legt fest, was zu tun ist bzw. auch in Zukunft wieder zu tun ist und wo man besser nicht so genau hinschauen sollte. In diesem Sinne bestimmen Entscheidungsprogramme das, auf was eine Organisation zu achten hat, was sie intern als Aufgabe repräsentieren soll, was sie sich merken soll: »In beiden Formen, als Konditionalprogramme und Zweckprogramme, strukturieren Entscheidungsprogramme das Gedächtnis des Systems. Sie haben den für die Gedächtnisbildung unerlässlichen Vorteil, gut dokumentiert zu sein. Sie entscheiden darüber, was aus der Fallpraxis des Systems erinnert wird und was vergessen werden kann« (Luhmann 2000c, 275).

13 Diese Perspektive wurde dann zum Forschungsprogramm der seit den 90er-Jahren auch in Deutschland vermehrt eingerichteten Public Health Institute. Vgl. Schwartz/Badura et al. (1998).

14 Luhmann (1983a).

onen zu begrenzen. Seien es molekularbiologisch auf individuelle Patienten maßgeschneiderte Therapieprogramme,¹⁵ eine leistungsstärkere Gendiagnostik oder vielleicht sogar die Einsicht, dass soziale Faktoren krank machen können und entsprechend diesbezügliche diagnostische und therapeutische Programme angeschlossen werden sollten – erst die dem Medizinsystem externen Umwelten limitieren aufgrund begrenzender Ressourcenflüsse und politisch-rechtlichen Machbarkeitsgrenzen die Ausdehnung des medizinischen Funktionsprimats.

Die Engführung der Medizin auf die Kontextur des medizinischen Codes darf hier nicht in der Weise missverstanden werden, dass die Krankenbehandlung im Allgemeinen und die ärztliche Tätigkeit im Besonderen hierdurch hinreichend charakterisiert werden. Interaktion, Organisation und ärztliche Profession werden hierdurch jedoch in einer spezifischen Weise auf den medizinischen Blick (Foucault) eingeführt, was dann nicht ausschließt, dass erfahrene Ärzte in der Lage sind, die hiermit erzeugte Selektivität im Einzelfall zugunsten eines ganzheitlicheren Klientelbezugs situationsbezogen wieder einzuklammern zu können.¹⁶

Pflege

Von der Pflege als einer eigenständigen systemischen Kontextur zu sprechen, macht nur Sinn, wenn wir einen eigenen Code entdecken können, entsprechend dem sich Pflege als semantische Form trennscharf als ein spezifischer und eigener Funktionsbezug identifizieren kann, der sich in Hinblick auf die semantische Form und kommunikative Selbstplausibilisierung hinreichend von der Medizin unterscheidet.

Betrachtet man die konkrete Tätigkeit von Pflegekräften im Krankenhaus, etwa in einer chirurgischen Abteilung, so wird deutlich, dass ihre Arbeit vielfach auch in paramedizinischen Tätigkeiten besteht bzw. in Aufgaben, welche unmittelbar dem Funktionsbe-

- 15 Siehe zur Diskussion der Möglichkeiten und Voraussetzungen der personalisierten Medizin im Deutschen Ärzteblatt Hempel (2009), den hierdurch gesteigerten technischen Ansprüchen Krüger-Brand (2009) sowie den hierdurch erzeugten neuen Kontingenzen, die dann wiederum nur noch durch ärztliche Arbeit bewältigt werden können, Kollek (2009).
- 16 Siehe zu einer diesbezüglichen Differenz von medizinischer und ärztlicher Haltung die Studie von Wettreck (1999).

zug der Medizin dienen. Fieber messen und andere diagnostische Routinedaten erheben, die Patientenkurve pflegen, Medikamente austeilten, die Befindlichkeit der Patienten im Blick haben und ggf. den Arzt herbeirufen – all dies gehört zu Tätigkeiten, die im Sinne des medizinischen Codes weiterhin primär an der Krankheit orientiert sind. Auf den ersten Blick scheint vor allem im Akutkrankenhaus die Falltrajektorie der »social organization of medical work«¹⁷ keinen Raum für eine semantische Selbstbestimmung der Pflege zu bieten. In diesem Sinne ließe sich dann zwar feststellen, dass sich die Aufgaben von Pflegekräften und Ärzten in vielerlei Hinsicht unterscheiden mögen,¹⁸ jedoch in der Verkettung des arbeitsteiligen Prozesses der Krankenbehandlung zu einer nahtlosen Einheit finden.

Die Integration pflegerischer Tätigkeiten in den medizinischen Funktionsbezug steht nicht im Widerspruch dazu, dass im Rahmen der Professionalisierung der Pflege eine weitgehende Trennung der ärztlichen und pflegerischen Teams in zwei jeweils getrennte Stäbe erreicht wurde, die jeweils über eigene formelle und informelle Hierarchien verfügen und deren Autonomisierung sich auch in den formalen und organisatorischen Prozessen vollzogen hat.¹⁹

Stationsarzt Ebeling: ... Sagt dann eine Schwester, als ich mir ein Brötchen nehmen wollte: »Erst die Schwestern frühstücken lassen«

Stationsarzt Weinert: ... Das ist ein Ton hier den Ärzten gegenüber ... wir sind hier nur die Sklaven ... sobald ein bisschen Spannung ist, sind die total auf Krieg

Beobachtung auf einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, S. 169)

Der Pflege als einer eigenständigen semantischen Kontextur kann man sich erst annähern, wenn man all jene Tätigkeiten einklammert, welche direkt oder indirekt diagnostischen oder therapeutischen Vollzügen dienen, und schaut, was dann als spezifisch Pflegerisches

17 Strauss et al. (1997).

18 Mit Rohde (1974, 294) kommen der Pflege dann insbesondere folgende Aufgaben zu: die *physische Pflege* (1), die unterstützende *emotionale Versorgung* (2), die *Patientenerziehung* (3) und die *kommunikative Vermittlung* zwischen medizinischer und Laienwelt (4), des Weiteren – worauf dann insbesondere Strauss (1998, 106ff.) hingewiesen hat – die *Kontrolle von Lebensfunktionen und Patientenverhalten* (5).

19 In der Patientenakte findet sich getrennt sowohl eine ärztliche als auch eine Pflegedokumentation und hiermit wird dann auch auf inhaltlicher Ebene deutlich, dass die Pflege nicht mehr dem ärztlichen Bereich untergeordnet ist, sondern einen eigenständigen Anteil am Heilungsprozess innehat. Siehe auch Rohde (1974, 292).

übrig bleibt. Insbesondere in den Bereichen, wo man medizinisch nichts mehr tun kann, also eine Körperveränderung nicht mehr plausibilisiert werden kann, deutet sich ein originärer Funktionsbezug der Pflege an. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Körper durch Alter, Unfall oder Krankheit irreversibel beeinträchtigt oder geschädigt worden sind bzw. langsam in die Phase des Sterbens übergehen. In der Regel überlässt man Körper selbst dann nicht einfach sich selbst, wenn – wie im Falle des Wachkomas – von einem unwiederbringlichen Verlust der Bewusstseinsaktivität auszugehen ist.²⁰

All dies spricht dafür, dass Pflege kommunikativ etwas anderes leistet als die Medizin. Während Letztere Krankheiten kultiviert, indem sie diese lesbar und behandelbar macht, scheint Erstere ihr Bezugsproblem mehr in der Frage nach der Kontinuität von Personalität zu finden. Wenn man den Begriff der Person nicht innerpsychisch versteht, sondern mit Goffman²¹ von der sozialen Rolle her denkt, kann man ihn im Sinne des lateinischen Wortes *persona* auch als ›Maske‹ begreifen,²² die eine soziale Identität gewährleistet, ohne dabei genauer hinschauen zu brauchen, was sich dahinter verbirgt.

Genau dies leistet Pflege. Sie stellt sicher, dass der gepflegte Körper seine Rollenformigkeit trotz offensichtlicher physiologischer und psychischer Zerfallsprozesse behält. Sie sorgt dafür, dass etablierte soziale Adressen (z. B. Mütter, Väter, Freunde) als solche wiedererkannt und kommunikativ adressiert werden können, ohne dabei gleichzeitig die körperlichen und geistigen Defizite aktualisieren zu müssen.

In diesem Sinne ist dann auch Behrens zuzustimmen, wenn er den Code der Pflege in der Dichotomie »gepflegt/ungepflegt« vermutet.²³ Pflegen heißt in diesem Sinne auf der Ebene der Personalität *Normalität* zu generieren. Gekämmte Haare, nicht zu viel stinken, nicht zu sehr abgemagert sein, saubere Kleidung, keine Druckgeschwüre, die Nachtruhe einhalten und geistige Störungen nicht allzu offensichtlich werden zu lassen, sind nun die Indikatoren, welche ein hinreichendes Gepflegt-Sein zum Ausdruck bringen.

Gepflegt ist offensichtlich besser als ungepflegt, doch wie jeder Code erzeugt auch der Pflegecode eine totalisierende Weltansicht, die mit anderen Semantiken in Konflikt geraten kann. Zu nennen ist

20 Hier werden dann mit Lindemann (2002) die Grenzen des Sozialen verhandelt, denn inwieweit die Eigenaktivitäten des Körpers als Hinweis genommen werden, dass da noch etwas anderes ist, lässt sich nicht medizinisch, sondern nur sozial bestimmen.

21 Goffman (2000).

22 So dann auch Thomas Fuchs (2002).

23 Behrens (2005).

hier zum einen die autonome Lebenspraxis der Gepflegten. Alte Menschen auf einen Sterbeprozess zulaufen zu lassen, indem man ihnen gestattet, die Nahrungsaufnahme zu verweigern, steht im Widerspruch zum Anspruch, einen hinreichend ernährten Körper vorweisen zu können. Demenzkranke Menschen mit Neuroleptika und Gürteln ruhigzuhalten, steht in Konflikt mit einer Freiheitssemantik, die Menschen auch in dieser Lebensphase mehr an Eigenaktivitäten zugestehen mag.²⁴

»Eine forschende Krankenschwester erzählt, daß sie zu der Patientin geht und sie bittet, ihre Schmerzenslaute zu dämpfen; sagt, daß die anderen das auch tun, aber wir sollten das überprüfen. Sie tut das, weil ich denke, wenn die Patientin schreit, dann werden die anderen denken, ich kümmere mich nicht um sie – das heißt Personal und Patienten. Und wenn ich sie weiterschreien lasse, wird jemand kommen und sie zu beruhigen versuchen«, das würde auch bedeuten, daß man diese Krankenschwester für inkompetent hält. Deshalb sieht sie die Kontrolle der Schmerzäußerungen als Teil ihrer Hauptarbeit.«

Anselm Strauss (1998, III)

Die Zivilisierung der Person durch die Pflege heißt nicht, dass damit auf der Verstehens Ebene eine Beziehung zum Gepflegten geknüpft wird, die seinen Bedürfnissen – was immer das auch heißt – gerecht werden kann. Dieses Ideal wurde nicht einmal in der alten karitativen christlichen Pflege verwirklicht, denn auch hier stand ein Dienst an Gott im Vordergrund, der sich an einem abstrakten gottgegebenen Rollenmodell orientierte – mit all den damit verbundenen Zwangselementen –, keineswegs jedoch an der emanzipativen Vorstellung einer entfesselten Individualität, auf dessen Bedürfnisse Rücksicht genommen werden müsste.²⁵

Zum anderen kann – insbesondere in akutmedizinischen Behandlungskontexten – ein Konflikt zwischen den durch den medizinischen und den pflegerischen Code aufgeworfenen Orientierungen auftreten. Intervenierende medizinische Heilungsversuche haben in Bezug auf das Körperbild des Patienten oftmals einen entstellenden Charakter. Der durch unterschiedliche Schläuche und Drähte verkabelte, durch aggressive Therapeutika angegriffene (man denke etwa an Chemotherapien) und durch heroische chirurgische Eingriffe entstellte Körper entspricht nicht dem Bild der gepflegten Person. Im Falle terminal erkrankter Patienten wird aus pflegerischer Perspektive entsprechend mehr die Würde des Patienten pointiert

²⁴ Vgl. Gronemeyer (2009).

²⁵ Klitzing-Naujoks (1992).

und man präferiert entsprechend eher palliative, die Integrität der Persönlichkeit wahrende Behandlungsregimes, während mit Blick auf die Selbstinstruktion des medizinischen Codes die Option der Maximaltherapie weiterhin instruktiv bleibt.

Codes stellen abstrakte semantische Formen dar, die sich gesellschaftlich plausibilisieren und die Möglichkeitsräume aufwerfen, in denen Handlungsorientierungen bevorzugt einrasten können. Auf konkrete Interaktionszusammenhänge hin angewendet, in denen Ärzte und Pflegekräfte agieren, kann entsprechend nicht von einer Identität von Code und ärztlicher bzw. pflegerischer *Profession* ausgegangen werden. Auch Ärzte können beispielsweise im Falle terminal erkrankter Patienten der Pflege gegenüber der Medizin den Vorrang einräumen. Ebenso können Pflegekräfte, wie zu Anfang dieses Kapitels pointiert, sehr stark in medizinale Handlungsräume involviert sein. Darüber hinausgehend mag die Pflege im Versuch ihrer weiteren Professionalisierung gar ein wichtiges Ziel darin entdecken, den Patienten in Hinblick auf seine eigenen Autonomiepotenziale zu verstehen und entsprechend enactierend zu unterstützen, um dann im Grenzbereich von Prävention, Sozialarbeit und Psychotherapie neue Aufgaben zu finden.

All dies steht jedoch nicht im Widerspruch zu dem Befund, dass die Kontextur ›gepflegt/ungepflegt‹ weiterhin kommunikativ selbstinstruierend bleibt und im Feld wie auch im Umfeld der Krankenbehandlung eine wichtige Eigendynamik entfaltet. Gerade auch in Hinblick auf knappe personelle Ressourcen lässt sich für eine diesbezüglich instruierte Pflegekommunikation ein stabiler Eigenwert finden, der in Anbetracht körperlicher und geistiger Zerfallsprozesse weiterhin gepflegte soziale Identitäten produzieren lässt. Dies mag dann zwar mit Blick auf die vielerorts zu hörende Kritik an den Zuständen in Pflegeeinrichtungen aus unterschiedlichen Perspektiven nicht befriedigend sein, jedoch ausreichend, um Pflegebedürftige an entsprechende Institutionen übergeben zu können. Die soziale Adresse der gepflegten Person bleibt als Maske erhalten.

Wissenschaft

Zweifellos steht die Entwicklung der modernen Medizin in einer engen Beziehung zur Wissenschaft – dies steht hier außer Frage. Doch in Bezug auf handlungsleitende Orientierungen und Codes gibt es hinsichtlich der Logik der Praxis entscheidende Unterschiede zwischen diesen beiden Sphären. Dies ergibt sich allein schon aus den unterschiedlichen Zeitverhältnissen, unter denen medizinische und wissenschaftliche Praxen operieren. Während die Medizin durch das

Primat der Krankheit unter unmittelbarem Handlungs- und Entscheidungsdruck steht, kann der Wissenschaftler diesbezüglich handlungsentlastet seine Modelle auf weite Zeithorizonte ausdehnen und seine Handlungsempfehlungen auf das Ergebnis langfristig angelegter Studien verschieben.²⁶ Zudem – hierauf hat insbesondere Rudolf Stichweh hingewiesen – erzeugen die ›Experten‹ der akademischen Disziplinen ein Wissen »eines relativ esoterischen Typs«, da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor)Bedingungen generieren. Es hat zwar oft »wissenschaftlichen Status«, ist aber »dennoch in entscheidender Sicht insuffizient«, denn: »der Tendenz nach gibt es eine *Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen*, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen«.²⁷

Als Kontextur gewinnt die Wissenschaft ihre Eigenständigkeit, indem sie ihre Kommunikation am *Code wahr/falsch* entlangführt. Wissenschaft geht es weder um Glauben, noch um die politische Wirksamkeit von Rhetorik, noch darum, Leiden zu lindern. All dies kann zwar auch im Alltag von Wissenschaftlern durchaus eine Rolle spielen,²⁸ doch ihre kommunikative Selbstidentifikation, welche die Wissenschaft von den anderen Funktionssystemen unterscheidet, gewinnt sie aufgrund ihrer *Wahrheitsansprüche*. Mit dem zu Beginn der Moderne noch vorherrschenden positivistischen Wissenschaftsverständnis erschien die Produktion von Wahrheiten noch weitgehend unproblematisch, da man hier einfach nur zu schauen hatte, wie es sich in der ›Realität‹ eben verhält.

Doch wie insbesondere Karl Popper mit seiner Analyse des Problems der Induktion gezeigt hat, führt der positivistische Verweis auf das Wahrgenommene zu keiner sicheren Erkenntnis in Bezug auf die Kausalverhältnisse der Wirklichkeit. Ob beispielsweise der Wirkstoff eines Medikamentes wirklich heilt, »nur« die Placebowirkung zur Geltung kommt oder die Gesundung einfach durch natürliche Selbstheilungskräfte zustande gekommen ist, lässt sich durch den positiven Sachverhalt einer Beobachtung nicht beweisen. Allein die Falsifizierung von Hypothesen – so der Befund von Popper – ist als logisch konsistente Operation möglich.²⁹

26 Vgl. zur fundamentalen Differenz von Wissenschaft und ärztlicher Praxis auch Oevermann (1990).

27 Stichweh (1987, 228).

28 Auch hier gilt dann der Befund einer polykontexturalen Gesellschaft. Dass man wissenschaftlich arbeitet, schließt nicht aus, die wirtschaftlichen, wissenschaftspolitischen, ästhetischen und persönlichen Aspekte seines Tuns mit zu bedenken.

29 Popper (2007).

Die Poppersche Wendung hat massive erkenntnistheoretische Konsequenzen. Streng genommen ist es nun nicht mehr möglich, die Wissenschaftstheorie und die hieraus abgeleitete Methodologie – gleich einem »Gottesaugenstandpunkt«³⁰ – außerhalb des Forschungsprozesses zu setzen.³¹ Das Verhältnis von wissenschaftlicher Beschreibung und Realität wird hiermit prekär, denn es drängt sich nun der Verdacht auf, dass man es vielleicht grundsätzlich nur noch mit Konstruktionen zu tun habe, also Wissenschaft eben nur noch eine »Weise der Welterzeugung« unter anderen darstellt.³² Die Naturwissenschaften können das Korrespondenzproblem zwischen Modell und Realität zwar auch nicht generell lösen, doch haben sie die Möglichkeit, durch lokale Eingrenzung der Kontextvariablen hinreichend stabile Fakten zu erzeugen, die sich dann entsprechend eindeutig modellieren lassen. Das Medium hierzu ist das Experimentalsystem. Indem Forschung sich auf ihre eigenen operativen Prozesse beschränkt, kann sie die ontologisch prekäre Frage, was denn nun wirklich der Fall sei, umgehen. Aussagen in Bezug auf die Korrespondenz von Modell und Wirklichkeit sind dann zumindest für

30 Hilary Putnam (1991).

31 Darüber hinaus kann Forschung unter diesen Bedingungen nicht mehr den kognitiven Leistungen einzelner Akteure zugerechnet werden – diese irren sich in zu vielen Fragen –, sondern kann nun als ein überpersonales Kommunikationssystem der kontinuierlichen Evaluierung verstanden werden, das den Horizont und die kognitiven Möglichkeiten einzelner Forscherpersönlichkeiten überschreitet: »Es ist gänzlich verfehlt anzunehmen, daß die Objektivität der Wissenschaft von der Objektivität des Wissenschaftlers abhängt. Und es ist gänzlich verfehlt zu glauben, daß der Naturwissenschaftler objektiver ist als der Sozialwissenschaftler. Der Naturwissenschaftler ist ebenso parteiisch wie alle anderen Menschen, und er ist leider – wenn er nicht zu den wenigen gehört, die dauernd neue Ideen produzieren – gewöhnlich äußerst einseitig und parteiisch für seine eigenen Ideen eingenommen. Einige der hervorragendsten zeitgenössischen Physiker haben sogar Schulen gegründet, die neuen Ideen einen mächtigen Widerstand entgegensetzen. [...] Was man als wissenschaftliche Objektivität bezeichnen kann, liegt einzig und allein in der kritischen Tradition, die es trotz aller Widerstände so oft ermöglicht, ein herrschendes Dogma zu kritisieren. Anders ausgedrückt, die Objektivität der Wissenschaft ist nicht eine individuelle Angelegenheit der verschiedenen Wissenschaftler, sondern eine soziale Angelegenheit ihrer gegenseitigen Kritik, der freundlich-feindlichen Arbeitsteilung der Wissenschaftler, ihres Zusammenarbeitens und auch ihres Gegeneinanderarbeitens. Sie hängt daher zum Teil von einer ganzen Reihe von gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen ab, die diese Kritik ermöglichen« (Popper 1972, 112f.).

32 Nelson Goodman (1990).

den Geltungsbereich eines Experimentalsystems zulässig, denn dieses bindet die komplexen Reflexionsverhältnisse moderner Wissenschaft immer wieder an ein konkretes Produktionsverhältnis zurück.³³ Der Wissenschaftler fabriziert mit seinen spezifischen Laboranordnungen nun gewissermaßen sowohl seine Erkenntnisse als auch jene neuen Fragen, die dann durch weitere Versuche in neue Erkenntnisse überführt werden können.³⁴

Auch die medizinische Wissenschaft kann sich unter diesen Voraussetzungen recht gut ausdifferenzieren, um eine nahezu unüberschaubare Flut wissenschaftlicher Ergebnisse hervorzubringen. In Bezug auf den Transfer zwischen Wissenschaft und ärztlicher Praxis und umgekehrt ist der Graben zwischen diesen beiden unterschiedlichen Praxisformen – der Genese biomedizinischen Wissens und der klinischen Anwendung diagnostischer und therapeutischer Fähigkeiten – immer größer geworden. Während vor 200 Jahren mit der ›Geburt der Klinik‹ der Konnex von Forschung und Praxis auch durch die Personalunion einer verbundenen Praxis noch überdeutlich war – der Universitätsmediziner hatte eine Idee und probierte diese am Patienten aus –, setzt heutzutage die Verwertung wissenschaftlichen Wissens als klinisch verwertbare Erkenntnis komplexe Reflexions- und Transferprozesse voraus. Physiologische und biochemisch orientierte Grundlagenforschung, die Entwicklung neuer Medizintechnologien sowie die auf den Behandlungserfolg schauende klinische Forschung stellen nun auch organisatorisch unterschiedliche Sphären medizinischer Wissenschaft dar. Darüber hinaus sind eigenständige Institutionen der Wissensorganisation entstanden, welche die unterschiedlichen klinischen Studien dann ihrerseits zu Metaanalysen bündeln, um dann wiederum in Kooperation mit klinischer Expertise Handlungsempfehlungen für die ärztliche Praxis ableiten zu können.³⁵

In den angloamerikanischen Ländern ist auch auf universitärer Ebene schon längst eine deutliche professionelle Trennung zwischen den klinischen und wissenschaftlichen Eliten vollzogen worden. Die alte Humboldtsche Konzeption, Lehre, Forschung und klinische Praxis im Universitätsprofessor in Personalunion zu vereinen, ist praktisch nur noch im deutschsprachigen Raum anzutreffen, wenngleich

33 Siehe zu der Rolle von Experimentalsystemen Rheinberger (2006).

34 Diese »Fabrikation von Erkenntnis« (Knorr-Cetina 1991) ist dann ihrerseits hochgradig kontextabhängig und durch entsprechende ›Zufälle‹ konditioniert zu sehen.

35 Man denke hier etwa an die Cochrane Collaboration, die in systematischer Weise mit der Bewertung von klinischen Studien beschäftigt ist (www.cochrane.org/).

auch hier aus innerwissenschaftlicher Perspektive längst erhebliche Zweifel an der Funktionalität dieses Arrangements angemeldet worden sind.³⁶

Doch selbst wenn Forscher und Kliniker noch in einer Person vereint sind, sind hiermit die Divergenzen in den Handlungsorientierungen, die sich jeweils aus medizinischer und wissenschaftlicher Kontextur ergeben, nicht aufgehoben, sondern führen zu recht unterschiedlichen Praxen, die in jeweils unterschiedlichen Rollensegmenten zu bedienen sind.

Medizin als angewandte Disziplin muss die Komplexität, die durch die Wissenschaft aufgeworfen wird, wieder reduzieren – allein schon, damit ihre Akteure (und Systeme) handlungsfähig bleiben. Andererseits hat sie es in ihrer Praxis mit einer lebensweltlichen Komplexität zu tun, die wiederum von Wissenschaft nicht abgebildet werden kann.³⁷ Entsprechend Luhmanns Diktum, dass es »unter den gegebenen Bedingungen eben sehr viel leichter [ist], Konstruktionen zu entwerfen und nachzuvollziehen als richtige Realitätswahrnehmungen zu behaupten und durchzusetzen«,³⁸ muss in der Praxis der Pfad der wissenschaftlichen Tugend auch in einer Medizin, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnis gründet, im Sinne pragmatischer

36 Im internationalen Maßstab bildet die derzeit in Deutschland gepflegte Einheit eher die Ausnahme gegenüber anderswo längst ausdifferenzierten Verhältnissen und die Beschränkungen dieses Modells werden immer offensichtlicher. So sprach die ›DFG-Denkschrift Klinische Forschung‹ von 1997 im Hinblick auf das wissenschaftliche Standbein der bundesdeutschen universitären Medizin gar von »nicht-qualitätskontrollierter ›pro forma‹-Forschung in den medizinischen Fakultäten ohne wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und ohne eine weiterführende akademische Zielsetzung« und stellt fest, dass an den medizinischen Hochschulen im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum in der Regel keine institutionellen Einheiten bestehen, die sich hauptamtlich mit klinischen Studien beschäftigen (DFG-Denkschrift Klinische Forschung, Download 15.8.1998: www.dfg.de/aktuell/download/klinische_forschung.html).

37 Generell zeigen sich große Schwierigkeiten bei der Implementierung so genannter evidenzbasierter Leitlinien (siehe etwa Aust et al. 1999; Butzlaff et al. 2002; Davis et al. 1996; Geraedts et al. 2002; Gerlach et al. 1998; Gooris et al. 1997; Grilli/Lomas 1994). Bemerkenswerterweise scheint mancherorts die Intuition als sinnvoller Erkenntnismodus medizinischen Handelns rehabilitiert zu werden. Nicht nur in alternativmedizinischen Kreisen (vgl. Ausfeld-Hafter 1999), sondern auch in akademischen Zirkeln wird dieser spezielle – als Soziologe möchte man sagen: habitualisierte – Erkenntnismodus mittlerweile ernst genommen (siehe etwa Abernathy/Hamm 1995; Gross/Lorenz 1990).

38 Luhmann (1998c, 634).

Abkürzungen, die im Angesicht von Krankheit Handlungsfähigkeit sicherstellen können, wieder verlassen werden.

In Hinblick auf die medizinwissenschaftliche Bearbeitung der sich hieraus ergebenden Inkongruenzen ergibt sich eine ›verschachtelte‹ Kette von Reflexionsversuchen, um auch im Wissen um die Divergenz zwischen Klinik und Wissenschaft dem Anspruch einer wissenschaftlich begründeten medizinischen Praxis treu zu bleiben.

Die auf physikalischem, physiologischem und chemischem Wissen begründete Schulmedizin wurde im Rahmen der *evidence based medicine* in eine epidemiologische Reflexionsschleife eingebettet, da die Plausibilität der naturwissenschaftlichen Modellierung der Krankenbehandlung nicht mit dem tatsächlichen Erfolg der hieraus abgeleiteten Interventionen einhergehen muss.³⁹

Die durch kontrollierte Studien nachgewiesene ›evidence‹ bestimmter medizinischer Interventionen wird im Rahmen der ›Versorgungsforschung‹ in eine prozessanalytische Reflexionsschleife eingebettet, da sich zeigt, dass ein theoretisch wirksames Verfahren nicht unbedingt unter den Alltagsbedingungen von Organisationen in sinnvolle medizinische Interventionen und Arbeitsweisen übersetzt werden kann.⁴⁰

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen in verschiedenen westeuropäischen Ländern unterscheidet sich fast um den Faktor 2, nämlich etwa 100 pro 1 000 Einwohner in den Niederlanden und 180 pro 1 000 Einwohner in der Bundesrepublik.

Der Arzneimittelverbrauch liegt in Frankreich etwa doppelt so hoch wie in Deutschland und in Deutschland etwa doppelt so hoch wie in Dänemark.

Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist in Deutschland, Italien und Japan mit ca. 12 doppelt so hoch wie in den USA, Frankreich, Belgien und Großbritannien mit 5 bis 6. [...]

Die Operationsfrequenzen, auch von größeren Eingriffen wie koronare Bypassoperationen, Hysterektomien, Kaiserschnitten, Arthroskopien etc. zeigen eine deutliche Abhängigkeit insbesondere von der Zahl der Leistungserbringer. Sie variieren, wie auch Leistungszahlen in der Strahlentherapie, um den Faktor fünf in verschiedenen Versorgungsregionen.

Solche Unterschiede sind nicht mit der Vorstellung der Medizin als einer Wissenschaft vereinbar, in der das Leistungsgeschehen in strenger

39 Etwa in Hinblick auf Mortalität und/oder Lebensqualität operationalisiert.

40 Siehe zu einer diesbezüglichen Grundlegung der Versorgungsforschung Schwarz und Scriba (2006).

Gesetzmäßigkeit von patientenseitigen Bedürfnissen und dem technischen Stand der Kunst bestimmt wird. Sie sind zurückzuführen auf die außermedizinischen Rahmenbedingungen«.

Michael Martin Arnold (1998, 7), 1988-1992 Vorsitz des Sachverständigenrates.

Die derzeitige Versorgungsforschung könnte demgegenüber wieder in sozialpsychologische Reflexionsschleifen eingebettet werden, welche den kommunikativen Charakter der Medizin zu berücksichtigen wissen, um dann beispielsweise Fragen der Compliance angemessener angehen zu können.⁴¹

Wie auch immer, allein schon aufgrund der unterschiedlichen Zeithorizonte und aufgrund der Tatsache, dass Krankheitserreger, Krankheitsverteilungen, Organisationen und andere Faktoren der Krankenbehandlungen einer ständigen Veränderung unterliegen, bleibt die Divergenz zwischen den jeweils (klinischen) Logiken der Praxis und den (wissenschaftlichen) Theorien über eben diese Praxen unhintergebar. In Anbetracht der Komplexität von Körpern, Organisationen und Gesellschaft bleibt wissenschaftliche Modellbildung immer unterkomplex und kann die Eigendynamiken medizinischer Behandlungsprozesse nicht einmal annähernd einholen.

Interviewer: Wie tritt in die Chirurgie die Idee ein, Standards oder Meta-Erfolgskontrollen zu etablieren – oder ist das hier kein Thema?

Oberärztin: Man müsste sehr viele Kontrollen durchführen, sehr viele Nachuntersuchungen, und das wäre für mich sehr, oder für uns alle denke ich, sehr sehr interessant ... Für mich ist es schon immer sehr interessant, dann die Ergebnisse zu lesen oder zu hören, aber das reicht eben nicht aus, weil die halt massivst gefälscht sind, und es wäre schon wichtig das wirklich zu kontrollieren, wie's wirklich ist.

Interviewer: Ja, sozusagen, wenn man selber 'ne Studie ein paarmal mit begleitet hat, dann weiß man, wie der Hase läuft.

Oberärztin: Ja natürlich.

Interviewer: Genau.

Oberärztin: Ich hab ja Doktorarbeiten laufen gehabt und hab auch zwei laufen, und ich weiß, meine sind jetzt noch nicht abgeschlossen, aber ich weiß ja die ehemaligen, ja klar, die ich betreut habe, ich weiß doch, wie das gemacht wird, das ist so nicht echt. Ich weiß, ich kenne die echten Zahlen von damals, als ich noch an der Uni war, als die Doktorarbeiten noch gelaufen sind, und das ist einfach hochinteressant. ... und da muss man versuchen zu überlegen, wo

41 So etwa die Forderung von Lorenz (1998).

kann man was besser machen ... bloß wir können uns das eben leider nicht leisten, wir können uns das nicht erlauben, wir haben die Zeit nicht und wir haben ja nicht das Geld dafür ... also ich habe zurzeit 120 Überstunden, die ich natürlich weder bezahlt noch irgendwie als Freizeitausgleich nehmen kann, und es werden immer mehr, und äh ich beschwere mich nicht, ich arbeite gerne. Also das ist es wirklich nicht, aber es ist irgendwo eine Grenze erreicht, wo man nicht noch mehr machen kann, und Sachen, die sicher wichtig wären, kann man, kann man einfach schon nicht mehr machen, und dann muss man versuchen da zu reduzieren, wo es jetzt nicht ganz direkt momentan den Patienten schadet.

Ausschnitte aus einem Interview mit einer Oberärztin, Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie, geführt vom Autor im Juli 2000.

Erziehung und Ausbildung

Die organisierte Krankenbehandlung steht immer auch im Kontext von Ausbildung und Erziehung.⁴²

Insbesondere Ärzte, aber ebenso die anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Akteure verfügen über eine Reihe von Spezialkompetenzen, deren Aneignung ein langes Training voraussetzt. Krankenhäuser und in geringerem, jedoch nicht unbedeutendem Maße Arztpraxen werden hiermit auch zu Orten, an denen sich entscheidet, ob, wie und welches Wissen den nachfolgenden Generationen übergeben wird.

Die Erziehung erscheint innerhalb der Krankenbehandlung als eine eigenständige Kontextur, mit der die Kommunikation in Bezug auf das Verhältnis von *Können* und *Nicht-Können* und am Code *vermittelbar/nicht-vermittelbar* enggeführt wird. Sei es das Medizinstudium, die Pflegeausbildung, die Facharztausbildung und die Anforderung, sich angesichts ständig ändernder Wissenslagen kontinuierlich weiterzubilden – das System der Erziehung hält die Frage virulent, ob die jeweiligen Akteure im Zweifelsfall dann nicht doch zu wenig auf ihre Aufgaben vorbereitet sind. Wie jedes Funktionssystem entwickelt die Erziehung eine kommunikative Plausibilisierung ihrer Ansprüche und motiviert entsprechend zur Ausdehnung ihrer Funktionsbezüge. Es wird eine Akademisierung der Pflege einge-

42 Im Anschluss an die klassischen Arbeiten »Boys in White« (Becker et al. 1961) sowie Student Physician (Merton et al. 1969) ist innerhalb der Soziologie kaum noch systematisch die Frage der Ausbildung der Mediziner angegangen worden. Siehe aber aus einer seelsorgerischen Perspektive die eindrucksvolle Studie von Wettreck (1999).

fordert, um dann anschließend festzustellen, dass begleitend ihre Professionalisierung voranzutreiben ist. Die Kompetenzprofile der Fachärzte werden ausgedehnt und entsprechend wachsen die Kataloge der zur Facharztprüfung nachzuweisenden Leistungen an.⁴³ Für den berufstätigen Arzt wird die lebenslange Weiterbildung nun auch zur gesetzlich verankerten Pflicht.⁴⁴

Behandlungswissen kann zwar prinzipiell gelehrt werden, doch die Lernmöglichkeiten und Lernbereitschaften sind aus verschiedenen Gründen begrenzt. Patienten, an denen geübt werden kann, stehen nur bedingt zur Verfügung. Bilden und Kompetenzerwerb braucht Zeit und verlangt nicht zuletzt nach Gelegenheiten, um aus Fehlern lernen zu können.

Beides steht im Widerspruch zu den Primaten der anderen Kontexturen der Krankenbehandlung.

Für den ausbildenden Facharzt stellt sich in jedem Einzelfall erneut die Frage, inwieweit man die zu Trainierenden auch in ihrer Langsamkeit supervidierend unterstützt und damit dem Erziehungsprimat den Vorrang gibt, oder ob man lieber dem ökonomischen Effizienzanspruch nach rationellem medizinischem Arbeiten gerecht zu werden versucht. Für den praktizierenden Arzt sind allein aus Zeitgründen die Möglichkeiten begrenzt, sich wirklich neue Fertigkeiten anzueignen. Zudem ist hierfür dann auch der Preis zu zahlen, dass bereits funktionierende Arbeitsroutinen wieder verunsichert werden, sodass es nur in Ausnahmefällen der Mühe wert erscheint, tiefer in Lernprozesse einzusteigen. Die Logik der Praxis gebietet eher, die an die Fachkräfte gestellten Bildungsansprüche etwas auf Distanz zu halten. Man informiert sich vielleicht im Ärzteblatt und hört sich ab und zu mal einen Vortrag an, ohne sich dabei jedoch weitergehend in Hinblick auf die Veränderung der eigenen Praxen engagieren zu müssen.⁴⁵

Daneben sind selbstredend Patienteninteressen und juristische Aspekte zu berücksichtigen, da Patienten nicht beliebig zum Objekt von Ausbildungsbemühungen gemacht werden können.⁴⁶ Ins-

43 Siehe etwa die Entwicklung der Allgemeinmedizinischen Ausbildung. Bis in die frühen 90er-Jahre konnte sich noch jeder approbierte Arzt ohne zusätzliche Facharztausbildung niederlassen. Dann wurde zunächst die dreijährige, später dann die fünfjährige Facharztausbildung für ›Innere- und Allgemeinmedizin‹ zur Voraussetzung einer entsprechenden Berufsausübung.

44 Vgl. Pfadenhauer (2004).

45 Dies müssen dann auch all jene erfahren, welche versuchen, Ärzte zur Applikation neuer Leitlinien zu trainieren (s. etwa Hasenbein/Räbiger/Wallesch 2003a).

46 Allein der für Ausbildungszwecke zur Sektion freigegebene tote Patien-

besondere an den Unikliniken werden die Divergenzen zwischen Ausbildung und Spitzenmedizin nochmals pointiert, da hier zusätzlich Forschungsinteressen als weiteres prägendes Moment ins Spiel kommen. Hier stellt sich dann zusätzlich noch die Frage, ob man intelligente Studenten und vielversprechende Assistenzärzte eher in Richtung klinischer Exzellenz oder in Bezug auf wissenschaftliche Spitzenleistungen trainieren möchte.⁴⁷

Medizin steht in Bezug auf die Erziehung vor dem Dilemma, einerseits die Persönlichkeiten heranbilden zu müssen, die sie für ihren eigenen Betrieb braucht, andererseits jedoch die Ausbildung auf Grund ihrer typischen Eigengesetzlichkeiten nicht ohne Weiteres in den medizinischen Betrieb einbinden zu können. Strukturell ist die ärztliche Weiterbildung in der Organisation Krankenhaus und in der ambulanten Arztpraxis als eigenständiger Auftrag zwar formell, nicht jedoch strukturell vorgesehen.

Ein Stationsarzt: »Also, wenn ich so an meine ersten Jahre zurückdenke, von Anfang an also viele Nachtdienste, und immer alle Notpatienten, Notfallpatienten, auf der Intensivstation die ganze Nacht; also mir ist es auch so gegangen, daß ich das eigentlich immer auf mein persönliches Versagen zurückgeführt habe anfangs und immer tagelang gegrübelt habe, warum ist bei dir dieser Patient verblutet, z. B. nachts oder an dem Tag gestorben oder trotz Rücksprache ... Ich denke, man muß einfach, em, ja, oder man muß mit der Zeit, sonst hält man das gar nicht durch, 'n realistisches, 'ne realistische Einstellung eigentlich, einfach dazu bekommen. Es ist nunmal so, daß, wie ich vorhin schon gesagt habe, daß Krankheit und Sterben zu unserem Leben dazugehört und wir einen Teil der Krankheiten heilen können; wir machen auch Fehler, und manchmal stirbt auch ein Patient früher, vielleicht weil wir nicht zum richtigen Zeitpunkt das Richtige gemacht haben« (*aus Wettreck 1999, 37*).

Dass die Ärzte hier schon immer zu Arrangements gefunden haben, Anspruch und Wirklichkeit zu verbinden, etwa indem auf dem Papier auch nicht geleistete Weiterbildungen bestätigt werden, oder

tenkörper stellt eine knappe Ressource dar.

⁴⁷ Dies wird deutlich am Scheitern des Reformstudiengangs an der Berliner Charité. Zwar international gelobt und mit Bestnoten evaluiert, ist die personalintensive, an konkreten klinischen Problemstellungen orientierte Lehrarbeit eben nur ein Feld unter anderen, das eine renommierte medizinische Fakultät auszeichnet. Dass dann nur begrenzte personelle Ressourcen in den Betrieb des Studiengangs fließen, ist damit nicht einmal böse Absicht, sondern allein schon der Tatsache geschuldet, dass man nicht alle Projekte auf einmal verfolgen kann. Siehe zum Berliner Reformstudiengang und den Ursachen seines Zerfalls auch Stein (2009).

eben unter höchstem biografischen Einsatz Patientenversorgung und Kompetenzentwicklung verbunden werden, darf dann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Organisationen der Krankenbehandlung in Hinblick auf hoch qualifizierten ärztlichen Nachwuchs in einem Dilemma gefangen sind, die eigene medizinische Kultur über die Generationen hinweg weitergeben zu müssen,⁴⁸ jedoch – insbesondere im Hinblick auf knapper werdende Mittel – hierfür kaum eigenständige Ressourcen zur Verfügung zu haben.⁴⁹ Für all jene, die den Arztberuf anstreben, ergibt sich mit der medizinischen Ausbildung im Allgemeinen und dann der Facharztausbildung im Besonderen das überfordernde Moment, dass im Arbeitsalltag Wissen und Kompetenzen in außerordentlichem Maße gefragt sind, jedoch innerhalb der Ausbildungskarriere in der Regel zu wenig Lerngelegenheiten geboten werden, sich die erforderlichen Kompetenzen in einer vertiefenden und umfassenden Weise aneignen zu können. Die demütigende Einsicht, nie genug wissen zu können, und die Erfahrung, den Sprung ins kalte Wasser der ärztlichen Tätigkeit irgendwie doch überlebt zu haben, führt auf der einen Seite zur bekannten Hybris ärztlicher Allmächtigkeit, auf der anderen Seite jedoch allzu leicht in eine technokratische Regression, die vorschnell die Anwendung von Rezeptwissen und Routinen anstelle eines produktiven und lernenden Umgangs mit Unsicherheiten setzt.⁵⁰ Im Sinne einer pädagogischen Begleitung mag man dann hier mit Renée Fox ein »*training*

48 Dieses Problem stellt sich für die Facharztausbildung, aber auch für die Funktionsausbildung, die, wie insbesondere Atkinson (1995) aufzeigt, darin besteht, vom Wissenden gezeigt zu bekommen, wie man zu sehen hat.

49 Auch die Universitätskliniken kommen unter dem DRG-System unter einen erheblichen ökonomischen Handlungsdruck, der zu Fusionen und Privatisierungen führt. Diese Bewegung könne dann, wie im Ärzteblatt diskutiert, die klinische Ausbildung der medizinischen Hochschulen in Gefahr bringen: »Die neue Approbationsordnung beruht auf einer deutlichen Erhöhung des praktischen Unterrichts; hiervon sind besonders die Kliniken betroffen. Denken Sie nur an die jeweils mehrwöchigen Blockpraktika in Innerer Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin. Sie sollen zusätzlich in das Medizinstudium integriert werden und verlangen von den Ärztinnen und Ärzten der Universitätskliniken einen enormen Einsatz. Dieser Unterricht kann bei Personalreduzierungen, wie sie jetzt allenthalben Platz greifen, nicht sinnvoll verwirklicht werden. Ganz eindeutig: Die Qualität der klinischen Ausbildung ist in Gefahr« (Clade 2005). Siehe hierzu auch Flintrop et al. (2005).

50 Siehe zum Problem der technokratischen Regression aus professionssoziologischer Perspektive Oevermann (1990).

for uncertainty«⁵¹ fordern, um dann zugleich wieder die Erfahrung zu machen, dass auch dieser erzieherische Anspruch nur hoch selektiv verwirklicht werden kann.

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

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

Noch mehr als in den anderen Bereichen der institutionalisierten Ausbildung setzt sich im beruflichen Training der angehenden Ärzte ein zweiter operativer Code der Erziehung durch, nämlich ihre gesellschaftliche Funktion der *Auslese* beziehungsweise *Selektion*⁵² – oder um es anders herum zu formulieren: Gerade weil gut ausgebildete

51 Fox (1969).

52 Um hier mit Luhmann zu sprechen: Die Absicht zu erziehen »gebärt« dabei »aus sich selbst heraus zwei recht ungleiche Kinder, nämlich Erziehung und Selektion«. In der Selbstbeschreibung der Pädagogik wird Ersteres »als ihr eigenstes Anliegen geliebt«, Selektion dagegen »als staatlich aufgezwungenes Amt abgelehnt« (Luhmann 2002, 62f.). Die Einheit dieser Differenz, nämlich *wie* Selektion durch den operativen Vollzug von Erziehung, etwa während der alltäglichen schulischen Interaktion, geschieht, erscheint hierdurch weitgehend als *blinder Fleck* des Erziehungssystems.

Ärzte auch in Zukunft knapp sein werden, kann man es sich nicht leisten, jedem alles beizubringen.⁵³

Wirtschaft

Die Operationsbasis von Wirtschaft ist der Umgang mit Knappheit.⁵⁴ Ihre Systemreferenz ergibt sich damit aus der Codierung von Eigentum unter dem Blickwinkel der Dichotomie *Haben/Nicht-Haben*. Mit der Einführung der Geldwirtschaft entsteht der ›Doppelkreislauf der Wirtschaft‹. Auf der einen Seite erhält man durch Zahlung ein Produkt, sei es eine Ware oder eine Dienstleistung. Auf der anderen Seite verliert man hierdurch etwas von seiner Zahlungsfähigkeit, da man Geld abgeben muss. Im Sinne der eigenen Referenz ist Wirtschaft auf Wachstum angelegt. Ihr *Code* zielt darauf, immer mehr Prozesse in die Knappheitsreflexion einzubeziehen, um auf diesem Wege ihre Geldkreisläufe ausdehnen zu können. Wirtschaft arbeitet dabei nicht prinzipiell *gegen* die Medizin, sondern ist im Sinne des eigenen Funktionsprimats nur daran interessiert, medizinische Leistungsangebote einer Knappheitslogik zu unterstellen, um auf diesem Wege die eigenen Funktionsbezüge auszudehnen. Ein medizinischer Service, der nichts kostet, wäre für die Wirtschaft uninteressant.

Das Verhältnis von Wirtschaft und Medizin ist in diesem Sinne eher als *komplementäre* Beziehung zu fassen, denn moderne Medizin war und ist immer auch eine ökonomische Tatsache. Es geht und ging ihr immer schon um die Mobilisation von Ressourcen für ihre eigenen Vollzüge. Während die Medizin – zumindest theoretisch – auch gut ohne politische oder rechtliche Restriktionen leben könnte, macht eine mittellose Medizin keinen Sinn. Pharmazeutika und medizinische Technik sind nicht umsonst zu haben und auch die Löhne wollen bezahlt sein.

Im Sinne der Ausdehnung der medizinischen Leistungsvollzüge ist hier per se mit einer starken affirmativen Ankoppelung an die Wirtschaftskreisläufe der jeweiligen Gesellschaft zu rechnen. Dabei ist jedoch zugleich ein Preis zu zahlen, denn die Krankenbehandlung handelt sich zugleich die Paradoxa einer modernen Wirtschaft ein, die Knappheit zwar äußerst erfolgreich kommunizieren kann, dabei aber die Antwort schuldig bleibt, inwieweit es grundsätzlich wirtschaftlich ist, gemeinwohlorientierte Bereiche des gesellschaftlichen

53 Dies mag paradox klingen, entspricht dann jedoch genau den empirisch beobachtbaren Verhältnissen: Da die Aufgaben für den hoch ausgebildeten Spezialisten immer mehr werden, kann er sich nur noch wenige Schüler leisten, die er dann aber ›richtig‹ auszubilden beansprucht.

54 Siehe hierzu auch das Kapitel »Knappheit« in Luhmann (1996, 177ff.).

Lebens in kommunikativ sich selbst bestimmende Zahlungsprozesse einzuspüren.⁵⁵

»Die soziale Funktion von Wirtschaft ist die Kommunikation von Knappheit. »Alles könnte anders sein, aber die Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele sind knapp« – das ist die Mitteilung einer Wirtschaft, die in unserer Gesellschaft um andere Mitteilungen konkurriert. [...] Die eigentümliche Brisanz dieser sozialen Funktion der Wirtschaft versteht man nur, wenn man sich von der Vorstellung verabschiedet, die Knappheit der Ressourcen sei ein naturgebener Sachverhalt. Das Gegenteil ist der Fall. Die Knappheit ist ebenso wie ihr Spiegelbild, der Überfluss, eine von der Wirtschaft im Kontext von Gesellschaft erst gemachte und immer wieder neu bestätigte soziale Konstruktion, ein »Faktum« im Wortsinn (lat. *facere* = machen) und ein »Datum« (lat. *dare* = geben) nur für diejenigen, die anderen deren Kommunikation von Knappheit bereits abgenommen haben und bereit sind, dafür zu bezahlen, was ihnen jetzt als notwendig erscheint. Die »Operation Knappheit« behauptet die Not, um sie zu wenden. Das schließt ein, am durch seine eigene Mitteilung konstruierten Sachverhalt anschließend nicht mehr zu zweifeln, weil man anderenfalls den Boden unter den Füßen verliert, auf dem die Berechnung des eigenen Spielraums stattfinden soll.«

Dirk Baecker (2006b, 12f.).

Die derzeitige Rede von der Ökonomisierung der Medizin und der hieran anschließende Vorwurf an ihre betriebswirtschaftliche Zurichtung kritisiert bei genauerer Betrachtung nicht den Sachverhalt, dass medizinische Dienstleistungen *per se* auch wirtschaftliche Tatsachen darstellen. Vielmehr geht es hier genau genommen um die Art und Weise, *wie* medizinische Sachverhalte in den Zahlungsverkehr eingebunden werden. Gemeint sind hiermit all jene spezifischen Formen der Erzeugung und Bearbeitung von Knappheit, welche die Anbieter, Konsumenten und Kostenerstatter medizinischer Versorgungsleistungen in ein jeweils besonderes ökonomisches Verhältnis zueinander setzen.

Genau genommen handelt es sich hier also um die Frage, *wie* medizinische Dienstleistungen als ökonomische Prozesse *konstruiert* werden und wie sie dabei ihre Identität als essenzieller Bestandteil der Krankenbehandlung bewahren können. Wir begegnen hier den hochgradig kontingenten Bedingungen medizinischer Knappheitskommunikation. Ein Stück Edelmetall ist wieg- und eindeutig

55 Dass der von Marx formulierte Verdacht, die entfesselte Wirtschaft zerstöre eher Glück und Wohlstand anstelle diese zu fördern, keineswegs so leicht von der Hand zu weisen ist, wird deutlich, sobald man sich klarmacht, dass Wirtschaft eine bestimmte Form von Kommunikation darstellt.

klassifizierbar. Ein taylorisierter Produktionsprozess gestattet eine eindeutige Berechnung der Lohnstückkosten. Demgegenüber stellt die Krankenbehandlung einen komplexen Prozess dar, der keine hinreichend eindeutigen Merkmale aufweist, um ihn in eine selbst-evidente Wertkommunikation zu überführen. Da die Krankenbehandlung – angefangen beim Körper bis hin zu ihrer interaktiven und organisatorischen Einbettung – hochgradig mit Unsicherheiten durchsetzt ist, lässt sich kein natürliches Messkriterium finden, an dem die kommunikative Konstruktion von medizinischer Knappheit in einer Weise andocken kann, die nicht zugleich als ›Fehlansatz‹ verdächtigt werden kann.

Solange man die Krankenbehandlung aus einer übergreifenden kulturtheoretischen Perspektive als eine Kulturform begreift, die Krankheit und Leiden in eine gesellschaftliche Ordnung integriert, spielt es keine Rolle, welche konkrete medizinische Kultur jeweils zur Anwendung kommt. Unterschiedliche Praxisformen leisten hier funktional Äquivalentes.

Die semantische Engführung der Wirtschaft auf Knappheit evoziert die Einführung von Kriterien, um entscheiden zu können, welche medizinische Kultur in Hinblick auf eben diese Kriterien das bessere Preis-Leistungsverhältnis zu bieten hat. Das Dilemma im Verhältnis von Medizin und Wirtschaft besteht aber nun aufgrund der komplexen Lagerungen der Krankenbehandlung darin, dass eindeutige Kriterien in medizinischer Hinsicht nicht auf der Hand liegen.

Es bleibt also nur übrig, *kontexturfremde* kommunikative Bestimmungen zu konstruieren. Man mag jetzt vielleicht darauf hoffen, dass die Wissenschaft hier einspringen könnte, etwa indem sie aufzeigt, dass Behandlungsform A im Verhältnis zur Behandlungsform B eine kostengünstige und bessere Medizin leistet. Im Einzelfall wird dies vielleicht gelingen. Diese Hoffnung trägt jedoch, da der Status wissenschaftlichen Wissens insofern weiterhin insuffizient bleiben muss, als dass das *verfügbare Wissen* einerseits immer unterkomplex im Hinblick auf die vielfältigen Ausfransungen der Logiken der Praxis sein wird, andererseits sich nicht ohne Weiteres in positive Erkenntnis überführen lässt. Wissenschaftliche Evaluationen müssen auf *Surrogatparameter* zurückgreifen, deren Geltungsbereich dann ihrerseits einer wissenschaftlichen Kritik unterzogen werden kann, sodass die zuvor erzeugte Eindeutigkeit schnell wieder in die Mehrstimmigkeit unterschiedlicher Interpretationsmöglichkeiten zerfallen kann.

Wie kann aber nun Wirtschaft in Bezug auf die Krankenbehandlung zu eindeutigeren Entscheidungskriterien gelangen?

Genau genommen handelt es sich hier um die Frage, *wie* medizinische Dienstleistungen als *Waren* abgebildet werden können. Hieran schließt sich dann eine weitere Problemstellung an, nämlich wie eine

an wohlfahrtsstaatlichen Primaten orientierte Medizin zu den nun evozierten Marktprozessen in ein produktives Verhältnis gebracht werden kann.

Schauen wir zunächst etwas ausführlicher auf das derzeit avisierte gesundheitsökonomische Abbildungsinstrument der *Diagnose Related Groups* (DRGs), um später das Spannungsverhältnis von Markt und Regulation ein wenig ausführlicher zu erörtern.

Medizinische Dienstleistungen als Waren – diagnosis related groups

Innerhalb der Betriebswirtschaftslehre bestand – im Prinzip schon seit den 1920er-Jahren – ein Streit darüber, inwieweit man medizinische Dienstleistungen überhaupt im Sinne von Waren fassen könne.⁵⁶ Selbst die Ökonomen, welche grundsätzlich von einem Warencharakter der Medizin ausgingen, hatten das Problem, dass sie praktisch nicht wussten, wie sich die Krankenbehandlungen in einer sinnvollen Weise bilanzieren ließen. Weder bezahlte Liegezeiten noch spezifische Behandlungsprozeduren eignen sich als Waren im Sinne von Gesundheitsdienstleistungen – denn der entscheidende Moment einer erfolgreichen Krankenbehandlung liegt weder in der Prozedur noch in der Zeit, sondern vor allem im *Know-how*, was bei einer gegebenen Erkrankung angemessenerweise zu tun ist.

In diesem Sinne entwickelte auch Robert Fetter an der Yale University in den 1970er-Jahren das System der *Diagnosis Related Groups* nicht aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive,⁵⁷ sondern zunächst als ein Instrument, um die *Prozessqualität* eines Krankenhauses beurteilen und verbessern zu können. Sein Lösungsansatz bestand darin, ein *statistisches Konstrukt* zu bilden, beispielsweise alle Gallenoperationen zu einer Gruppe zusammenzufassen, um dann die Summe der Behandlungsfälle einer jeweiligen Gruppe durch die Summen bestimmter Ergebnisparameter zu teilen – etwa der Zahl von postoperativen Blutungen. Mit den auf diesem Wege errechneten Mittelwerten war nun ein Instrument zur Hand, verschiedene Krankenhäuser einem Vergleich unterziehen zu können, um bei signifikanten Unterschieden nachschauen zu können, was auf der Prozessebene den entscheidenden Unterschied macht.

Die Gesundheitsökonomie, die bislang nur theoretisch darüber spekulieren konnte, ob Gesundheitsdienstleistungen eine Ware seien, konnte die DRG-Technologie nun jedoch als Medium nutzen, eine neue Klasse von Waren zu erfinden. Der Warencharakter der DRGs

⁵⁶ Samuel et al. (2005).

⁵⁷ Fetter et al. (1991).

entstand jedoch nicht durch die Medizin, sondern erst durch die Politik, die den ›DRGs‹ qua Gesetz einen Preis angeheftet hat.⁵⁸ Erst die Verschachtelung von Ökonomie und Politik führt zum rechtlichen Konstrukt der DRGs, die nun als Ware fungieren und entsprechend kompetitiv auf dem Markt gehandelt werden können. Der Wert einer DRG bestimmt sich nicht über die Marktbeobachtung im Sinne der Relation von Angebot und Nachfrage, sondern wird über einen komplexen *gesundheitspolitischen* Aushandlungsprozess festgelegt. (Beteiligt sind hier etwa die unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen, Gesundheitspolitiker, Krankenhäuser, Patientengruppen, die große Krankheitsbilder repräsentieren, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen etc.). Die medizinisch-ökonomische Abbildungsform selbst wie auch ihre Wertbestimmung werden hiermit überwiegend *politisch* eingeführt und determiniert. Die Ökonomie gewinnt dadurch jedoch ein distinktives Kriterium der ökonomischen Bewertung von Leistungsvollzügen und kann nun medizinische Prozesse unter dem Blickwinkel der Knappheitskalkulation reflektieren. Hierfür ist jedoch in Kauf zu nehmen, dass das ›Fehlreizproblem‹ durch die kontingente Definition medizinischer Produkte nicht behoben, sondern nur verschoben ist. Man kann jetzt zwar erfolgreich so tun, als ob medizinische Dienstleistungen Waren darstellen, erzeugt aber in Bezug auf das Gesamtarrangement der Krankenbehandlung neue Unsicherheitslagen, denn es ist innerhalb der Praxis der Krankenbehandlung auch die Divergenz zwischen virtueller Produkthaftigkeit und medizinischer Sinnhaftigkeit des Behandlungsprozesses zu reflektieren.

Genau dies ist dann auch die neue medizinische Kultur, die als *ökonomische Zurichtung* der Krankenbehandlung erlebt wird. All die an einem Behandlungsprozess beteiligten Akteure erfahren nun nicht einfach nur, dass die Ressourcen knapp sind – dies war schon früher so –, sondern haben nun im Sinne eines Doppellebens in zweifacher Weise Medizin zu betreiben, zum einen in Referenz auf den Patientenkörper, zum anderen in Hinblick auf die virtuellen Räume einer DRG-Medizin, deren Krankheiten, Prozeduren und Therapien nur in den Computern und Abrechnungsformularen existieren.

Welche wirtschaftlichen Implikationen bringt das DRG-System nun mit sich?

Das wirtschaftlich eigentlich interessante Merkmal der DRGs liegt darin, dass sie eine ökonomische Bestimmung erlauben, wenngleich die organisationalen Prozesse, die mit einer DRG verbunden sind, unbestimmt bleiben und damit flexibel und situativ ausgehandelt werden können. Die DRGs – sobald als ökonomisches Instrument

58 So auch der Befund von Samuel et al. (2005).

etabliert – instruieren die unterschiedlichsten Stakeholder der Medizin, die Prozesse der Krankenbehandlung unter dem Blickwinkel von Knappheit zu reflektieren. Dies führt jedoch mit Blick auf die Kosten- und Nutzenfunktion medizinischer Leistungen zu Fehlanreizen, die dann weiteren Regelungsbedarf indizieren:

- So sind beispielsweise mit Blick auf die strategischen Perspektiven eines Versorgungsbetriebes unter DRG-Bedingungen für das Management durchaus gute Gründe gegeben, einen Sparkurs zu fahren, der zunächst zulasten der medizinischen Strukturqualität geht. Man spart dann etwa an der Ausbildung der Ärzte, die man im Zweifelsfall noch von anderen Trägern abwerben kann, und gewinnt gegenüber den konkurrierenden Versorgungsanbietern, die einen weniger rigiden Sparkurs fahren, aber nicht von den hierdurch höherwertigen Leistungsstrukturen unmittelbar wirtschaftlich profitieren können, einen Stellungs Vorteil. Mittelmäßige Arbeit wird hier sozusagen über Gebühr hin belohnt.
- Mit Blick auf die innermedizinischen Verhältnisse gibt das DRG-System einen Anreiz, die eigene Sparte gegenüber den anderen Fachbereichen aufzublähen. Wenn nun beispielsweise für ein Behandlungsproblem alternativ chirurgische, internistische, radiologische oder gar interdisziplinäre Herangehensweisen möglich sind, motiviert die DRG-Abrechnungslogik eher einen ›Spartenkannibalismus‹ denn eine die unterschiedlichen Perspektiven integrierende Kooperation der medizinischen und pflegerischen Disziplinen.⁵⁹
- Um den vorangegangenen Problemlagen entgegenzuwirken, wird man dann vielleicht interdisziplinäre Behandlungszentren einfordern wollen, um dann jedoch einer ökonomischen Komplexität zu begegnen, die durch das DRG-System nicht mehr warenförmig abbildbar ist. Hier mag man vielleicht wieder gegensteuern wollen, indem man nun integrierte Versorgungsprodukte gleichsam nach dem Baukastenprinzip bis ins Detail hinein im Sinne der Doppelbeschreibung ihrer medizinischen und ökonomischen Abbildung konstruiert. Dieser technokratische Weg setzt jedoch voraus, dass die Behandlungsprozesse hinreichend taylorisierbar sind, dass also im Einzelfall recht genau die Pfade vorgezeichnet werden können, welche ein solches integriertes Produkt charakterisieren. All die Unsicherheitsbereiche, die in der Krankenbehandlung eingelagert sind und die dann im Zweifelsfall die Bestimmungsversuche unterlaufen lassen, bleiben hier jedoch ausgeblendet. Dass die ökonomi-

59 So fordert dann auch Matthias Schrappe mit Blick auf das Problem des Spartenkannibalismus die Bildung von übergreifenden integrierten Querschnittsbereichen (Schrappe 2007).

sche und die medizinische Rationalität im Sinne eines leistungsorientierten Arrangements zusammenfinden, kann hiermit also auch nicht garantiert werden, zumal mit hohen Verwaltungskosten zu rechnen ist.

Volkswirtschaftlich ist das DRG-System in den meisten Ländern, in denen es als ökonomisches Abbildungssystem eingeführt wurde, als *Nullsummenspiel* angelegt. Die einzelnen Fallpauschalen sind bei der gesundheitspolitischen Vorgabe eines Globalbudgets qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert, dass *kein* Win-win-Spiel entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter*liegen. Die Anlage des Kalküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die dann mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Profite einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls gewinnversprechend reinvestieren lassen.

Die Abweichungsverstärkung mag als Anreizsystem gewünscht sein, doch auch aus gesundheitsökonomischer Sicht drängt sich hier mit Dirk Sauerland der Verdacht auf, dass auf diesem Wege nur eine Pseudo-Konkurrenz entstehe, die letztlich weder zu einer Ausdehnung der Kreisläufe innerhalb der Gesundheitswirtschaft noch zu einer Erhöhung der Qualität von diesbezüglichen Versorgungsdienstleistungen führen könne.⁶⁰

Wenngleich die Betriebswirtschaft mit den DRGs eine Reihe praktikabler Möglichkeiten gefunden hat, medizinische Prozesse als Waren abzubilden und die einzelnen Versorgungsbetriebe entsprechend auszurichten, bleibt die Frage nach den richtigen Anreizsystemen aus volkswirtschaftlicher Perspektive weiterhin ein Desiderat wirtschaftswissenschaftlicher Reflexion. Porter und Teisberg kommen gar zu dem Schluss, dass alle bestehenden und vergangenen medizinischen Versorgungssysteme die falschen wirtschaftlichen Anreize geliefert hätten,⁶¹ denn auch sie seien nur als Nullsummenspiele angelegt, die nur auf eine kurzfristige Entwicklungsperspektive hinzielen. Die eigentliche Erzeugung *gesundheitlichen Mehrwerts* (sei es durch die

60 Das »Ziel der Beitragsstabilität kann als gesundheitspolitisches Ziel nicht legitimiert werden. Darüber hinaus führt die Verfolgung dieses ›Ziels‹ mit dem Instrument der Budgetierung der GKV-Ausgaben dazu, daß das legitime Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen, in den Hintergrund gedrängt wird. Damit wird letztlich aber auch das Ziel der Wirtschaftlichkeit, das sinnvoll nur über eine gegebene Qualität definiert werden kann, verfehlt und es wird allein eine Politik der Ausgabenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrieben.« (Sauerland 2002, 412).

61 Porter und Teisberg (2006; 2007).

Verzahnung von Vorsorge, Prophylaxe, Therapie, Pflege oder Rehabilitation) fände demgegenüber in den gegenwärtigen betriebs- und volkswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten keine ökonomische Abbildung. Die gegenwärtigen Anwendungen des DRG-Systems würden letztlich nur auf die Bedienung von Verwaltungsrationaltäten zielen, während die Ärzte und Pfleger als die eigentlichen Leistungsträger hierdurch nicht in eine produktive Situation gebracht würden, untereinander um das Angebot der besten Dienstleistungen zu konkurrieren.

Man kann Porter und Teisberg in Hinblick auf die ökonomische Bewertung der bestehenden Abbildungssysteme sicherlich einiges abgewinnen, doch verkennen beide in ihren Reflexionen den kommunikativen Charakter medizinischer und wirtschaftlicher Prozesse. So wünschenswert das Ideal einer an Gesundheit ausgerichteten Versorgungsstruktur auch sei, der Code der Medizin lässt seine Operationen an Krankheit anschließen und die sich hieraus ergebenden Rationalitäten lassen sich nicht ohne Verlust in gesundheitsökonomische Kalküle übersetzen. Auch hier würden dann dritte Werte zur Ressourcenallokation benötigt, etwa in dem Sinne, dass man nun versucht, den gesundheitlichen Nutzen durch eine wissenschaftlich basierte Qualitätsevaluation zu bestimmen. Hiermit handelt man sich aber ebenfalls die Übersetzungsprobleme doppelter Beschreibungen ein, denn Evaluationen können letztlich nur die Aktenpraxis, nicht jedoch die Leistungspraxis bewerten.⁶² Zudem ziehen evaluative Tätigkeiten ihrerseits Ressourcen von den Leistungsvollzügen ab – und sei es nur in der Form, dass nun vermehrt Mühe auf die Erfüllung der immer zu abstrakten Evaluationskriterien verwendet wird, während die aus innerprofessioneller Perspektive eigentlich wichtigen Arbeitsvollzüge weniger Aufmerksamkeit bekommen. Mit Blick auf die Differenz von extrinsischer und intrinsischer Motivation begegnen wir hier dem Paradoxon, dass eine Evaluation, insofern sie ins Extrem getrieben wird, ihren Gegenstand zerstört, da sie ihm keinen Raum für Eigenentfaltung mehr zugesteht.

Der Wirtschaft bleibt entsprechend der hier vorgelegten analytischen Perspektive nichts anderes übrig, als weiterhin Knappheiten unter dem Blickwinkel von Gewinnchancen zu reflektieren. Die Fronten liegen hier also nicht zwischen Medizin und Wirtschaft, sondern ergeben sich als ein komplexes Konglomerat ineinander verwickelter gesellschaftlicher Kontexturen, welche die Kulturform der Krankenbehandlung konditionieren – und entsprechend auch über

62 Siehe grundlegend Power (1997), mit Blick auf die Differenz von Akten- und Leistungspraktiken Mensching (2005).

dritte Werte jene Sphären formen, in denen dann für medizinische Handlungen Bezahlungen zu erwarten sind.

Zudem ist hier mit Inkongruenzen zwischen betriebs- und volkswirtschaftlichen Perspektiven zu rechnen. So erscheint es aus betriebswirtschaftlicher Perspektive unter entsprechenden Rahmenbedingungen durchaus sinnvoll, die Verwaltungsprozesse so zu trimmen, dass ein Maximum an Erlösen erzielt werden kann, wenngleich dies die Verwaltungskosten oftmals in einer Weise ansteigen lässt, dass global deutlich weniger Ressourcen für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen.⁶³

Wie sich der Warencharakter medizinischer Leistungen angesichts der zuvor geschilderten Lagerungen sinnvoll bestimmen lässt, bleibt aus wirtschaftlicher Perspektive weiterhin eine Frage, die nicht endgültig – und vor allem nicht wirtschaftlich – beantwortet werden kann. Antworten können nur pragmatisch, und zwar in Hinblick auf spezifische politische, rechtliche und medizinische Lagerungen, gefunden werden.

Krankenversorgung und Markt

Eine gewichtige gesundheitsökonomische Problematik ergibt sich aus den besonderen Charakteristika, welche an medizinische Versorgungsstrukturen einer wohlfahrtsstaatlichen Demokratie zu stellen sind. Selbst wenn es gelingen würde, medizinische Leistungssegmente in sinnvoller und überzeugender Weise als Waren zu definieren, stellt die Krankenbehandlung kein Gut dar, dessen Verteilung von Angebot und Nachfrage angemessen über den Markt geregelt werden kann. Die Gründe hierfür sind in Anlehnung an Henkel folgende:⁶⁴

Für die allermeisten Menschen ist die Anwendung spezifischer medizinischer Verfahren sinn- und damit wertlos. Einzige Ausnahme stellt der Fall dar, dass man ein spezifisches gesundheitliches Problem hat, auf das diese besondere diagnostische oder therapeutische Prozedur eine Antwort gibt. Für den ernsthaft Kranken kann Letz-

63 Genau dies zeigen Woolhandler et al. (2003) für die amerikanischen Verhältnisse auf. Die Verwaltungskosten im US-amerikanischen Krankenhaus lagen 1999 bei 24,3 %, während in Kanada die Verwaltungsausgaben im Schnitt nur bei 12,9 % zu beziffern waren. (Für den ambulanten Bereich liegt das Verhältnis nach Woolhandler et al. bei 12,3 zu 6,9 %, ebenfalls zu Ungunsten der USA. Unter Einbeziehung der Verwaltungsarbeiten der Versicherungen und staatlichen Behörden kommen die Autoren gar auf einen Verwaltungsaufwand von 31 %.) Knapp ein Drittel der Gesundheitsausgaben würden hier also den Papiertiger nähren.

64 Henkel (2010).

tere gar einen unermesslichen Wert bekommen. In Anbetracht dieser Ausgangslage ist eine reine Marktsteuerung nicht geeignet, ein angemessenes Versorgungsgleichgewicht im Sinne der Pareto-Effizienz zu erzeugen. Das heißt, es kann keine optimale Preisgestaltung angelaufen werden, entsprechend der sich Angebot und Nachfrage im Sinne eines für alle Beteiligten gewinnmaximierenden Gleichgewichts austarieren. Die Probleme sind demnach folgende:

- Ernsthaft Kranke sind aufgrund ihrer temporären Bedürftigkeit erpressbar, unangemessen hohe Preise zu zahlen.
- Es besteht ein Anreiz, einem Nicht-Bedürftigen Leistungen zu verkaufen, die er medizinisch nicht wirklich benötigt.
- Ein idealer Markt würde dazu tendieren, zwar effiziente und angemessene Strukturen für häufig auftretende Krankheiten mit standardisierbaren Prozeduren aufzubauen, da hier von Gewinnsicherheit auszugehen ist. Kompetenzen für komplexe und seltene Erkrankung würden jedoch tendenziell weniger vorgehalten, da die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten mehr Verlust als Gewinn erwarten ließe.
- Da der Aufbau einer hinreichenden Versorgungsstruktur (Anschaffung von Geräten, Ausbildung von Personal, Errichtung geeigneter Räumlichkeiten) hohe Anfangsinvestitionen benötigt und entsprechend hohen Zeitvorlauf voraussetzt, ist eine bessere Versorgung in den städtischen Metropolen bzw. eine schlechtere Versorgung in den peripheren ländlichen Gebieten zu erwarten.

Um im Sinne der wohlfahrtsstaatlichen Aufgabe eine angemessene medizinische Versorgung für die Gesamtbevölkerung sicherzustellen, kann hier nicht allein auf marktförmige Austarierung von Angebot und Nachfrage gesetzt werden, da der Anspruch unhintergebar bleibt, bei Bedarf jeder behandelbaren Krankheit angemessen begegnen zu können. Hieraus ergibt sich einerseits die Maximalversorgung als Sonderrolle des Krankenhauses, das für die Erstversorgung eines jeden Falles gerüstet zu sein hat, und andererseits der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, entsprechend dem dafür Sorge zu tragen ist, dass prinzipiell zu jeder Zeit und an jedem Ort ein Arzt zur Verfügung steht.

»Despite the protestations of its boss, the National Institute for Clinical Excellence (NICE) is an instrument for rationing health care. Unfortunately, it's not a very good one. [...] NICE began with a blaze of publicity by deciding that zanamivir, a new drug for treating flu, would not be made available in the NHS. Its decision was based on the lack of evidence that the drug was effective in older people and others most at risk of serious harm from flu. It glossed over the fact

that the same could be said for many, even most, treatments currently available on the NHS. Zanamivir's manufacturers, Glaxo Wellcome, were furious, and the chief executive threatened to take the company's research abroad. Last week, NICE reversed its decision on the drug, declaring that it would be available to at risk adults who present within 36 hours of developing symptoms when consultations or flu rise above 50 a week per 100 000 population. Just how easy it will be to implement such complex advice remains to be seen, but NICE boasted that the reversal of its guidance showed its commitment to evidence. A pooled analysis by the manufacturers showed that the drug would reduce symptoms in those at high risk from 6 to 5 days. [...] When NICE approves treatments – such as taxanes for cancer – then there's little fuss, although many cardiologists think that it oversold the use of intravenous glyco protein IIb/IIIa inhibitors in high risk patients who have had a heart attack, perhaps because it was overinfluenced by the drug companies' secret evidence. NICE's problems begin when it tries to deny treatments. It decided against beta interferon for multiple sclerosis and promptly found itself facing hostile publicity and an appeal from both the manufacturers and patients' groups«.

Richard Smith (2000), Editor of the British Medical Journal

Da aber nun ›Versorgungssicherheit‹ (Verfügbarkeit im Falle eines Falles) und ›wirtschaftlicher Patientenschutz‹ (Gewährleistung, dass der Patient hierfür nicht jeden Preis zu zahlen hat) unhintergehbare Zielkriterien der gesundheitspolitischen Steuerung darstellen, ergibt sich das Dilemma, dass jede Öffnung in Hinblick auf ›mehr Markt‹ gleichzeitig wieder korrigierende Eingriffe seitens des Staates einfordert. Die Leistungsanbieter über den Markt in eine Konkurrenzbeziehung zueinander treten zu lassen, generiert zugleich Differenzen in der Performance von Anbietern, die sich auf gewinnbringende Behandlungsprozesse spezialisieren können, gegenüber all jenen Institutionen, welche weiterhin zur Maximalversorgung in der Lage sein müssen, und entsprechend staatlich supplementiert werden müssen.⁶⁵

65 Ein ähnliches Dilemma ergibt sich mit Henkel auch für den Arzneimittelmarkt. Der Apotheker hat im Sinne der Allgemeinwohlverpflichtung für den Notfall, für eine gewisse Zeit, für noch nicht eingetretene Fälle einen Vorrat bereitzuhalten. Er kann und darf hier nicht betriebswirtschaftlich denken, etwa in dem Sinne, dass er nur die Medikamente bereithält, die gut gehen und wo ein guter Umsatz zu erwarten ist. Die Privilegien des Apothekers erscheinen aus diesem Grunde deshalb gerechtfertigt, weil er sich nicht im Sinne des Marktes verhalten kann. Die Kriterien »gesundheitlicher Verbraucherschutz« (Letzteres meint u. a., dass einem Patienten, der aufgrund einer spezifischen Krankheit ein Medikament nachfragen muss, nicht jeder Preis abverlangt werden kann) wiegen

Sei es die Versorgung sozialstrukturell schwacher Gebiete, die Bereithaltung von Kapazitäten für den Notfall, die Versorgung multiorbider Krankheitsbilder, die nicht in ein rationierbares Schema passen, der Auftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, impliziert, dass zur Etablierung angemessener Versorgungsstrukturen hinreichende Anfangsinvestitionen geleistet werden müssen, die gerade nicht durch den idealtypischen freien Markt garantiert werden können.

Interviewer: Also das finde ich immer das Erstaunliche, warum die USA ...

Rolf Rosenbrock: Schlecht und teuer

Interviewer: ... so extrem teuer geworden ist, obwohl sie eigentlich ein lausiges System hat, also wo viele Leute rausfallen.

Rolf Rosenbrock: Das ist sicher in erster Linie erklärbar aus der Abwesenheit jeder Gemeinwohl-Verpflichtung im System. Im Vergleich zu den USA werde ich immer dankbar dafür, dass Bismarck mit der Grundstruktur der GKV und der staatlichen Ausfallbürgschaft Fakten geschaffen hat, die in einem Land, in welchem Versorgung und Versicherung längst von for-profit-Unternehmen besetzt sind, heute kaum noch durchsetzbar erscheinen. Im marktliberalen System der USA maximieren alle Marktteilnehmer ihren Nutzen bzw. Umsatz bzw. Profit, und das führt natürlich weder zu einer Beachtung von Kriterien der Fairness oder gar Gerechtigkeit noch zur Orientierung auf die Effektivität bzw. Effizienz des Versorgungssystems. Als in den 80er Jahren in den USA die Managed-Care-Unternehmen (MCO) im Markt für Krankenversicherungen die Führung übernahmen, haben sie die Versorgung auf maximales Kostensparen getrimmt; und die Versicherten erlebten das vor allem als Leistungsverweigerung und Schikane. Natürlich vor allem für jene, die sich auch sonst gesellschaftlich nicht durchsetzen können und die besonders auf die Leistungen angewiesen sind. Das schlechte Image der MCO – hier funktioniert der Markt begrenzt – führte dann zu ihrem Niedergang am Markt. Die – v. a. von rechts – massiv formulierte Ablehnung jeder

pharmako-politisch so hoch, dass hier nicht auf staatliche Regulierung verzichtet werden kann. Hier ergibt sich dann mit Henkel ein prinzipielles »Versagen des Arzneimittelmarktes«. Eine Gesundheitspolitik, die unter dem Primat der Kostendämpfung steht, mag hier zwar einerseits auf mehr Markt hoffen, erzeugt aber andererseits erneut Probleme, die wieder ein Mehr an Regulation einfordern. Bestimmte Mittel aus der Verschreibungspflicht und damit aus der Preisbindung zu streichen, generiert gleichzeitig Anreize, diese Mittel viel zu verkaufen, also dann auch den Patienten zu höherem Konsum anzuregen, was dann aber dem apothekerlichen Primat des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zuwiderlaufen würde (Henkel 2010).

›Einmischung‹ des Staates in das Medizingeschäft ist dabei längst Fiktion: auch in den USA werden – über das Versorgungssystem für Arme (Medicaid), Alte (Medicare) und ehemalige Militärangehörige (Veterans Administration) knapp die Hälfte der Ausgaben für Krankenversorgung staatlich finanziert. Und weil diese Geldquellen sicher sind, wird auch in die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen investiert. Da es aber andererseits keine Macht gibt, die versorgenden Berufsgruppen und Institutionen auf die Kriterien ›ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend‹ – so die Formulierung im deutschen Sozialgesetzbuch V – zu verpflichten, ist auch die Versorgung von Armen und Alten oft absurd teuer – und dabei keineswegs besser. Das ändert aber nichts daran, dass die Versorgungsstruktur einer Region sich in der Regel nach der Kaufkraft richtet, was – im Verein mit großer Technikgläubigkeit – zur wettbewerblich getriebenen technischen Hochrüstung der Kliniken führt – bei Vernachlässigung der ambulanten Versorgung und insbesondere der Allgemeinmedizin.

In unserem Sondergutachten 2009 zur Gesundheitsversorgung in einem längeren Leben haben wir im übrigen vorgeschlagen, das Potenzial an Integration, das in der Grundidee von managed care steckt, nicht zu vernachlässigen. Es wäre praktisch zu prüfen, ob die Idee, dass die Versicherungen die Bildung von Stufen-, Berufsgruppen- und Institutionen-übergreifenden Versorgungseinheiten anregen bzw. erzwingen, unter den Bedingungen der solidarisch konstruierten GKV und im Rahmen des deutschen Korporatismus zu tatsächlichen Verbesserungen führen kann. Voraussetzung dafür wäre aber auf jeden Fall eine Stärkung der Patientenrechte, um diese nicht schutzlos Schikanen und Manipulationen auszuliefern.

Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Interview mit dem Autor im Juli 2009.

Verkompliziert wird die Lage des Weiteren dadurch, dass die Dynamik der Ausgestaltung von Angebot, Nachfrage und Preis gerade nicht durch eine dyadische Beziehung geformt wird, die dem ›Verkäufer-*vs.*-Kunde-Modell‹ entspricht, sondern durch die triadische Relation von Patient, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer aufgespannt wird. In Hinblick auf die wirtschaftliche Steuerungsdynamik treffen wir hier gleichsam auf eine doppelte ›Prinzipal-Agent-Problematik‹, entsprechend der nicht nur die Anbieter von therapeutischen und diagnostischen Leistungen, sondern auch die Krankenversicherer als Agent des Patienten auftreten. Erstere stehen dann für die angemessene medizinische Behandlung des konkreten Einzelfalls, Letztere treten für einen angemessenen Umgang mit den eingezahlten Mitteln des Patientenkollektivs ein.

So stellt ein Patient, sobald er eine Arztpraxis betreten hat, für diese in der Regel nicht mehr den betriebswirtschaftlichen Referenzpunkt dar, denn ab hier wird dann nur noch relevant, was der Kasse als Abrechnung adressiert werden kann. Systemtheoretisch gesprochen rückt der Patient hierdurch in die Umwelt der betriebswirtschaftlichen Kommunikation und verliert damit auch die ihm neuerdings vermehrt zugeschriebene Kundenrolle.⁶⁶ Er fällt damit aus dem Prozess der Verhandlung, was für entsprechendes Geld an Behandlung zu erwarten ist, heraus.

Sobald aber nun die Krankenkassen in eine Lage gebracht werden – untereinander wie auch in Hinblick auf die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern – marktförmig zu agieren, tritt wiederum eine Lagerung ein, welche dem Patienten kaum Gestaltungsmöglichkeiten zuweist. Der Patient mag zwar nun die Wahl haben, seine Krankenkasse zu wechseln. Umgekehrt erzeugt aber dann die Reflexion auf die finanziellen Risiken, welche ein Patientenkollektiv für eine Krankenversicherung in Hinblick auf die Tarif- und Leistungsangebotsgestaltung darstellt, eine Abweichungsverstärkung, entsprechend der die kränkeren und ärmeren Patienten bei schlechterem Leistungsangebot tendenziell höhere Beiträge zu zahlen haben als die gesünderen Patienten.

Sei es der Risikostrukturausgleich, die Verpflichtung der privaten Krankenkassen, einen Basistarif anzubieten, oder die rechtliche Vorgabe, dass Krankenhäuser Patienten im Notfall auch dann zu behandeln haben, wenn diese weder über eine Versicherung noch über Mittel der Eigenfinanzierung verfügen – das wohlfahrtsstaatliche Primat des Patientenschutzes und der Versorgungssicherheit verlangen auch hier wieder nach regulativen Kompensationen, welche die Idee marktförmig ausgehandelter Vertragsbeziehungen konterkarieren.

Die Rhetorik von Markt vs. (politischer) Bürokratie zeigt sich hier bei genauerem Hinsehen als eine Gegenüberstellung, welche die kommunikative Einbettung der Krankenbehandlung verkennt. Für eine Gesundheitspolitik, die unter dem Primat der Kostendämpfung steht, ist hier volkswirtschaftlich gewissermaßen die Quadratur des Kreises zu leisten. Einerseits auf den Markt hoffend, dabei nur politisch erzeugte Produkte verhandeln zu können, aber dann Folgeprobleme erzeugend, welche nur durch noch mehr Regulation bewältigt werden können, kommt es hier schnell zu Arrangements, welche die Paradoxien wirtschaftlicher und politischer Kommunikationen überdeutlich werden lassen. Wir begegnen hier den Dilemmata von Multisystemarrangements, die – trotz ihrer Unterschiede in Hinblick

66 Siehe zum Problem der Kundenrolle und dem Mythos vom mündigen Patienten insbesondere Stollberg (2008).

auf die Finanzierungsweisen – alle ›Gesundheitssysteme‹ der modernen Industrienationen betreffen.⁶⁷

Rolf Rosenbrock: Im Gutachten des Sachverständigenrats 2005 haben wir ausführlich begründet, dass der Übergang vom jetzigen zu einem integrierten System der Krankenversorgung, das den Bedürfnissen und den Nöten der chronisch Kranken entspricht, in der deutschen Konstellation (dem Gemeinwohl verpflichtete GKV, Aushandlung von Mengen, Qualität und Preisen mit den Verbänden) nicht im Selbstlauf in Gang kommt und gelingen kann. Ein solcher Strukturwandel würde vielmehr eine Abweichung vom Grundsatz des ›einheitlichen und gemeinsamen‹ Vorgehens von Krankenkassen und Versorgungseinheiten implizieren. Das bedeutet auch die Zulassung von Wettbewerb als einem Steuerungsmedium – neben Staatsaufsicht, Patientenrechten etc. Innovationsanregung durch den Hecht im Karpfenteich gewissermaßen. Eine solche Strategie gerät in Konflikt mit dem hergebrachten Grundsatz, dass z.B. Verträge mit niedergelassenen Ärzten immer über die Kassenärztlichen Vereinigungen – die KVen – abgeschlossen werden müssen, und schwächt durch Auflösung des Monopols deren Machtstellung.

Auf die positiven Funktionen der KVen – Garantie der ›Sicherstellung‹ der Versorgung; Disziplinaraufsicht über die niedergelassenen Kassenärzte einschließlich des Verzichts auf Streik; Qualitätssicherung etc. – will andererseits niemand wirklich verzichten, auch nicht diejenigen, die öffentlich schon mal gerne die Abschaffung der KVen fordern. Es geht also um die Definition eines – stets prekären – Gleichgewichts und läuft auf zwei Fragen hinaus: Wie viel vom Monopol darf man den KVen wegnehmen, ohne ihre Funktionstüchtigkeit zu gefährden? Ist das Versorgungssystem hinreichend innovativ, wenn die ›alte Fessel‹ der KVen nicht mehr greift? Die heute den Ton angehenden Vertreter der KVen, so auch der Chef der KBV wissen, dass die alten Zeiten unwiederbringlich vorbei sind, und versuchen, ihre Institutionen als ›moderne Dienstleister‹ für ihre Klientel zu etablieren, für die die Ärzte auch dann noch Beiträge zu zahlen gewillt sind, wenn es mal keine Zwangsmitgliedschaft für Kassenärzte mehr gibt.

Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Interview mit dem Autor im Juli 2009.

67 Auch das vermeintlich liberale, dezentrale Versorgungssystem der Vereinigten Staaten zeigt sich bei näherer Beobachtung unausweichlich in dem Paradox verfangen, dass es seine Aufgaben nur erfüllen kann, indem hochgradig protektionistisch und regulativ in die Versorgungsstrukturen eingegriffen wird. Siehe zum Systemvergleich Fleischhauer (2007).

Politik

Als wohlfahrtsstaatliche Angelegenheit ist Medizin eine politische Angelegenheit. Die hiermit verbundenen Strukturvorgaben beruhen vor allem auf politischen Entscheidungen. So garantiert beispielsweise die Politik über das Recht die Monopolstellung der Anbieter in den jeweiligen Sektoren. Da jedoch gleichzeitig die Mobilisierung der hierfür notwendigen Mittel ein politisches Thema darstellt, lautet eine entscheidende Frage der Gesundheitspolitik, wie in einer auf Mehrheiten ausgerichteten demokratischen Gesellschaft unter Bedingungen knapper Mittel das Skandalon der Rationierung von Gesundheitsleistungen unsichtbar gemacht werden kann.

»Angesichts von Einschränkungsnotwendigkeiten scheint sich daraus die nur politisch sinnvolle Tendenz zu entwickeln, jedem nicht genug Geld zu geben. Das ist zwar weder *wirtschaftlich* rational noch ausgewogen in bezug auf die Funktionen des *Krankheitssystems*. Man sieht aber nicht, wie *politische* Instanzen sich anders verhalten können. Wenn es überhaupt *medizintechnische Möglichkeiten* der Verhinderung von Tod, Krankheit und Schmerzen gibt, dürfte es *politisch* kaum vertretbar sein, sie aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu realisieren. Der Sog der besseren Möglichkeiten ist eine politische Kraft ersten Ranges. Man kann sich dem nur entziehen, indem man Entscheidungen so einrichtet, daß man nicht wissen kann, was man tut und was die Folgen sind, um dann bei Sichtbarwerden der Folgen die Entscheidungen punktuell (und wiederum wohlätig) zu korrigieren.«

Niklas Luhmann (1983a, 49).

Schauen wir zunächst auf die Spezifika der politischen Kontextur. In der Politik geht es um kollektiv bindende Entscheidungen. Mit Blick auf die hiermit verbundene Machtfrage hat Luhmann den binären Code des politischen Systems zunächst in der Dichotomie *Regierung/ Opposition* gesehen, um dann später mit dem Begriffspaar ›*Macht haben/Macht nicht haben*‹ eine allgemeinere Form zu postulieren. Politische Kommunikation und politisches Handeln zielen darauf, Macht wahrzunehmen, während die negative Seite des Codes verrottene Machtchancen oder gar den Verlust von Macht reflektieren lässt.⁶⁸

Politik erzeugt wie jedes Funktionssystem einen hochselektiven Umweltbezug. Als Kommunikation ist politische Kommunikation innerhalb der modernen funktional differenzierten Gesellschaft zwar Teil der Gesellschaft, im Sinne ihrer operativen Schließung wird zu-

68 Luhmann (2000a).

gleich jedoch der Rest der Gesellschaft zur Umwelt der Politik. Ihre eigene Selektivität lässt auch gesundheits- und medizinrelevante Sachverhalte unter dem Blickwinkel politischer Semantiken sehen, das heißt mit Blick auf die Perspektive der *Durchsetzbarkeit* von kollektiv bindenden Entscheidungen.

Die gesellschaftliche Legitimation von Politik kann nicht im Spiel der Macht selber, im Regieren an sich liegen, sondern findet ihren Wertbezug im Allgemeinwohl.⁶⁹ Die abstrakte *Kontingenzformel* ›Allgemeinwohl‹ legt Politik weder programmatisch noch ideologisch fest – ob man eher die unsichtbare Hand des freien Marktes oder eine strenge staatliche Regulierung für geeignet hält, um das Ziel einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu erreichen, ist hierdurch nicht entschieden.

Politik hat es in Bezug auf die Gesellschaft mit komplexen Reflexionsverhältnissen zu tun, die nur dadurch bewältigt werden können, dass die Komplexität der Welt entsprechend der eigenen Programme auf ein für politische Organisationen bearbeitbares Maß reduziert wird. Die Kontingenzen einer nahezu unendlichen Vielfalt möglicher Themen und Steuerungsaufgaben werden hierdurch in eine bewältigbare Form gebracht und auf Basis der hierdurch erzeugten Selektivität wird dann auch die *Selbstidentifikation* von politischer Arbeit möglich. Man setzt sich nun für etwas Bestimmtes ein und weiß dann, wofür man steht und wofür man kämpft. Erst hierdurch wird Politik als System autonom und kann sich dann entsprechend auch als eine Sphäre plausibilisieren, in der es vor allem um Entscheidungen von ›gesamtgesellschaftlicher‹ Relevanz geht.

Gleichzeitig gehen diese Prozesse der programmatischen Spezifizierung von Politik mit einem Verlust an gesamtgesellschaftlicher Steuerbarkeit einher – denn die politischen Programme und die seitens der Politik angebotenen institutionellen Lösungen sind gegenüber der gesellschaftlichen Umwelt, auf die sie sich beziehen, immer *unterkomplex*.⁷⁰

Politik mag zwar bestimmte gesundheitspolitische Schwerpunkte fördern, indem sie entsprechende Programme ausschreibt und finanziert. Doch selbst bei expliziter Förderung bestimmter Versor-

69 Luhmann (2000a, 120).

70 Diese These ist bekanntlich in der politikwissenschaftlichen Fachwelt nicht akzeptabel und man würde dann eher die Moderne und die mit ihr verbundene funktionale Differenzierung selbst wieder politisieren wollen, etwa in dem Sinne, dass die liberalen Märkte und die globalen Finanzverhältnisse (und dann auch eine bestimmte Form von Wissenschaft) selbst Ausdruck und Konsequenz politischer Entscheidungen darstellen (vgl. Mayntz/Scharpf 2005).

gungsstrukturen ist sie nicht wirklich in der Lage, die außerpolitische Relevanz der von ihr ausgelobten Vorhaben zu beurteilen – weder in medizinischer noch in wissenschaftlicher Hinsicht.

Mit Blick auf das Zeitschema politischer Reformvorhaben ergibt sich zudem das Problem, dass die drei Schritte Formulierung der Programmziele, Umsetzung der Programme sowie die gesellschaftlichen Wirkungen der Programme kausal und zeitlich voneinander entkoppelt sind. Während eine wissenschaftliche Evaluation hier genauere Wirkungsanalysen einfordern würde, ist die Politik im Sinne ihres eigenen Codes gut beraten, nicht allzu genau auf die Evidenz ihres Handelns zu schauen. Im Sinne ihrer eigenen Referenz geht es ihr weniger um Wahrheit, sondern um die Wahrnehmung und Reproduktion von Machtchancen, und entsprechend lohnt es sich für sie eher, sukzessive immer wieder erneuten Reformbedarf anzumelden, anstatt genauer zu untersuchen, warum die vergangenen Vorhaben gescheitert sind.

Moderne Politik ist zwar von ihrem Selbstverständnis her auch eine wissenschaftlich informierte Politik, doch aus ihrer Perspektive ist der Rückgriff auf Wissenschaft ein selektiver und in den entscheidenden Fragen wird dann auch politisch und nicht in Referenz auf den Code *wahr/falsch* entschieden. In diesem Sinne wundert es dann auch nicht, dass das gesundheitspolitische Großvorhaben zur Einführung des DRG-Systems eigentlich durch eine wissenschaftliche Begleitforschung forciert werden sollte, diese aber dann in den entscheidenden Jahren der Umstellung der bundesdeutschen Kliniken unterblieb.⁷¹

Auch das Verhältnis zwischen dem ›Sachverständigenrat‹ und Gesundheitspolitik ist entsprechend eher als lose gekoppelt zu sehen. Im Sinne der unterschiedlichen Systemreferenzen ist hier keineswegs davon auszugehen, dass gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse unmittelbar in die politischen Entscheidungen einfließen. Vielmehr ist hier mit Fuchs und Mahler davon auszugehen, dass die eigentliche Leistung der Beratung für die Politik auch darin besteht, Rat und Tat voneinander zu entkoppeln.⁷² Eine Funktion der Beratung besteht dann zwar weiterhin darin, die Legitimationsgrundlage für die Entscheidungen zu verbreitern, zugleich dient sie jedoch dazu, den politischen Prozess zu entschleunigen, um bei Bedarf dann doch nach Staats- und Parteiräson entscheiden zu können.

71 So sollte dann laut § 17 b Absatz 8 des Krankenhausgesetzes eine die DRG-Einführung begleitende Forschung schon im Jahr 2005 erste Ergebnisse liefern (Fürstenberg et al. 2009).

72 Fuchs/Mahler (2000).

Ferdinand Rau: Ein Beispiel für Umsetzungsprobleme ist das Thema Einführung einer monistischen Finanzierung. Das ist ein altes Thema in der Krankenhausfinanzierung. Alle sagen, es ist eigentlich betriebswirtschaftlich sinnvoll, dennoch scheitert es an den machtpolitischen Realitäten. Die Länder haben hier Interessenslagen, die eine Umsetzung in der Vergangenheit nicht ermöglicht haben. [...]. Die Länder finanzieren die Investitionskosten ja auch deshalb, weil sie für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Es gilt somit: Wer bestellt, bezahlt auch. Bei einer monistischen Finanzierung entstände die kritische Situation, dass die Länder weiterhin über Kapazitäten entscheiden könnten, aber die Folgekosten nicht zu tragen hätten. Dies wiederum könnte zur Hinterfragung der Legitimation der Länder in der Krankenhausplanung führen. Fakt war bislang, dass die Mehrheit der Länder vom Grunde her weiterhin die Investitionskosten tragen möchte. Für eine hinreichende Investitionskostenfinanzierung ist das jedoch nicht ausreichend.

Die betriebswirtschaftliche Überzeugung ist die, dass derjenige, der sein Unternehmen Krankenhaus effektiv und effizient organisieren soll, eben nicht nur beim Betriebsablauf – wie organisiere ich effizient meine Prozesse im Krankenhaus – Änderungen vornehmen können muss, sondern auch in der Lage sein muss, die damit zusammenhängenden Investitionsentscheidungen eigenständig zu treffen. Entsprechende Investitionsentscheidungen werden heute aber leider oftmals misslicherweise bürokratisch getroffen, d. h. es gibt ein Antragsverfahren und die Gelder fließen in Abhängigkeit von der Haushaltslage des Landes. Ein unternehmerisch planbarer Prozess, wo ich sagen kann, am Ende des Jahres werde ich voraussichtlich über so und so viel Investitionsmittel verfügen, existiert somit in der Regel nicht. Sicherlich ist dies auch mit ein Aspekt, warum private Krankenhausträger oftmals mutmaßlich besser in der Lage sind, ihren Betrieb effizient zu organisieren.

Ferdinand Rau, Referent im Bundesgesundheitsministerium (Interview, geführt vom Autor im Mai 2009)

Der politische Entscheidungsprozess operiert damit weiterhin in hohem Maße unterkomplex gegenüber jenen gesellschaftlichen Verhältnissen, die er zu steuern beansprucht. Was die Medizin aus den politischen Vorgaben macht, was für wirtschaftliche oder rechtliche Konsequenzen ein Reformvorhaben mit sich bringt, muss aus systemischen Gründen für die Politik im Bereich der Intransparenz bleiben. Eine *polyzentrisch* organisierte Gesellschaft lässt sich nicht hierarchisch steuern.

Auch wenn die Systemtheorie tendenziell eher die Auffassung vertritt, dass die Politik mit zunehmender gesellschaftlicher Differenzierung immer weniger auf die gesellschaftlichen Verhältnisse durchgrei-

fen kann, bedeutet dies nicht, dass man der modernen Politik den Steuerungsanspruch vollends absprechen muss.

Mit Helmut Willke gesprochen kann sie zwar nicht mehr unmittelbar in andere Kontexturen eingreifen, dennoch aber im Sinne einer ›dezentralen Kontextsteuerung‹ durch ihre ureigenen Instrumente Bedingungen schaffen, unter denen dann die anderen gesellschaftlichen Teilsysteme mehr oder weniger optimal operieren können.⁷³ Eine so verstandene Politik würde in Rechnung stellen, dass sie die Komplexität der Gegenstände, über welche sie zu entscheiden hat, zwar nicht einmal annähernd durchschauen kann, was dann aber nicht heißt, auf Steuerung verzichten zu müssen. Ein solches Regiment hat dann allerdings auf die *Selbststeuerungsfähigkeit* der von ihm regierten Felder zu setzen, also mit politischen Mitteln jene Reflexionsverhältnisse zu fördern, welche die Eigensteuerung von Konflikten und ethischen Problemlagen erleichtern. Eine in diesem Sinne verstandene Politik wird gerade mit Blick auf die Reflexion ihrer Grenzen wirksam.⁷⁴

Ferdinand Rau: Das Faszinierende an den DRGs ist, dass anstelle von Regulierung über Anreize bestimmte Sachen in Bewegung kommen. Die Herausforderung besteht darin, dass Partikularinteressen und Systeminteresse in Deckung gebracht werden müssen. Ansonsten arbeite ich in die Gegenrichtung. Diese Anforderung ist leicht formuliert, es ist aber nicht trivial, dies auch entsprechend zu organisieren. Beispielsweise wird diskutiert, für gute Qualität auch eine Abweichung nach oben zu machen von den administrierten DRG-Preisen. Genauso muss es dann, wenn man konsequent ist, möglich sein, auch nach unten zu verhandeln. Das bringt einen aber auch zu ethisch schwierigen Fragestellungen, wenn man sagt, ok, wir nehmen schlechte Qualität zum Discountpreis. Grundsätzlich gibt es jedoch gute Argumente von administrierten Preisen Abweichungen machen zu können. Das Produkt, also die einzelne DRG, *sollte jedoch weiterhin bundeseinheitlich definiert sein.*

Interviewer: Das ist natürlich das Spannende, dass sozusagen die DRG von der Konzeption in dem Prozess alle Freiheitsgrade lässt. Das war ja bei Fetter auch schon so angelegt, dass er keine Hypothesen reingesetzt hat, welche Art des Prozesses die bessere ist.

Ferdinand Rau: Das Managen von Komplexitäten ist ein Aspekt Ihrer Fragen. In der Tat ist es gesundheitspolitisch natürlich von Interesse, Transparenz über das Leistungsgeschehen zu haben. Nicht realistisch wäre aus meiner Sicht aber ein Planungsanspruch, dass bundes- oder länderseitig der ganze Versorgungsprozess durchorganisiert wird. Ein dezentraler Wettbewerb innerhalb eines vorgegebenen Rahmens um die Organisation einer effizienten und effektiven Versorgung ist hier

73 Siehe Willke (1997).

74 Zu einem solchen selbstreflexiven Staatsverständnis auch Willke (1992).

zielführender. Insofern ist eine Ausrichtung eines Versorgungssystems auf bestimmte unumstrittene Zielsetzungen sicherlich zweckmäßig. Zur Erreichung dieser Zielsetzungen mag es unterschiedliche Wege geben. Ein Wettbewerb um den besseren Weg zur Zielerreichung, z. B. im Krankenhausbereich um die optimale Prozessorganisation, scheint mir durchaus sinnvoll zu sein.

Ferdinand Rau, Referent im Bundesgesundheitsministerium (Interview, geführt vom Autor im Mai 2009)

In Hinblick auf die gesundheitspolitischen Diskurse und die hiermit politisch verhandelten Sachverhalte ist es im Sinne der vorangegangenen Ausführungen sinnvoll, zwischen *Vorder-* und *Hinterbühne* zu unterscheiden. Auf der einen Seite stehen dann all jene Themen und Felder, die als offene politische Konflikte sichtbar werden und entsprechend parteiisch verhandelt werden. Auf der anderen Seite befindet sich demgegenüber die riesige Menge von Fragen und Steuerungsaufgaben, die im Intransparenzbereich von Gremien und bürokratischen Entscheidungsprozessen belassen werden. Die parteipolitischen Haltungen und Wertvorstellungen treten hier zurück zugunsten pragmatischer Haltungen, entsprechend denen dann Sachzwänge und die Kräfteverhältnisse der unterschiedlichen Interessengruppen üblicherweise in Form praktikabler Arrangements bearbeitet werden.

Auf der *Vorderbühne* lassen sich Kontroversen dann weiterhin nach dem alten Rechts-links-Schema organisieren, indem etwa Freiheit und Markt einer stärkeren staatlichen Kontrolle gegenübergestellt werden. Bestimmte Themen eignen sich in besonderem Maße als Arenen, in denen sich das Politische als Kontroverse inszenieren kann. So lässt sich dann die Einführung des kassen- und bundesländerübergreifenden Gesundheitsfonds als eine Auseinandersetzung um die Einführung oder Abwendung von ›Staatsmedizin‹ arrangieren, die weiterhin am Bedeutungshof der politischen Kampfformel ›Freiheit oder Sozialismus‹ parasitiert. Darüber hinaus bieten auch demokratische Emanzipationsbewegungen Schemata an – etwa die Stärkung der Patientenrechte vs. einer paternalistischen und arztzentrierten Medizin – an denen sich politische Semantiken selbstplausibilisierend abarbeiten können.

Andrea Fischer: »Also, die SPD hatte über Jahre hinweg in ihren gesundheitspolitischen Programmatiken die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung ganz hochgehalten. Das war immer eine ganz wichtige Forderung seitens der SPD. Als es dann in diesen Gesetzesentwurf hereinkam, da habe ich auch im Vorfeld schon sehr viel gesprochen, insbesondere auch mit den Vertretern der SPD-regierten Bundesländer. Wenn Sie so ein großes Gesetz machen, dann

vergewissern Sie sich, bevor Sie das einbringen, natürlich auch der politischen Unterstützung. Also habe ich auch mit der SPD im Bundestag geredet, neben den Grünen. [...] Dann war aber klar, dass diese Reform sehr groß wird, einen sehr großen Bereich abdeckt, und damit war auch klar, dass die Bundesländer stark beteiligt sein sollten. Und deswegen hat es viele Verhandlungen gegeben, wo wir Grünen mit der SPD, nicht nur aus der Fraktion, sondern auch aus den Bundesländern verhandelt haben. Da habe ich dann schnell festgestellt, dass die SPD-regierten Bundesländer die monistische Krankenhausfinanzierung eigentlich ganz schrecklich fanden. [...] Ich war damals so naiv, dass ich dachte, die Krankenhäuser sind seit Jahren unterfinanziert, vor allen Dingen, was die Investitionen betrifft, weil die Länder kein Geld mehr haben. Also müssten doch die Länder heilfroh sein, wenn ein Weg aufgezeichnet wird, aus diesen Verpflichtungen rauszukommen. [...] De facto haben die Länder natürlich dann vor allen Dingen Angst davor gehabt, dass sie damit auch ihre Bestimmungshoheit verlieren, weil die Krankenhausplanung in den Ländern gemacht wird. Bei einer monistischen Finanzierung wäre das vorbei. Das geht ja bis dahin, dass in Zukunft dann keine Landesminister und keine Landräte mehr kämen, die den Spatenstich für irgendeinen Krankenhausneubau einschlagen könnten, weil sie ja nicht mehr zuständig wären. So wurde da selbstverständlich nicht argumentiert, sondern viel komplexer, aber die monistische Finanzierung ist gescheitert, am Ende ist sie dann aber gescheitert an der CDU-Mehrheit im Bundesrat«.

Andrea Fischer, 1998-2001 Gesundheitsministerin, (Interview, geführt vom Autor im Juli 2009)

So sehr sich die Auseinandersetzung über Modelle der Gesundheitssystemgestaltung und der Charakteristik der Arzt-Patient-Beziehung für die politische Profilbildung eignet, so wenig bildet sie die eigentlichen gesundheitspolitischen Machtdynamiken ab. Als heiße Themen erscheinen hier insbesondere die Verteilung der Macht zwischen Bund und Ländern,⁷⁵ die sektoralen Abschottungen der Monopolanbieter,⁷⁶ wie mit der starken Lobby der Pharmazie und Medizintechnik umzugehen ist, bzw. die Frage, wer mit wem Verträge machen darf. An all diesen brisanten Feldern wird deutlich,

75 So hätten die SPD-geführten Länder qua Parteiprogramm eigentlich die monistische Krankenhausfinanzierung unterstützen müssen, arbeiteten dann jedoch, als die rot-grüne Regierung eine diesbezügliche Initiative starten wollte, dennoch gegen die Bundespolitik.

76 Aus dieser Perspektive ist es dann kein Widerspruch, wenn liberale Politiker, die sich eigentlich einer wirtschaftlichen Marktdynamik verpflichtet fühlen, sobald sie ein Regierungsamt übernehmen, dennoch eine Klientelpolitik betreiben, welche den Standesverbänden der Ärzte und Apotheker eine privilegierte Rolle zuweist.

dass die Dichotomie von Staat bzw. Politik auf der einen Seite und Wirtschaft bzw. Markt auf der anderen Seite zwar als Kampfesantik innerhalb des Politischen trägt, jedoch mit Blick auf die Rekonstruktion der eigentlichen gesellschaftlichen Verhältnisse in die Irre leitet. Auch in den vermeintlich liberalen Staaten sind die Möglichkeiten, Versorgungsleistungen anzubieten – und daran zu verdienen –, in hohem Maße politisch reglementiert und rechtlich formatiert.⁷⁷ Umgekehrt lässt sich auch mit der vermeintlichen ›Staatsmedizin‹ in Großbritannien seitens der pharmazeutischen Industrie wie auch durch die Ärzte ›gutes‹ Geld verdienen.

Wenngleich die Bedeutung der Globalsteuerung für den Charakter einer medizinischen Versorgungslandschaft nicht unterschätzt werden soll, verliert hier also – jenseits der üblicherweise inszenierten Differenzen – die ›vermeintliche‹ Systemfrage ein wenig an Gewicht. Die Aufmerksamkeit verschiebt sich stattdessen auf die vielfältigen gemeinsamen Bezugsprobleme, welche die modernen Industrienationen trotz ihrer unterschiedlichen ›Gesundheitssysteme‹ aufweisen. Überall lassen sich mehr oder weniger gescheiterte Versuche beobachten, die weitere Kostenentwicklung zu bremsen. Ebenso zeigen sich länderübergreifend Bemühungen, die Schnittstellenprobleme⁷⁸ eines hochgradig diversifizierten und ausdifferenzierten Versorgungssystems qua veränderter organisatorischer Formen zu steuern und zu modernieren.⁷⁹

Hiermit kommen wir zu jener *Hinterbühne* der Gesundheitspolitik, die sich den öffentlichen Kontroversen weitgehend entzieht. Wir begegnen auf der einen Ebene etwa den Ministerialbürokratien, welche die gesundheitspolitischen Reformprozesse über Partei- und Ländergrenzen hinweg bündeln und für die diesbezüglichen Prozesse ein Gedächtnis zur Verfügung stellen. Mit Saskia Sassen würde dann auch für die Weltkultur der Krankenbehandlung gelten, dass diese vor allem durch jenes »Paradox des Nationalen« bestimmt wird, entsprechend dem die Globalisierung und die hiermit übergreifende Adaption von Reform- und Modernisierungssemantiken nur durch jene außerhalb der öffentlichen Politik agierenden nationalstaatlichen Bürokratien geleistet werden kann.⁸⁰

77 Von der *actor-network-theory* lässt sich dann lernen, dass auch der so genannte ›freie Markt‹ etwas hoch Virtuelles darstellt, was sich nur durch eine Reihe von Zwangsmaßnahmen erreichen lässt (Callon 2006).

78 Siehe zu den Schnittstellenproblemen etwa Badura/Feuerstein (1994) und Mayntz (1988).

79 Siehe in Bezug auf eine vergleichende internationale Perspektive Hafferty (1995; 1993).

80 Sassen (2008).

Auf der anderen Ebene treffen wir auf all jene vielfältigen Gremien ›dezentraler Kontextsteuerung‹, in welche die vielfältigen Entscheidungen ausgelagert werden, die aufgrund der ihnen innewohnenden Komplexität seitens der politischen Spitzengremien nicht mehr bearbeitet werden können. Auf Bundesebene ist hier insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu nennen, das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen [BÄK]). Hier werden die Richtlinienentscheidungen über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen getroffen sowie zentrale Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen.

Gehen wir am Beispiel dieses Gremiums etwas ausführlicher auf den Charakter dieser Steuerungsprozesse ein. Auch wenn mittlerweile zu den Sitzungen Besucher zugelassen sind, bleiben die Entscheidungsprozesse mit Blick auf ihre Bahnung durch die zahlreichen Unterausschüsse hochgradig intransparent. Nun mag man zwar mit Urban kritisieren, dass hier im »stillen Kämmerlein« und fernab der öffentlichen (partei-)politischen Diskurse weitreichende Entscheidungen zur Rationierung von Gesundheitsleistungen« getroffen werden und der durch »ökonomische Interessen überdeterminierte Aushandlungsprozess des Ausschusses damit verschleiert« werde, indem er »›auf das Trivialpostulat‹ [...] einer wissenschaftlich fundierten Medizin« reduziert« würde«, doch die Kritik kann das Kritisierte nicht ersetzen.⁸¹

Machen wir uns das Bezugsproblem deutlich, auf das dieses Gremium antwortet. Die Gesundheitspolitik und ihre untergeordneten Behörden stehen vor der Herausforderung, hoch spezifische Entscheidungen zu Prozessen zu treffen, die sie mit Blick auf die ihnen innewohnende Komplexität nicht wirklich verstehen können. Der G-BA und seine Untergremien gestalten einen Modus Operandi, diesbezügliche Entscheidungen in die Selbstorganisation der beteiligten Stakeholder zu verlagern, ohne damit jedoch den Steuerungsanspruch der Gesundheitspolitik prinzipiell aufgeben zu müssen. Formal behält das Bundesministerium für Gesundheit die Aufsicht und Hoheit über diese Prozesse.

Indem die politische Verantwortung auf zwei Orte verteilt wird, gelingt gewissermaßen die Quadratur des Kreises, wie dann auch Winkler in seiner empirischen Untersuchung zur dezentralen Kontextsteuerung aufzeigt. Die Gesundheitspolitik kann sich weiterhin als *captain of ship* begreifen, wenngleich sie den eigentlichen Prozess auslagert und aufgrund mangelnden Expertenwissens nicht wirklich

81 Urban (2001, 66).

supervidieren kann. Aufgrund des vorgestellten Arrangements kann die Politik dieses Gremium nutzen, um die Konsensfähigkeit ihrer Reformvorschläge auszutesten. Umgekehrt können die Spitzenvertreter der beteiligten Stakeholdergruppen innerhalb des Konsensfindungsprozesses weiterhin ihre spezifische Interessenpolitik betreiben, ohne dass dies als politisches Faktum offen zutage tritt und damit politisch fraglich wird.⁸²

Bemerkenswert an der sich hier darstellenden Lösung ist, dass sich die Politik über den Umweg der Gestaltung von Dialogkontexten als Politik plausibilisieren kann, indem die hiermit zu entscheidenden Fragen gewissermaßen entpolitisiert werden. Sie lagert gewissermaßen jene *inhaltlichen* Entscheidungslasten aus, welche sie aufgrund der ihnen innewohnenden gegenstandsbezogenen Komplexität nicht mehr mit ihren Eigenmitteln bewältigen kann. Sie gibt dabei jedoch ihre Rolle als Steuerungsinstanz nicht auf, da sie auf formaler Ebene ihre politische Autorität weiterhin zur Geltung bringt. Die nun kultivierte Unwissenheit aufgrund des gegenüber ihren Umwelten bestehenden Komplexitätsgefälles hebt die Funktion des Politischen nicht auf.

82. Aus den Interviews mit den Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums wird hier deutlich, wie sich die Politik nun zugleich als autonom initiativ wie auch hilflos angesichts der Überkomplexität des zu kontrollierenden Gegenstands begreift: Im Gespräch mit dem diesbezüglichen Abteilungsleiter Franz Knieps heißt es: »Wir haben nicht die Expertise, um in letzter Konsequenz sagen zu können, diese medizinische Entscheidung ist vertretbar und diese medizinische Entscheidung ist schon bedenklich. Wir haben gute Leute, aber wird sind vom Staff her überhaupt nicht aufgestellt, um quasi das Tagesgeschäft mit denen da zu machen« (Winkler 2006, 95).

Demgegenüber wird dann in einem anderen Gespräch betont: »Tatsächlich, so lassen es zumindest die Äußerungen der befragten Experten aus dem BMGS vermuten, wird der G-BA weniger als ein Gremium autonomer ›Verständigung‹ aufgefasst. Vielmehr gilt er als ›erster Wirklichkeitstest‹ einer ›bestimmte[n] politische[n] Linie‹, dessen Ergebnisse und Erkenntnisse, etwa ›falsche Vorstellungen‹ der Politik, mangelnde ›Akzeptanz‹ oder fehlende Umsetzbarkeit politischer Entscheidungen, im Zuge erneuter Gesetzgebung zu korrigieren seien« (Winkler 2006, 97).

Andrea Fischer: »Ich kann mich an eine Geschichte erinnern, da hat das NICE eine Bürgerkonferenz gemacht, bei der 25 Bürger nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, die dreimal jeweils zwei Tage über die Frage redeten, ob ab einem bestimmten Alter bestimmte Behandlungen nicht mehr gemacht werden sollen. Da haben die am Anfang alle gesagt, »nee, das geht nicht.« Und dann haben die angefangen zu diskutieren, auch mit den Fachleuten, und haben sich kundig gemacht. Und am Ende haben sie gesagt, »doch, unter bestimmten Bedingungen ist das in Ordnung.« Und dann kam im Grunde – was weiß ich – so etwas heraus wie »mit 93 ist das mehr Quälerei, den noch mal zu operieren, und deswegen sollte man das nicht«. Das heißt, es ist schon möglich, darüber in dieser Weise zu diskutieren. [...] Übrigens kann man da noch ganz anders rangehen. Es gibt ein Äquivalent zum NICE in Schottland, die fangen jetzt auch mit diesem föderalistischen Unsinn an. Aber jedenfalls dieses Institut ist naturgemäß relativ klein, weswegen die eigentlich ein recht pragmatisches Verfahren haben. Innerhalb von sechs Wochen beschäftigen sie sich mit einem Medikament. Selbst angestellt haben sie nur irgendwelche Gesundheitsökonominnen. Alles andere an Erkenntnissen lassen sie sich irgendwie liefern, schauen da, was es schon an Studien gibt. Und dann wird ein Urteil gefällt von irgendeinem Board. Da sind unter anderem auch Vertreter der Pharmaindustrie drin. Ich hab gesagt, »lasst ihr das zu und gibt das keine Proteste?« Da haben die mir gesagt, »das sind doch die, die es entwickelt haben, die wissen doch, wie es geht, und überhaupt, die haben doch die Ahnung.« Und dann lässt man auch Bürger mit in diesem Board entscheiden, ich glaube drei sind es. Die werden alle zwei Jahre mit einem öffentlichen Aufruf gesucht. Die werden dann schon noch mal getestet, aber im Prinzip sind das irgendwelche Zufallsbürger. Die Regel ist dann, mal angenommen, es geht um ein Leukämie-medikament und der dritte Bürger hat nun zufällig gerade eine Tochter mit Leukämie, dann wird er einfach an dieser Abstimmung nicht teilnehmen. Ich saß da und dachte, »na, ich kann's gar nicht glauben.« Dann habe ich gesagt, »habt ihr denn nicht irgendwie Probleme, dass dann Proteste entstehen.« Da haben sie gesagt, »selbstverständlich gibt es immer irgendwelche Leute, die mit irgendeiner Entscheidung nicht einverstanden sind. Aber das hat keine Wirkung, weil das Verfahren insgesamt als legitim gilt und dementsprechend gibt es dann zwar einzelne Kritik, aber es wird nicht grundsätzlich infrage gestellt.« Ich glaube, so pragmatisch könnten wir in Deutschland da nie drangehen. Aber dieses Beispiel aus Schottland beschäftigt mich schon sehr.«

Andrea Fischer, 1998-2001 Gesundheitsministerin (aus einem Interview, geführt vom Autor im Juli 2009)

Man könnte nun zunächst vermuten, dass das hiermit verbundene Nicht-Wissen durch eine wissenschaftliche Politikberatung korrigiert werden könnte. Für die Gesundheitspolitik gibt es mit dem Sachverständigenrat (SVR) auch ein Gremium mit einem diesbezüg-

lichen Beratungsauftrag. Doch die Binnenbeziehung zwischen Politik und Wissenschaft ist durch einen ›Kontexturübergang‹ geprägt, der genau das unterläuft, was die Beratung zu leisten beansprucht.⁸³ Entweder erscheint Wissen der wissenschaftlichen Politikberatung aufgrund der spezifisch wissenschaftlichen Arbeitsweise zu abstrakt, zu unkonkret und von einem Zeithorizont aus entwickelt, welcher dieses Wissen für die tagespolitischen Anforderungen uninteressant erscheinen lässt, oder man unterstellt dem Rat dann selber, politisch motiviert zu beraten, was dann jedoch deren wissenschaftliche Stellungnahme disqualifiziert.⁸⁴

83 Hierzu wieder Winkler: »Einzig möglicher Beobachter und Korrektor des politischen Beobachters könnte der Sachverständigenrat (SVR) sein, der ›grundsätzliche Entwicklungen‹ im Gesundheitswesen ›bewerten‹ soll. Dabei sind es nicht nur ›konkrete Aufgaben‹ der Politik, die der SVR bearbeitet, sondern ihm verbleibt auch, ähnlich wie dem IQWiG, die ›Freiheit [...] sich selber seine Themen‹ zu suchen. Beide Varianten wurden ›praktiziert‹, erwiesen sich aber für die Politik als ›ganz wenig brauchbar.‹

Dies hat offenkundig vor allem zwei Gründe: erstens arbeiten Politik und SVR nicht synchron. Die Dauer der Abarbeitung von Aufträgen durch den SVR (›das dauert [...] ein, zwei Jahre, das ist für Politik ein unendlich langer Zeitraum‹) führt dazu, daß die Ergebnisse nicht mehr in das aktuelle politische ›Diskussionsszenarium‹ passen. Zweitens besteht ein Übersetzungsproblem zwischen wissenschaftlicher und politischer Semantik: ›Mit hoch abstrakten, wissenschaftlichen Abhandlungen kann ein Parlament oder auch eine Verwaltung nicht viel anfangen.‹

Unter den ›Praktikern‹ im BMGS gilt der SVR daher inzwischen als diskreditiert: ›Die meisten Kollegen in der Fachabteilung sehen den SVR eher verächtlich. Dies mag auch darin seine Begründung finden, daß der Sachverständigenrat nicht im ›politikfreien Raum‹ operiert, sondern ›politisch besetzt‹ wird [Transkript BMGS 2005: 5f.] (Winkler 2006, 95f.)«.

84 Spätestens seit den Wissenschaftskontroversen um die Atomtechnologie weiß man dann auch in der Politik, dass Wissenschaftler aus verschiedenen Perspektiven sprechen, die nicht unbedingt zu einer Einheit finden. Die Antwort der Politik ist auch hier der Rückgriff auf mehr partizipative und dialogische Entscheidungsformen, die dann unterschiedliche Sprecherpositionen an einen Tisch bringen (vgl. Maasen/Kaiser 2007; Maasen/Weingart 2005). Umgekehrt gilt dann aber mit Weingart (2001), dass auch Wissenschaft nicht in einer wissenschaftlichen Politikberatung aufgehen kann, sondern dass ihre Legitimität gerade darin besteht, im Hinblick auf ihre Funktion eine Differenz zur Operationsweise von der Politik und den Massenmedien aufrechtzuerhalten.

»DIE ZEIT: Warum sind Sie vorzeitig als Vorsitzender des Sachverständigenrates abgetreten?

Friedrich Wilhelm Schwartz: Es gab zwei Gründe. Der eine ist, dass mich derzeit andere Verpflichtungen viel Zeit kosten. Zweitens habe ich die Möglichkeit gesehen, mich zu meinem Amt und zum Rat freier zu äußern. Ich möchte für eine gewisse Politikdistanz und klare Sachbezogenheit öffentlich eintreten können. Damit hoffe ich diesen – aus meiner tiefen Überzeugung notwendigen und wichtigen – Rat zu erhalten und nicht durch zu große Politiknähe in ernste Gefahr zu bringen.

DIE ZEIT: In letzter Zeit wurden Expertenräte häufiger nach Bedarf berufen oder wieder abgeschafft. Was bedeutet das für die Rolle der Sachverständigen?

Schwartz: Je mehr ein Wissenschaftler als Person in der politischen Alltagsmechanik steht, um so eher ist er in der Gefahr, aus Opportunität zu handeln. Der als politiknah geltende Vorsitzende des Sozialbeirates der Bundesregierung meinte noch vor kurzem, dass die Rentenversicherungsbeiträge nicht steigen, und stützte damit Riester. Nach Presseberichten sagt derselbe jetzt, dieser Betrag sei nicht zu halten, und schwenkt damit nicht nur auf die Linie seines wegen ähnlicher Äußerungen von der Politik geschassten Vorgängers ein und zugleich auf die Seehofer-Linie über. Da fragt man sich: Was hat sich geändert, sachliche Voraussetzungen oder persönliche Opportunität? Politiknähe fördert Zweifel. [...]

DIE ZEIT: Das Mitglied des Sachverständigenrates Karl Lauterbach fordert hingegen, Forscher sollten nicht so tun, als hätten sie keine Interessen oder politischen Vorlieben. Sie sollten im Gegenteil mit diesen Interessen offensiv umgehen.

Schwartz: Dennoch müssen auch solche Personen innerhalb eines Ratsgremiums – ich will das gar nicht an Namen festmachen – sich verlässlich für eine bestimmte Linie entscheiden und diese mit nachvollziehbaren Sachargumenten begründen. Dann kann es nicht sein, dass jemand im Rat dafür plädiert, sich mit der Einführung eines neuen Abrechnungssystems für Krankenhäuser Zeit zu lassen – und dieselbe Person bei der Politik auf Eile drängt. Spricht diese Person noch als Sachverständiger, oder folgt sie politischem Kalkül? Wenn einer in verschiedenen Rollen aktiv wird, dann muss er sagen: Ich setze jetzt den Wissenschaftlerhut ab und ziehe den Parteihut auf.«

*Friedrich Wilhelm Schwartz (2002), ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats*⁸⁵

Zum Abschluss der Diskussion um die Besonderheiten der politischen Kontextur soll im Folgenden noch etwas ausführlicher auf die Idee der zunächst im angloamerikanischen Raum, dann aber

85 Vgl. auch Schwartz (2003).

auch in Kontinentaleuropa zunehmend attraktiver erscheinenden Semantik des *New Public Management* (NPM) eingegangen werden. Das NPM trat mit dem Reformversprechen an, wohlfahrtsstaatliche Dienstleistungen zu modernisieren, indem gezielt Marktelemente, etwa in Form der Privatisierung der Leistungsbereiche, und moderne Managementmethoden bei gleichzeitiger (externer) Qualitätskontrolle eingeführt werden. Es steht im Kontext einer bestimmten gesellschaftlichen Doktrin, die – so attraktiv und unbezweifelbar sie zurzeit erscheint – einer Programmatik folgt, deren gesamtgesellschaftliche Rationalität im strengen wissenschaftlichen Sinne bislang nicht bewiesen ist und vermutlich auch nicht bewiesen werden kann, da hier mit einer Reihe von paradoxen Effekten zu rechnen ist, die mit den Programmzielen in Konflikt stehen.⁸⁶

NPM erscheint in diesem Sinne vor allem als eine politische Programmatik, die unter ›liberalem‹ Vorzeichen auf mehr Konkurrenz unter den Anbietern setzen möchte, ohne dabei jedoch die staatlichen Kontrollansprüche aufzugeben. Der programmatische Anspruch, die Bereiche der »Unter-, Über- und Fehlversorgung«⁸⁷ zu identifizieren und entsprechend den Erkenntnissen wissenschaftlicher Expertise Überflüssiges und Nicht-Bewiesenes aus den Katalogen herauszustreichen, entspricht einem umfassenden, volkswirtschaftlichen Primat, der parteipolitisch übergreifend geteilt wird. Vermittelt werden soll dies jedoch durch die betriebswirtschaftliche Rationalität eines Marktes, über den konkurrierende Akteure wechselseitig ihre Effizienzreserven herauslocken sollen. Da jedoch dem Markt in seinen entscheidenden Momenten – nämlich in der Aushandlung der Preise für die Leistungsentgelte sowie in der Sicherstellung einer angemessenen Leistungsqualität – misstraut wird, setzt man hier wieder auf eine zentrale Steuerung, die bürokratisch bis in die einzelne Fallabrechnung hineinreicht und zudem durch ähnlich bürokratisch organisierte Qualitätssicherungsinstrumente flankiert wird.

86 Das lässt NPM aus organisationssoziologischer Sicht insbesondere zwei Klassen von Folgeproblemen erwarten, die in der Literatur unter den Begriffen *colonization* und *decoupling* diskutiert werden (Power 1997, 94ff.): Im ersten Fall kommt es zu paradoxen Effekten, wenn die ›reformierten‹ Organisationen nun Leistungskriterien folgen, die der Qualität der eigentlichen Dienstleistung widersprechen. Beispielsweise kommt es zur Entwertung des professionellen Kernbereichs zugunsten der Surrogatparameter, die dem Controlling unterliegen.

Im zweiten Fall bearbeiten die Zielakteure die vorgegebenen Kriterien im Modus des ›Als-ob‹. Es entsteht ein zusätzlicher bürokratischer Mehraufwand, der inhaltlich wie auch funktional vom eigentlichen Kerngeschäft abgekoppelt ist.

87 So der Sachverständigenrat im Gutachten von 2000/2001.

NPM lässt sich als ein weiterer Versuch der Politik verstehen, Steuerungslasten in Bezug auf die moderne Krankenversorgung auszulagern – in diesem Fall in wirtschaftliche Aushandlungsprozesse –, ohne dabei auf übergreifende Kontrollansprüche zu verzichten. Letztere werden jedoch nicht mehr selber durch die politischen Gremien vollzogen, sondern an spezielle Einrichtungen zur Qualitätssicherung übertragen, sodass im Verhältnis zur Politik in beiderlei Hinsicht eine ›Dekontextualisierung‹ zu beobachten ist. Mit dem NPM vertritt die Gesundheitspolitik in Hinblick auf ihre wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben dann zwar weiterhin die unstrittigen Werte ›Wirtschaftlichkeit‹ und ›Qualität für alle‹, delegiert aber als politischer Agent dieser Werte die hiermit verbundenen Steuerungsaufgaben wiederum an Organisationen und Akteure, welche strukturell (zunächst) außerhalb des Politischen zu verorten sind.

In Bezug auf die moderne Gesundheitspolitik begegnen wir auch hier wieder dem Befund, dass Politik in einer funktional differenzierten Gesellschaft vor allem dann gut operieren kann, wenn es ihr gelingt, ihre Macht- und Wissensgrenzen dadurch zu kompensieren, dass sie die hiermit verbundenen Bezugsprobleme in Richtung eines Lösungsverfahrens wendet und ihren Rückzug aus diesbezüglichen Verantwortlichkeiten als eine politisch motivierte Intervention plausibilisiert.⁸⁸

Es ist zu betonen, dass es an dieser Stelle weniger um eine Kritik an der Politik im Allgemeinen und der Gesundheitspolitik im Besonderen geht, sondern vor allem um ein reflexives Verständnis der politischen Kontextur der gegenwärtigen Gesellschaft. Dies ist für unser Thema insofern wichtig, als die Rolle der Politik in der Gesundheitssystemgestaltung üblicherweise zugleich über- wie auch unterschätzt wird. Sie wird systematisch überschätzt, indem man ihr eine zu große Macht im Hinblick auf den Durchgriff auf die derzeitigen Versorgungsprobleme zurechnet. Sie wird jedoch auch unterschätzt, indem der politische Charakter der durch wissenschaftliche und wirtschaftliche Sachzwänge begründeten Reformvorhaben unterschätzt wird. Politisch vermeintlich neutrale Instrumente und Verfahrensweisen – man denke etwa an das Abrechnungssystem der DRGs, die *evidence based medicine* und die in Form einer *audit society* implementierten Qualitätssicherungssysteme – zeigen sich nämlich bei genauerem Hinsehen weitaus mehr politischen Rationalitäten geschuldet als Anforderungen einer sinnvollen Organisation von Behandlungsprozessen. Die Idee, auf diese Weise eine wirtschaft-

88 Insbesondere in den am Foucaultschen Denken geschulten diskursanalytischen Arbeiten entdeckt man in genau diesem Moment jene *Gouvernementalität*, in der sich Subjektivierungs- und Herrschaftsprozess tiefgehend ineinander verweben (siehe etwa Bröckling 2007).

lichere, wissenschaftlichere und qualitativ hochwertigere Medizin hervorbringen, erweist sich bei genauerer Betrachtung als politische *Ideologie*. Im Sinne der gegenwärtigen Politik des Politischen ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass Politik in der Regel als ein Tagesgeschäft organisiert ist, dessen ›praktischer Sinn‹ vor allem darin besteht, performativ in einer Öffentlichkeit ohne allzu großen Gesichtsverlust zu bestehen, also mit Blick auf den Code ›*Macht haben/Macht nicht haben*‹ Opportunitätschancen nicht durch allzu viel Reflexivität wieder in Frage zu stellen.⁸⁹

Recht

Jede medizinische Handlung kann potenziell auch unter dem Blickwinkel rechtlicher Semantiken betrachtet werden. Schauen wir deshalb etwas ausführlicher auf die Spezifika der rechtlichen Kontextur. Recht steht zwar insofern mit der Politik in einer Beziehung, als dass Letztere als Gesetzgeber neue Gesetzesvorlagen einbringen und beschließen kann. An dieser Stelle interessiert jedoch vor allem die Autonomie des Rechts als eigenes Funktionssystem. Das Recht folgt – insofern es sich als eigenständiges System ausdifferenziert hat – seiner eigenen Logik. Innerhalb des großen Universums der Kommunikation erzeugt es nun eine Differenz zwischen sich selbst – der rechtlichen Kommunikation – und allen anderen Kommunikationsweisen.⁹⁰

Dies geschieht auf Basis eines zweiwertigen Codes mit den Werten *recht* und *unrecht*, der nun im Sinne von Günther eine klassische

89 Hierzu abschließend nochmals Winkler mit einem Zitat aus dem Bundesgesundheitsministerium: »Die Idee einer sich in ihrem Agieren selbst hinterfragenden Politik wird dementsprechend von den interviewten Ministerialbeamten als eher fremdartig und abwegig betrachtet. Abteilungsleiter Knieps: ›Ich sehe wenig, daß sich die Politik selber in Frage stellt. Politik wird alle vier Jahre in Frage gestellt.‹ Die Selbstreflexion des politischen Systems, so sekundiert Dalhoff, ist allenfalls ›seltenes Glücksmoment‹, keinesfalls aber institutionalisiert (TRANSKRIPT BMGS 2005: 15f.)« (Winkler 2006, 97).

90 Dass es überhaupt zu einem autonomen Recht kommen kann, hat eine lange Geschichte, deren schwierige Rekonstruktion davon abhängt, wie die Beziehung von Evolution und gesellschaftlicher Differenzierung zu fassen ist. Die allgemeine These lautet hier im Einklang mit Max Weber, dass nur die abendländlichen Gesellschaften der Neuzeit jenen Komplexitätsgrad erzeugt haben, auf dessen Basis dann eine funktionale Differenzierung möglich wurde (vgl. Luhmann 1998a, 743ff.). Siehe hierzu mit Blick auf das Recht insbesondere Luhmann (1999, 35ff.) und Luhmann (1995, 239ff.).

Kontextur aufspannen kann, die den Gegenstandsbereich und damit auch die eigenständige Typik des Rechts formatiert. Innerhalb des Rechts ist ein Sachverhalt nun entweder recht oder unrecht. Ein Drittes ist nicht gegeben – und hiermit kann das Recht nun fortfahren, einen bestimmten Typus von Kommunikation zu produzieren, der darauf angelegt ist zu unterscheiden, ob etwas rechtens oder nicht rechtens ist. Der Code selbst gibt hierzu keine Anweisungen, *wie* dies konkret zu geschehen habe. Mit den Gesetzen, Rechtsvorschriften, Verfahrensweisen und den Verweisen auf andere Urteile konstituiert sich entsprechend ein zusätzlicher »Sinnbereich«, der »sachliche Kriterien für die Frage zur Verfügung« stellt, »ob der positive oder der negative Wert gegeben ist. Und hier rückt dann die gesammelte Rechtstheorie ins Feld, welche Kriterien jeweils für die Unterscheidung richtiger bzw. unrichtiger Zuordnung der Werte anzuwenden sind«. ⁹¹ Als autonomes Funktionssystem entstehen im Recht selbst jene *Reflexionsinstanzen*, welche einerseits die System-/Umwelt-Grenze bewirtschaften – also entscheiden, ob das Recht zuständig ist oder nicht – und andererseits unterschiedliche Rechtsfragen, Urteile, Fälle etc. vergleichend miteinander in Beziehung setzen können.

Die Begründung des Rechts liegt hiermit in sich selber, in der Tradition der eigenen *Texte*. Im Sinne des *positiven Rechts* ergibt sich die Geltung rechtlicher Normen allein aus deren *Setzung* durch einen kommunikativen bzw. sozialen Akt (*kodifiziertes Recht*). Aus dem unendlich großen Meer möglicher Kommunikation kapselt sich hier gleichsam eine Insel ab, die einer spezifischen eigenen Logik folgt.

Chefarzt: Jetzt mit den Aufklärungsbogen ... Juristerei und Medizin ist dann eine unheilsame Verbindung. Die Aufklärungsbögen, wenn man die den Patienten mitgibt, dann schlafen die nachts 5 cm höher, so Angst haben die. ... Früher war Aufklärung eine hohe ärztliche Kunst. Der Patientenkontakt war wichtig und man musste sich dann genau hineindenken, was man dem Patienten dann sagen konnte, und wie man ihn dann am besten beruhigt. Jetzt bekommt der nur noch den Zettel und dann geben wir nachts eine Valium ... dann heißt es, ›die Qualität der ärztlichen Behandlung verbessert sich‹. Mag dann vielleicht statistisch sein, dass es dann genauso gut ist wie vorher. Aber der Patient, der wird dann mit seinen Ängsten doch alleine gelassen.

Chefarzt einer internistischen Abteilung, September 2004 (Vogd 2006, 219).

Für die Beziehung zwischen Recht und Medizin lässt sich dabei zunächst feststellen, dass sich jede medizinische Handlung potenzi-

⁹¹ Luhmann (1995, 216).

ell auch unter dem Code *recht/unrecht* reflektieren lässt. Während die Funktionssysteme Medizin und Wirtschaft wider der offiziellen Rhetorik recht unverkrampft in eine gemeinsame ›Koproduktion‹ gehen – die Krankenbehandlung braucht Geld und man kann mit ihr Geld verdienen – stehen Recht und Medizin in einer problematischen Beziehung zueinander. Der Handlungsdruck in den Krankenhäusern und ärztlichen Praxen führt oftmals zu Konstellationen, in denen geltendes Recht außer Acht gelassen werden muss, um die Arbeit ordentlich erledigen zu können. Beispielsweise werden Arbeitszeitgesetze oft missachtet, führen Akteure Arbeiten aus, für die sie formal nicht angemessen qualifiziert sind, werden Patienten vielfach nicht hinreichend über bestimmte Interventionen aufgeklärt und nicht zuletzt erscheint die Arzt-Patient-Beziehung oftmals mit problematischen Gewaltmomenten durchsetzt. Darüber hinaus besteht im Krankenhaus auch jene ›Grauzone Sterben‹, in der Sterbehilfe, Verletzung des Patientenwillens und unterlassene Hilfeleistung oft kaum voneinander zu unterscheiden sind.⁹²

Ärztliches Handeln berührt eine Reihe unterschiedlicher rechtlicher Fragen. Zunächst ist hier der rechtliche Sonderstatus medizinischer Interventionen zu nennen, die an sich eine ›Körperverletzung‹ darstellen, aber dann in Hinblick auf das übergeordnete Interesse an Heilung straffrei gestellt werden können. Hieraus folgen dann die bekannten rechtsrelevanten Fragen (insbesondere ärztliche Aufklärung, Patientenautonomie, Sterbehilfe sowie die Problematik des Kunstfehlers).⁹³

Die drohende Gefahr, rechtlich belangt werden zu können, kann Ärzte zu übermäßig absicherndem Verhalten motivieren, das der eigentlichen medizinischen Rationalität zuwiderläuft. Ärzte neigen dann dazu, teils invasive und in Hinblick auf Nebenfolgen nicht unbedenkliche diagnostische Verfahren zu verordnen, um das Risiko der Falscherkennung einer Erkrankung auszuschalten (›*defensive testing*‹). Unterm Strich sind die medizinischen Risiken der Untersuchungen oftmals höher zu veranschlagen als die Wahrscheinlichkeit, durch die auszuschließende Fehldiagnose zu Schaden zu kommen.⁹⁴

Insbesondere haftungsrechtliche Fragen können die Ausformung einer medizinischen Kultur stark beeinflussen, wie insbesondere der Blick auf die US-amerikanischen, aber auch die Schweizer Verhältnisse zeigt.⁹⁵ Wenngleich in Deutschland Rechtsverfahren gegen Ärzte

92 Vgl. Vogd (2009a).

93 Siehe zur ausführlichen Einführung in die rechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts Francke (1994).

94 Vgl. etwa Pauker/Pauker (1998); DeKay/Asch (1998).

95 So lässt sich etwa für die USA vermuten, dass mindestens 10 % der

(noch) eher selten sind und noch seltener zu deren Lasten ausgehen,⁹⁶ sind diesbezügliche Befürchtungen seitens der Ärzte im Klinikalltag regelmäßig zu vernehmen.⁹⁷ Zudem können hierdurch für die Versorgungsanbieter auch erhebliche ökonomische Folgelasten entstehen, allein schon dadurch, dass man höhere Versicherungsbeiträge zu leisten hat, um sich gegenüber den Haftpflichtrisiken abzusichern. Dies wiederum kann dazu führen, dass es sich ökonomisch nicht

finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitssystem haftungsrechtlichen Fragen geschuldet sind. Zudem führen haftungsrechtliche Fragen zu einer Ausdehnung von Leistungen im Sinne einer Defensivmedizin (vgl. Roberto 2003). Zu berücksichtigen sind dabei jedoch auch die Besonderheiten des amerikanischen Rechts, die es für potenzielle Kläger und deren Anwälte attraktiv erscheinen lassen, auf gut Glück einen Haftpflichtprozess anzustreben, da die unterlegene Partei der anderen Seite weder Anwalts- noch Verfahrenskosten zu erstatten hat. Diese Bedingungen erleichtern es spezialisierten Anwälten auf potenzielle ›Kunden‹ zuzugehen und diese zu ermuntern, einen Prozess anzustreben.

96 Der Medizinrechtler Peters stellt in einer Untersuchung zu Verfahren gegen Ärzte im Raum Düsseldorf im Zeitraum von 1992-1996 fest: »Von einem Boom der Arztstrafverfahren kann folglich in Düsseldorf keinesfalls gesprochen werden. Es ist jedoch festzustellen, dass innerhalb des Untersuchungszeitraums von viereinhalb Jahren im Durchschnitt gegen jeden 15. tätigen Arzt ein Ermittlungsverfahren anhängig war. Damit mußte nicht eine psychische Belastung des Beschuldigten verbunden sein, denn nur 40 % erhielten im Verlauf des Verfahrens eine polizeiliche Vorladung. 60 % der betroffenen Ärzte hatten dagegen keinerlei Kenntnis von dem Ermittlungsverfahren, das nach einer erneuten Vernehmung der Zeugen eingestellt wurde« (Peters 2002, 230).

97 In diesem Sinne stellt auch Wettreck aufgrund seiner Beobachtungen des Klinikalltages fest: »Im Zuge medizinischer Vigilanz existiert ein Vorwarnsystem zur Vermeidung problematischer Arzt-Patient-Konstellationen, das auch kollegial untereinander unterstützt wird. (Dies betrifft ›schwierige‹ Patienten vielfältiger Couleur). Wesentliches Moment der Arzt-Patient-Beziehung ist dabei ärztlicherseits auch das mögliche juristische Bedrohungspotential eines Patienten. Juristische Absicherungs-Techniken sind standardmäßig: Absicherung durch juristisch wirksame Formulare und Aktenführungen (Aufklärungsbögen, Aktennotizen zur Absicherung gegen spätere, verfälschende Darstellungen, Protokollierung standardmäßiger Verfahrens-Schritte, Besonderheiten und Absprachen, etc.). Die fortschreitende Juridifizierung der Medizin ist dabei ein vielbeklagtes und gefürchtetes, als ›Amerikanisierung‹ denunziertes Phänomen: De facto stehen juristische Drohungen zumeist als Schimäre im Hintergrund und sind keinesfalls so häufig wie im medizinischen Alltag erwähnt. Im medizinischen ›Meister-Status‹ wird Angst vor juristischen Schwierigkeiten selten erwähnt« (Wettreck 1999, 69).

mehr lohnt, in bestimmten Gebieten entsprechende Dienstleistungen anzubieten,⁹⁸ sodass hier dann von staatlicher Seite Supplemente geschaffen werden müssen. Insgesamt steht Medizin vor der paradoxen Situation, dass gerade ihre erwartbaren Erfolge Ansprüche auf Dauer stellen, die als rechtliche Normalitätserwartungen eingeklagt werden können.⁹⁹

Eine weitere wichtige rechtliche Konditionierung der organisierten Krankenbehandlung ergibt sich durch den jeweiligen *modus operandi*, wie die Schuldfrage bei Kunstfehlern im Kontext überlasteter Organisationen beantwortet wird. Je nachdem, ob man hier im Falle von ärztlichen Fehlern die Schuld eher dem behandelnden Arzt als unmittelbar Verantwortlichem oder dem Manager, der mittelbar über überfordernde Einsätze entscheidet, zurechnet, ergeben sich gewichtige Konsequenzen für die Beziehung zwischen ärztlichem Bereich und Verwaltung.¹⁰⁰ Im letzten Fall haben Vorgesetzte vermehrt mitzureflekieren, dass die Pannenverantwortung gegebenenfalls rechtlich ihnen zugerechnet werden kann, beispielsweise bei Organisationsentscheidungen, die eine wiederholte Verletzung des Arbeitszeitgesetzes mit sich bringen.

Da das Recht üblicherweise nicht von sich aus in die Arbeitsweise medizinischer Organisationen hineinschauen kann, lässt sich vielen der rechtlichen Anforderungen Genüge tragen, indem rechtmäßig dokumentiert wird, während die Behandlung weiterhin dem ›praktischen Sinn‹ der organisatorischen und medizinischen Anforderungen folgt. Dies gilt dann oft auch für die Patientenaufklärung: Man legt dem Patienten alle zu treffenden Entscheidungen mit ihren möglichen Nebenwirkungen in schriftlicher Form zur Zustimmung vor, um nun für den Fall eines Rechtsstreits die Entscheidungsautonomie dem Patienten zurechnen zu können, wenngleich diesem in der konkreten Behandlungssituation sowieso keine andere Wahl bleibt, als zu unterschreiben.¹⁰¹

98 Vgl. Beck (2005).

99 »Mitverantwortlich für die ›dramatische Teuerung von Personenschäden im Heilwesen‹ (GDV) ist auch der medizinische Fortschritt. Durch ihn überleben mehr Patienten etwaige Zwischenfälle und selbst Schwerstgeschädigte haben oft eine fast normale Lebenserwartung. Diese an sich positive Entwicklung bedeutet für die Haftung, dass die Versicherung möglicherweise mehrere Jahrzehnte Heilbehandlungs-, Pflege- und Rentenversicherungskosten übernehmen muss« (Flintrop/Korzilius 2010, 693).

100 Derzeit neigt die Rechtsprechung in der Bundesrepublik noch dazu, Behandlungsfehler auch bei offensichtlichen Managementfehlern allein dem ärztlichen Akteur zuzurechnen (Schulte-Sasse 2009).

101 Vgl. Braddock et al. (1999).

Da das Recht sich vor allem an der Textform orientiert, birgt eine fehlerhafte Aktenführung in der Regel eher die Gefahr rechtlich belangt zu werden, denn die in der Behandlung vielfach auftretenden medizinischen und organisatorischen Ungereimtheiten. Die juristische Kontextur bringt entsprechend eine spezielle Form der Bürokratisierung medizinischer Abläufe mit sich. Die Akte stellt das zentrale Medium der rechtlichen Arbeit dar und in diesem Sinne hat die medizinische Dokumentation immer eine Doppelrolle inne. Sie organisiert die medizinische Arbeit und hat zudem die rechtliche Legitimation mitzubedenien.¹⁰²

Da das Recht an sich von Medizin nichts versteht, sich aber sehr wohl an schriftlich explizierten Normen orientieren kann, ergeben sich durch die Ausformulierung »evidenzbasierter Leitlinien« seitens der medizinischen Fachgesellschaften weitere Anknüpfungspunkte für das Recht. Der Medizinrechtler Dieter Hart sieht Leitlinien gar als die »wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungen« an, denn diese würden »aus der Sicht aller betroffenen Rechtsgebiete wichtige rechtliche Rezeptionsvoraussetzungen« schaffen und damit auch die Chance eröffnen, »die erforderlichen rechtlichen Bewertungen zu harmonisieren«. ¹⁰³ In ihrer Qualitätssicherungsfunktion« bewirke jedoch die »Befolgung der Leitlinie eine »Haftungsimmunisierung««. ¹⁰⁴ Im gleichen Sinne seien dann auch die Krankenhausorganisationen verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, falls ein Standard, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu halten sei. Mittels Leitlinien lassen sich medizinische Fälle in juristische Probleme übersetzen und *rechtlich* behandeln. Inwieweit diese juristischen Implikationen wirklich den Alltag der Mediziner beeinflussen und gar korrumpieren werden, ¹⁰⁵ bleiben an dieser Stelle offene Fragen, deren Beantwortung vor allem davon abhängt, welche Technologien implementiert werden, um die Prozesse der Krankenhausbildung rechtswirksam abzubilden.

102 Vgl. Berg (1996; 2008).

103 Hart (2000, 4).

104 Hart (1998, 12f.).

105 In diesem Sinne befürchtet etwa Hoffmann, dass »Leitlinien mit dem bisher bekannt gewordenen Verbindlichkeitsgrad« die Medizin »zementieren« und »die Freiheit ärztlichen Handelns« sowie »die ärztliche Kunst« beseitigen und hierdurch letztlich zu einer »Entakademisierung der Medizin« führen würden (Hoffmann 1999, 14).

Jörg Arnold: Wir verlieren mit der Sparte ›Arzthaftpflicht‹ nachhaltig Geld. Wir haben Schadensquoten, die um die 200 Prozent liegen. Das heißt, wir nehmen 1 000 Euro ein und geben 2 000 Euro für die Schadensregulierung aus. Das Geschäft ist hochgradig defizitär. Weil wir schon im dritten Jahr in Folge diese hohen Verluste machen, mussten wir jetzt reagieren. Wir haben deshalb im letzten Jahr unseren Tarif neu kalkuliert.

DA: Sie sagen, Sie schreiben seit drei Jahren rote Zahlen. Was war denn vorher anders?

Arnold: Wir haben es insgesamt im Bereich der Arzthaftpflicht mit einer Erhöhung der Entschädigungssummen zu tun. Nur ein Beispiel: Ein Orthopädieschaden mit Knieversteifung und einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 Prozent erreichte 1998 eine Schadenshöhe von 110 000 Euro, 2008 lag die Schadenshöhe bei 450 000 Euro.

DA: Wer sind denn die Kostentreiber?

Arnold: Da gibt es mehrere. Ein Kostentreiber ist der medizinische Fortschritt, ein anderer sind die Verdienstaustauschschäden, mit denen wir immer häufiger konfrontiert werden. Vor zehn, 20 Jahren ging es eher um die medizinische Nachbehandlung von Fehlern. Heute ist der größte Aufwandsposten bei Großschäden in der Regel der Verdienstaustausch. [...]

DA: Auf welcher Basis kalkulieren Sie Ihre Tarife? Welche Risiken fließen ein?

Arnold: Wir unterteilen in Fachrichtungen und schauen uns dann sehr genau an, welche Tätigkeiten der einzelne Arzt ausübt. [...] Ein gutes Beispiel sind auch die Gynäkologen. Gynäkologen ohne Geburtshilfe sind preislich sehr unauffällig. Da haben wir am Tarif nicht viel verändert. Explodiert im Preis sind die niedergelassenen Gynäkologen, die auch geburtshilflich tätig sind. Das sind etwa 1 000 in Deutschland. Deren Prämien sind aktuell von rund 13 000 Euro jährlich auf gut 40 000 Euro gestiegen. Die Gynäkologen mit Geburtshilfe sind im Grunde genommen die schadensexponierteste Fachrichtung.

DA: Aber den Gynäkologen unterlaufen doch nicht mehr Fehler als anderen Ärzten?

Arnold: Sicher nicht. Aber ihre Fehler sind besonders teuer.

DA: Wenn Schadenssummen und Prämien sich in ungeahnte Höhen schrauben und Ärzte bestimmte Behandlungen nicht mehr durchführen, weil sie sich ihre Haftpflichtversicherung nicht mehr leisten können, wird das zum gesellschaftlichen Problem. Wo ist da der Ausweg?

Arnold: Uns wäre es wichtig, hier in Deutschland das Geschäft auskömmlich hinzubekommen. Wenn das nicht gelingt, müssen sich andere Lösungen finden. Im europäischen Ausland gibt es teilweise staatliche Lösungen wie in Schweden. In Frankreich wird ein Basischutz vom Staat betrieben.

DA: Das heißt, die teuren Schäden übernimmt der Steuerzahler?

Arnold: Genau. Einen Teil der Schäden übernimmt der Staat. Wir glauben aber, dass eine privatwirtschaftliche Lösung die effizienteste ist. Wir wollen nicht der Spezialist sein, der nur noch einen Teil der Deckung übernimmt. Wir wollen den Ärzten einen umfassenden Schutz anbieten.

Deutsches Ärzteblatt im Interview mit Jörg Arnold, dem Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Ärzteversicherung (Arnold et al. 2010, 695).

Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass das Recht – wenngleich es jede Krankenbehandlung de facto unmittelbar begleitet und konditioniert – in Hinblick auf seine handlungspraktischen Eigenlogiken recht stark von den medizinischen Handlungsorientierungen dissoziiert ist. Die durch das Recht entstehenden rechtlichen – und in Verbindung mit Haftpflichtfragen auch ökonomischen Lagerungen – erzeugen systemische Dynamiken, die mit den Rationalitäten medizinischer, aber auch ökonomischer Denkweisen in der Regel stark konfliktieren.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Siehe hierzu etwa die rechtlich-ökonomischen Dilemmata beim Hautkrebs-Screening, die wiederum nur durch eine geschickte Dokumentation ›entparadoxiert‹ werden können: »Auch neue Diagnoseverfahren bergen haftungsrechtliche Risiken. Denn je mehr Diagnosemöglichkeiten ein Arzt hat, desto höher ist die Gefahr, später wegen einer unterlassenen Befunderhebung belangt zu werden. Ein großes Problem dabei: Drohende Budgetüberschreitungen oder fehlende Vergütungen durch die Krankenkassen entlasten den Arzt haftungstechnisch nicht. Klassisches Beispiel ist hier das Hautkrebs-Screening in der Dermatologie. Die Kassen zahlen dem Hautarzt zunächst nur eine Untersuchung ohne Aufsichtslupe. Erst wenn das Screening eine Verdachtsdiagnose ergibt, wird die Verwendung der Lupe erstattet. Empfiehlt der Hautarzt dem Patienten nicht explizit die kostenpflichtige Leistung – und dokumentiert dies vor allem entsprechend –, kann er später dafür haftbar gemacht werden. Diesen Konflikt zwischen Haftungs- und Sozialrecht kritisiert die Ärzteschaft seit langem.

Zudem hat sich die Rechtsprechung zugunsten der Sozialversicherungsträger verändert. Anders als früher haben die Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung oder auch die Berufsgenossenschaften heute die Möglichkeit, auch für weit zurückliegende Schadensfälle Regress zu nehmen. Überhaupt suchen die Sozialversicherungsträger in Zeiten knapper Kassen offenbar zunehmend systematisch nach Fällen, bei denen den Ärzten ein ›Kunstfehler‹ nachgewiesen werden kann – teilweise computergestützt und weit in der Vergangenheit. Ziel ist es, die entstandenen Behandlungskosten und/oder Rentenzahlungen von der Arzthaftpflichtversicherung zurückzufordern. Bei den Krankenkassen,

Umgekehrt werden natürlich auch rechtliche Prozesse durch medizinische Verfahrensweisen konditioniert (man denke etwa an die ›Krankschreibung‹, psychiatrische Gutachten oder rentenwirksame Diagnosestellungen).

Religion

Sobald wir beginnen, die Krankenbehandlung als eine Kulturform anzusehen, die als gesellschaftliche Kommunikation darauf angelegt ist, die Erfahrungen des Chaos und all der physischen Kontingenzen dieser Welt in sinnhafte Ordnungen zu überführen, ergeben sich deutliche Parallelen zwischen religiöser und medizinischer Kommunikation, denn beide generieren *Heilserwartungen*. Dies zeigt sich auch darin, dass in vielen Stammesgesellschaften Priester- und Heilerrolle zusammenfallen.

Da in spirituellen Kosmologien die Kausalitäten nicht bei den sinnlich evidenten Prozessen des Lebens enden, wird hier eine therapeutische Begleitung über den körperlichen Tod hinaus kommunizierbar. Wenn etwa ein krankes Stammesmitglied trotz intensiver Bearbeitung mit den üblichen Ritualen verstirbt, ist dies für den Schamanen kein Grund, mit der Heilung aufzuhören. Die Aufgabe der Heilung kann am Geist des Verstorbenen weiterhin vollzogen werden,¹⁰⁷ etwa indem dieser nun gewissenhaft in das Totenreich geleitet wird und indem die ihn nun weiterhin affizierenden krankmachenden Geister durch den Heiler an ihren richtigen Platz geführt werden. Die *schamanische* Perspektive erlaubt hier gewissermaßen einen fließenden Übergang zwischen Leben und Tod und gestattet es entsprechend, eine übergreifende anthropologische Perspektive zu generieren, deren Sinngrenze am Ableben nicht abreißen muss. Der soziale Tod (hier als kommunikative Nichtadressierbarkeit zu verstehen) wird dabei gewissermaßen zeitlich weit hinter dem Eintreten des physischen Todes verortet. Der Sinnbezug der Heilung schwindet nicht mit dem Ende des Körpers.

Chefarzt: »Also die Gestaltung des, ehm Sterbens unmittelbar ist natürlich ganz wesentlich eine Frage des Feingefühls der Schwestern (leise) und natürlich der betreffenden Ärzte – und ihres Kontaktes mit den Angehörigen. Die Ärzte, insbesondere ich lege darauf größten Wert, daß so etwas, entschuldigen Sie, klappt, das hört sich dumm an, daß das wirklich der Situation angemessen gestaltet wird« (aus *Wettreck* 1999, 54).

Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungen gibt es inzwischen Mitarbeiter, die sich ausschließlich damit beschäftigen, Regresse von den Versicherungen einzuklagen« (Flintrop/Korzilius 2010, 694).

¹⁰⁷ Siehe etwa Oppitz (1981).

Nicht nur die Stammes-, sondern auch die Hochreligionen finden in der Frage von Krankheit, Leid und Tod einen zentralen Ankerpunkt für die Kommunikation von Heilserwartungen.

Der Buddhismus formuliert in seinen ›edlen vier Wahrheiten‹, dass Leiden in einer Welt vergänglicher und in sich essenzieller Prozesse unvermeidlich sei, um dann einen Weg zu lehren, über dieses Leid hinauszugelangen, indem man versucht, den veränderlichen körperlichen Prozessen nicht mehr anzuhängen und mit der Erleuchtung eine Wahrheit anzustreben, die jenseits aller sinnlichen Erfahrungen gelagert ist.¹⁰⁸

Die katholische Dogmatik gewinnt den Konnex zwischen weltlichem Leiden und Heilserwartung über ihre Ursündenlehre. Die Welt, in der wir leben – so die zentrale semantische Figur – kann aus dieser Perspektive prinzipiell nicht mehr gut sein, da wir unweigerlich mit der Sünde in Kontakt gekommen sind und deshalb auch die Krankheit in der Welt erscheint. Die Krankheit ihrerseits eröffnet jedoch aus katholischer Perspektive die Möglichkeit, über die kirchlichen Sakramente in eine heilende Beziehung zu Gott treten, um dann schließlich auf diesem Wege im ›Reich Gottes‹ den Tod überwinden zu können. Um hier mit Knop zu sprechen:

»Sakrament ist die Segnung und Salbung eines Kranken nicht zuletzt deshalb, weil sie seine Bereitschaft impliziert, die Krankheit selbst im Medium der Christusbegegnung und der christlich-kirchlichen Sendung zu verstehen, die Bereitschaft also, Jesu Umqualifizierung der Krankheit von einem Symbol der Gottferne in ein Medium des Heils mitzuvollziehen. [...] Wer ein Sakrament empfängt, soll in seinem konkreten Lebensstand – in diesem Fall *als* (lebensbedrohlich) Kranker – zum heilsrelevanten Medium der Verbindung von Gott zu Mensch werden, er soll Kirche werden, wie man dies aus der Perspektive katholischer Ekklesiologie und Sakramenttheologie formulieren würde. [...] In der Krankensalbung geht es daher nicht nur/nicht in erster Linie um die Vorbereitung des Individuums auf den Tod, wie der althergebrachte Terminus ›letzte Ölung‹ nahe legt. Sondern es geht darum, in der Situation der lebensgefährdenden Krankheit *Stärkung zu erbiten* und *Zeugnis zu geben* für den Anbruch des Gottesreichs. Es geht darum, in der Situation der objektiven (schwere Krankheit) und subjektiven (Erleben, Deutung) Konfrontation mit dem eigenen Tod der Hoffnung auf Überwindung des Todes Gestalt zu verleihen.«¹⁰⁹

108 Vgl. Vogd (1996).

109 Knop (2009, 419f.).

Die in dogmatischer Hinsicht liberalere protestantische Theologie kann sich hier offenere Deutungshorizonte erlauben. Dennoch kommt auch sie zu dem Schluss, dass ihre Aufgabe im Rekurs auf die christlich-jüdische Geschichte weiterhin darin besteht, mit der Seelsorge Krankheitsdeutungen (nun aber im Plural zu verstehen) anbieten zu können.¹¹⁰

Religiöse Kommunikation findet einen wichtigen Bezugspunkt in dem Befund, dass der Tod im Medium Sinn zwar als eine Sinngrenze formulierbar ist, die operative Setzung dieser Grenze im Medium Sinn aber *nolens volens* eine andere Seite impliziert. Da man nicht wirklich wissen kann, ob und wie es jenseits dieser Grenze weitergeht, übt die Rede religiöser Expertise gerade deshalb, weil sie über etwas spricht, worüber man streng genommen nur schweigen kann, unweigerlich eine gewisse Faszination aus.¹¹¹ Man mag zwar geneigt sein, die Wissensansprüche in Hinblick auf metaphysische Ordnungen, die über das offensichtliche Chaos sowie die Zufälligkeiten und Widerlichkeiten der sinnlich erfahrbaren Welt hinausgehen, mit guten Gründen zurückweisen. Doch dies ändert nichts daran, dass religiöse Formen in ihren verborgenen, transzendenten Dimensionen gerade dadurch performativ ihre Evidenz erhalten, indem sie als authentische und charismatische Rede, als Bekenntnis verkündet werden.

In Hinblick auf Verkündung von Transzendenz stellt Religion ein eigenständiges Kommunikationssystem dar, welches sich über diesen operativen Bezug selbst identifiziert und sich – hier mit Blick auf die Vielzahl bestehender Religionen im Plural zu denken – über unterschiedliche Programme, unterschiedliche Spezifikationen fortwährend als Kommunikation generieren und plausibilisieren kann.

110 Vgl. Thomas/Karle (2009).

111 Religion ist hiermit aus soziologischer Perspektive in Hinblick auf den Tod vor allem als ein kommunikatives Phänomen zu begreifen, denn hier wird empirisch weiter angeschlossen. Für das Bewusstsein gilt dann allerdings mit Luhmann, dass es sich ebenfalls nicht als Tod konzipieren kann, dies aber nicht die empirische Möglichkeit ausschließt, dass es einfach nur verschwindet: »Den eigenen Tod kann man sich als Ende des Lebens vorstellen, nicht aber als Ende des Bewußtseins. [...] Alle Elemente des Bewußtseins sind auf die Reproduktion des Bewußtseins hin angelegt, und dieses Undsowweiter kann ihnen nicht abgesprochen werden, ohne daß sie ihren Charakter als Element des autopoietischen Reproduktionszusammenhangs verlören. In diesem System kann kein zukunftsloses Element, kein Ende der Gesamtserie produziert werden, weil ein solches Element nicht die Funktion eines autopoietischen Elements übernehmen, also nicht Einheit sein, also nicht bestimmbar sein könnte. [...] Der Tod ist kein Ziel. Das Bewußtsein kann nicht an ein Ende gelangen, es hört einfach auf.« (Luhmann 1993, 374).

Ihr gesellschaftliches Bezugsproblem findet eine solchermaßen nur noch operativ bestimmbar Religion in dem Unbeobachteten, in all dem, was aus der weltlichen Erfahrung ausgeschlossen bleiben muss, an der Grenze des Verstehbaren, sozusagen im Sinn jenseits des bestimmbar Sinns. ›Religion‹, so die systemtheoretische Rekonstruktion, thematisiert, d. h. kommuniziert diese jenseitige Dimension in der diesseitigen Welt. Sie hat es also mit dem »Einschluß des Ausgeschlossenen, mit der zunächst gegenständlichen, dann lokalen, dann universellen Anwesenheit des Abwesenden zu tun« und entsprechend kann »all das, was hier und anderenorts, in der Religion und in ihrer soziologischen Analyse darüber gedacht und gesagt wird, [...] nur eine Chiffre sein für das, was gemeint ist«. ¹¹² Religion kommuniziert die Differenz von »beobachtbar/unbeobachtbar« und konstituiert dadurch ihre eigene Form der Kommunikation, indem sie nun die Welt aus der Perspektive der Leitkodierung *immanent/transzendent* beobachtet, denn erst von »der Transzendenz aus gesehen erhält das Geschehen in dieser Welt einen religiösen Sinn«. ¹¹³

Medizin eint mit Religion die Kommunikation von Heilserwartungen, kann aber jedoch nur eine halbe Kosmologie anbieten, da sie den Tod als die andere Seite des Lebens nicht in die Sinnhorizonte einer kommunikativen *Integration* im Sinne einer *symbolischen Heilung* einbauen kann.

»Ein Teil der heutigen Krise der Medizin kommt daher, daß sie und wie sie ihre einstige Funktionsverbindung zum Priestertum aufgegeben hat und seither selber zum Tode in ein gewundenes, zweideutiges Verhältnis getreten ist. Im ›Kampf zwischen Leben und Tod‹ haben sich Ärzte in entgegengesetzte Lager begeben. Nur der Priester kann sich, ohne zynisch zu werden, mit kynisch freiem Blick ins Wirkliche, auf die Seite des Todes schlagen, weil der Tod in lebendigen Religionen und Kosmologien als ein selbstverständlicher Preis des Lebens und als eine Phase der großen Ordnungen gilt, mit welchen sich das Priesterwissen einmal ›konspirativ‹ – gleichatmend – verbunden

112 Luhmann (2000b, 3 ff.).

113 Luhmann (2000b, 77). Religiöse Kommunikation heißt jedoch auch immer, dass ein Sinn vermittelt wird, der »explizit darauf besteht, daß das Gemeinte, Mitgeteilte und zu Verstehende für das Bewußtsein unzugänglich ist. Damit werden Sinnformen wie Dahintersein, In-etwas-Sein, Unsichtbarkeit, Unabbildbarkeit als Metaphern etabliert und in Umlauf gebracht, und das Bewußtsein hat sich an diese Sprache zu gewöhnen«. Dies entlastet die religiöse Kommunikation jedoch nicht davon, »im Diesseits mit Plausibilität, wenn nicht zweifelsfreier Evidenz, mit Bezug auf das Jenseits« zu kommunizieren, denn sonst wäre sie allzu leicht an ihren performativen Widersprüchen dekonstruierbar (Luhmann 2000c, 41).

wusste. Den Priester muß die Sterblichkeit im allgemeinen so wenig verlegen machen wie der individuelle Todeskampf im besonderen. In beidem wirkt eine Tatsächlichkeit höherer Art, worin unser Wille nicht gefragt wird. Anders jedoch der Arzt. Er definiert sich dadurch, daß er die Partei des Lebens ergreifen muß. Von dieser unbedingten Parteinahme leitet sich der gesamte medizinische Idealismus her, der heute noch bis hinein in die zynischsten Verschraubungen die absurden Kämpfe der Medizin um das Leben von längst zerfallenen, moribunden Körpern leitet.«

Peter Sloterdijk (1983, 490)

Die Krankenbehandlung behält gewissermaßen den eschatologischen Anspruch aufrecht, dass es ihr um das *Ganze* geht, kann dabei jedoch nur über jene begrenzten symbolischen Mittel verfügen, welche den Tod eines individuellen Körpers nicht überschreiten.

Wir treffen hier mit Rainer Wettreck auf ein »Überlebens- und Leidens-Ideal«, welches das biologische Funktionieren über alles setzt und eine entsprechende »Kampf-Kultur« wie auch einen auf den Körper bezogenen »biomedizinischen Vitalismus« als einzige handlungsleitende Orientierung gelten lässt.¹¹⁴ Ärzte übernehmen auf diese Weise zwar die priesterliche Aufgabe der »Führung durch den modernen Todes-Schrecken«¹¹⁵ und inszenieren auch im Angesicht des nahenden Todes ein »Arrangement der Hoffnung«.¹¹⁶ Sie bleiben dabei jedoch gefangen in einer Bio-Semantik, für die der Tod nichts weiter als eine nackte Tatsache sein kann. Der verstorbene Mensch stellt für sie nichts weiter dar als eine Leiche, der man zwar mit obszönen Blicken begegnen kann, die jedoch als kommunikatives Zeichen nicht darüber hinausweisen kann, ein nur gewesener Leib zu sein.

Im Sinne dieser auf die Hälfte des Seins verkürzten Religion mag der Körper als letzte Referenz von Sinn zwar auch dann noch erhalten, wenn anderweitig kaum noch andere kommunikative Sinn-einbettungen geknüpft werden können – doch hierfür ist zugleich der zynische Preis des Sinnverlusts der längst zuvor schon vollzogenen sozialen Tode zu bezahlen.¹¹⁷ Im Extremfall bleibt in dieser

114 Wettreck (1999, 47ff.).

115 Wettreck (1999, 162ff.).

116 So Hermann dann mit Blick auf die heroischen Formen der Krebstherapie (Hermann 2005).

117 Um es hier mit Sloterdijk zu formulieren: »Gegen die medizinische Abspaltung von der Zuständigkeit für das eigene körperliche Dasein hilft letztlich nur die bewusste Verkörperung unserer körperlichen Zerbrechlichkeit, unseres Krankseins, unserer Sterblichkeit. Wie schwer das ist,

biomedizinischen Semantik nur noch der gepflegte und medizinisch in seinen Funktionen aufrechterhaltene Körper übrig, während all die anderen kommunikativen Einbindungen der Person im sozialen Adressfeld längst schon erloschen sind, also über das medizinische hinausgehend kein wie auch immer zu verortendes Und-so-weiter eine Referenz mehr findet.¹¹⁸

Die innermedizinischen Alternativen im Umgang mit der Sinngrenze ›Tod‹ sind begrenzt. Eine Variante besteht darin, den Tod selbst als medizinische Aufgabe zu betrachten, indem die Frage nach dem lebenswerten Leben medikalisiert und entsprechend den Ärzten überantwortet wird. Im Sinne einer weiteren Ausdehnung seiner priesterlichen Funktion erscheint dieser nun als Todesengel, der dem fraglich gewordenen Leben den befreienden Todesstoß versetzen kann bzw. zumindest legitimieren kann, dass ein gewählter Tod indiziert ist. Die Medizin würde hiermit jene Zweitcodierung *lebenswert/nicht lebenswert* übernehmen, die nur zum Preis einer Konfusion medizinischer und politischer Werte zu haben ist, wie nicht zuletzt die Erfahrungen mit der Medizin im Nationalsozialismus aufgezeigt haben. Selbst wenn man den Arzt in der Frage des Todes ausschließlich als Agenten des Patienten auffassen würde (›wenn Letzterer den Tod schließlich wünscht‹), sind hier aufgrund der Durchkreuzungen des medizinischen Codes (Krankheiten sind nun nicht nur in Hinblick auf Heilungsoptionen, sondern auch auf Todeswünsche hin zu reflektieren) Konsequenzen zu erwarten, die nicht mehr mit den Eigenmitteln der Medizin bearbeitet werden, sondern nur noch durch dritte Werte aus Politik und Recht balanciert werden können.

Als zweite Variante könnte die Medizin sich vermehrt als Expertin für die Fragen des Sterbens begreifen lernen. Das Sterben würde nun im Sinne einer Anpassung des medizinischen Codes per se als ein natürlicher Vorgang angesehen. Es könnte nun sozusagen im Sinne des medizinischen Codes zwischen *krankem* und *gesundem Sterben*

brauche ich nicht zu sagen, denn die Angst, wenn sie groß wird, macht uns alle nur allzusehr geneigt, unsere Zuständigkeit für Leben und Tod des eigenen Körpers zu verdrängen oder an Ärzte abzugeben – nicht bedenkend, daß sogar die perfekte Konservierungsmedizin am Ende doch die ganze Verantwortung und den unteilbaren Schmerz in unserem hilflosesten Augenblick an uns selbst zurückgibt. Wer erkennt, wie der Kreis der Entfremdung und der Fluch sich immer im eigenen Tod schließen muß, dem muß klar werden, daß man den Kreis besser in die andere Richtung schlägt, ins Leben statt in die Betäubung, ins Risiko statt in die Absicherung, in die Verkörperung statt in die Spaltung« (Sloterdijk 1983, 505).

¹¹⁸ Siehe zu einer Soziologie des Todes, die in diesem Sinne um den sozialen Tod weiß, Feldmann (1990).

unterschieden werden. Diesen Weg geht eine Palliativmedizin, welche in der Frage der Lebensqualität und einer entsprechend adäquaten Schmerzeinstellung jene Kriterien sieht, um sich hier weiterhin als Medizin zur Geltung zu bringen. Ihre Handlungsorientierung erhält Medizin nun weniger in der Bekämpfung des Todes, da dem Sterbeprozess jetzt kontextabhängig durchaus auch gesunde Qualitäten zugeschrieben werden können, sondern allein in der Bekämpfung von Leiden. Eine in diesem Sinne rekonfigurierte Medizin kann dann auch im Hospiz den gesellschaftlichen Ort des wahren Sterbens entdecken, an dem dann *pars pro toto* der ideale Tod kultiviert werden kann – freilich ist auch dies nur um den Preis einer Paradoxie zu haben, nämlich indem die faktischen Kontingenzen des Sterbeprozesses gegebenenfalls durch Gewaltanwendung unsichtbar gemacht werden, um die Kommunikation des ›guten Sterbens‹ nicht zu gefährden.¹¹⁹

Eine dritte Variante der Medizin besteht darin, sich über den biomedizinischen Bezug auf die Körperveränderung hinausgehend auch als heilsame *Kommunikation* zu verstehen. Dies bedeutet dann in Hinblick auf den Umgang mit Sterbenden und Toten, dass diese in Bezug auf ihre Einbettung in soziale und psychische Referenzen ernst zu nehmen sind. Möglich wird dies etwa, indem man die Schulmedizin wie bei den Anthroposophen als geisteswissenschaftlich erweiterungsbedürftig versteht. Aus dieser Perspektive wäre dann der körperlich orientierte Heilungsversuch eben nur als *ein* Aspekt zu verstehen, der durch die ebenso wichtige Einbettung des Krankheitsgeschehens in eine entwicklungsgeschichtlich orientierte Kosmologie zu vervollständigen wäre.¹²⁰ Der Arzt nähert sich hier wieder der spirituellen Referenz des alten Schamanen, der den ›Geist‹ kommunikativ in jene Sphären geleitet, in dem auch über den Tod hinaus kommunikative Anschlussfähigkeit suggeriert wird.

Die Rückbindung der Medizin in eine kommunikative Referenz lässt sich jedoch noch elementarer haben, insofern man medizinische Kommunikation mit Ausnahme des Rollenverhältnisses zwischen Heiler und Patient vollkommen *inhaltsfrei* begreift. Die Reintegration des Kranken in die Gesellschaft erscheint dann allein schon dadurch gewährleistet, dass weiterhin *professionelle* Kommunikation als Sinnstiftung stattfindet, also dass Krankheit, Leid und Tod als Anlass genommen werden, kommunikativ an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren zu arbeiten. Die medizinische

119 So der Befund von Dreßke in seiner Untersuchung zur »Herstellung des ›guten Sterbens‹« (Dreßke 2008).

120 Siehe zur anthroposophischen Medizin und ihrer kommunikativen Einbettung auch Sanchez García (1999; 2002).

Deutung und institutionelle Einspurung eines Falles wären dann als kommunikativer Prozess selbst als ›Heilung‹ zu verstehen. Wir würden hiermit zu einer kommunikationstheoretischen Fassung von Medizin gelangen, die sich selbst immer auch als symbolische Heilung reflektiert, dabei aber ihre eigenen Festlegungen – wenn man so will, ihre eigene Dogmengeschichte – als ein kontingentes Projekt begreift und entsprechend an einer Vielheit von Sinnkonstellationen zu arbeiten bereit ist.

Der Patient

Der ›Patient‹ stellt zwar im strengen Sinne von Günther keine eigenständige kommunikative Kontextur dar, die ein gesellschaftliches Funktionssystem ausbildet. Er tritt jedoch in Koproduktion mit dem Recht, der Wirtschaft und der Politik als eine eigenständige Sprecherposition auf, an die besondere Erwartungen gestellt werden. In Hinblick auf die kommunikative Bedeutung der kommunikativen Adresse ›Patient‹ soll deshalb etwas ausführlicher auf die Entwicklung dieser Figur eingegangen werden.

Mit der ›Geburt der Klinik‹ (Foucault) wurde jene Objektivierung des kranken Körpers möglich, welche zugleich den forschenden Zugriff der Ärzte auf seine physiologischen Prozesse gestattet. Der Patient hatte von nun an in Bezug auf die Krankenbehandlung kaum etwas zu sagen. Entsprechend wurde ihm dann auch in der Parsonsschen Rekonstruktion der Patientenrolle in Hinblick auf den Vollzug der Krankenbehandlung nur eine passive Stellung zugewiesen.¹²¹ Formal geändert hat sich dies erst mit der rechtlichen Verankerung des *informed consent* in Folge der Schrecken des Nationalsozialismus.¹²² Von nun an wurde der Rechtsanspruch, dass der Patient grundsätzlich über die ärztliche Behandlung zu informieren sei und dieser zuzustimmen habe, zum verbindlichen internationalen Standard.

Einhergehend mit der Enaktierung des Rechtssubjekts werden dem Patienten in jüngerer Zeit kommunikativ einige weitere aktive Rollenzuschreibungen zugewiesen. Er wird als *Kunde*, als *Rechtssubjekt* als *Klient*, als *Nutzer*, aber auch als *Koproduzent von Gesundheit* betrachtet.¹²³ Die unterschiedlichen Emanzipationsbewegungen ei-

121 Im Vordergrund stand für den Patienten allein die Pflicht, wieder gesund zu werden, um der Gesellschaft nicht über Gebühr hinaus zur Last zu fallen – und in diesem Sinne hatte er sich dem Arzt auch aus moralischen Gründen vollkommen unterzuordnen (Parsons 1958a).

122 Vgl. Vollmann/Winau (1996).

123 Insbesondere das Modell des *shared decision making* ist zum politisch korrekten Standard der Arzt-Patient-Beziehung geworden (s. etwa

ner zunehmend individualisierten Gesellschaft fordern zudem auf verschiedenen Ebenen Partizipation wie auch Differenzbearbeitung ein. Auch wenn – wie eine Reihe empirischer Studien zeigt – der kranke Patient sich in der Regel weiterhin die passive Rolle wünscht, welche dem alten Modell der Arzt-Patient-Beziehung entspricht,¹²⁴ wird der Patient auf der Bühne der Krankenbehandlung *nolens volens* zu einem Knotenpunkt, dem in ökonomischer, rechtlicher und sogar medizinischer Hinsicht Gestaltungsmöglichkeiten zugerechnet werden.¹²⁵ Von verschiedener Seite wird von ihm erwartet, seine Sprecherposition einzubringen. Ihm wird nun eine Reihe von Verantwortlichkeiten zugemutet, er soll an der Krankenbehandlung partizipieren, sich aktiv um seine Gesundheit bemühen¹²⁶ und sogar sein Sterben wird nun zu einer Frage, an die sich Ansprüche an seine Authentizität knüpfen lassen.¹²⁷

Chefarzt: Jetzt eine weitere wichtige Sache ... die Mittelprobleme für die Bereitstellung von Medikamenten für die Versorgung von Tumorpatienten ... jetzt kommen schon die Regressforderungen der Krankenkassen ... nur Medikamente mit Zulassungsdiagnose werden jetzt erstattet ... wenn jetzt Medikament X bei Krankheit Y zugelassen und es bei Krankheit Z gegeben und dann haben wir Regressforderungen in horrenden Ausmaßen auf dem Tisch ... ist jetzt schon ein Urteil gefallen, da haben wir jetzt Widerspruch eingelegt ... haben dann ja oft teure Zytostatika verabreicht und nur um die Stationskosten niedrig zu halten, die dann ambulant gegeben ... die Medikamente sollen zwar wirken, aber jetzt auch die wirtschaftliche Dimension ... das medizinisch Notwendige müssen wir jetzt beweisen ... das geht jetzt nur mit dem Patienten ... ihn müssen wir dann über die Versorgungslage informieren ... den Patienten dann aufklären und dann zur Krankenkasse schicken und sich von denen die Behandlung bestätigen lassen ... ist dann auch im Sinne der Patientenrechte ... bleibt jetzt nichts anderes übrig, als die Patienten wohl informiert zur Krankenkasse zu schicken [...].

Oberarzt Prof. Kandinski: Gibt jetzt auch schon ein Merkblatt für den Patienten ... und dann auch ein vorgefertigtes Schreiben mit der Bitte zur Kostenübernahme ... dann eine Anlage für eine Begründung [...] sind dann etwa auch die Studien der Phase 1 zu nennen [...] die Argumentation lautet dann immer ›wegen fortlaufender Therapie-notwendigkeit‹ ... wenn die Krankenkasse zustimmt ist es okay [...].

Klemperer 2003), wengleich die empirische Komplexität der Machtverhältnisse dieser Beziehung hier ausgeblendet bleibt (siehe zur Kritik und diskursthetischen Erweiterung des Modells Kettner/Kraska 2009).

124 Vgl. Stollberg (2008).

125 Um mit Peter Fuchs (2007) zu sprechen: Der Patient wird zum polykontexturalen Adressformat.

126 Siehe hierzu programmatisch Kickbusch (2006).

127 Siehe Saake (2008).

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn die das liegen lassen?

Chefarzt: Dann muss der Patient ... der ist es jetzt, der gefordert ist ... will die Politik ja auch, den mündigen Patienten, deswegen ist der gefordert.

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn der Patient keine Angehörigen hat und nicht mehr laufen kann?

Chefarzt: Da können wir jetzt nichts mehr machen ... ist jetzt einfach so, die Kasse legt dann die ganze Verantwortung auf den Arzt ... der bekommt mit der Ausstellung des Rezeptes die Verantwortung, weil er regresspflichtig ist ... können wir jetzt nicht machen ... haben wir ja anfangs drüber gesprochen ... geht nur über den Patienten, so ist die Situation ... wer das jetzt nicht versteht, ist vielleicht Idealist ... naiv ... aber die Kasse argumentiert jetzt: ›Die Patienten sind Versuchskaninchen, und wir sollen es bezahlen‹.

Ärztin: Die Einwilligung muss jetzt nur vorliegen, wenn die Indikation außerhalb der Roten Liste ...

Chefarzt: Ja [...].

Chefarzt: Haben ja jetzt die Onkologen verhandelt ... ein paar Zuschlüsse ... [...] die Senatorin hat ja dann auch gesagt, dass die Hälfte aller Therapien im onkologischen Bereich nicht im festgelegten Anwendungsbereich sind ...

Leitender Oberarzt Prof. Selling: Jetzt um die Dramatik noch mal zu unterstreichen: der Fall in Klinik [X] ... der Gerichtsvollzieher wollte pfänden ... 5 Mio DM ...

Chefarzt: ... Jetzt ist die Sache ... dass viele Medikamente, die wir verschreiben, sind unverschämt teuer ... [...].

Chefarzt: ... Ist ja dann etwa so ... das Beste was wir für das Kleinzellige haben ... ist nach einer Studie aus Japan das (nennt die Medikamentennamen) ... und das steht da nicht drin. Wenn Sie das jetzt beim Patienten verordnen, dann müssen Sie ihn auch zur Krankenkasse hinschicken ...

Assistenzärztin: Die ... (liest die Namen einiger Medikamente ab) sind jetzt zugelassen ... die anderen nicht ... könnte man doch sagen, nehmen wir erst mal die?

Chefarzt: Dann sind wir ja wieder beim Aldi-Einkauf.

Leitender Oberarzt: Die primäre Intention ist jetzt die Qualitätssicherung in der Onkologie ... nicht der Sinn, dass die Leute sagen: Carboplatin ist zugelassen, also unbedenklich, das wollen wir jetzt gerade nicht.

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer hämatologischen Station eines Universitätsklinikums (Vogd 2004b, 189f.).

Das von verschiedener Seite angerufene Patientensubjekt hebt jedoch nicht die strukturelle Asymmetrie medizinischen Handelns auf.¹²⁸ Vielmehr finden wir hier eine Multiplizität von Sprecherpositionen vor, die mit der zunehmend ausdifferenzierten Gesellschaft entstanden sind.¹²⁹ Wir begegnen hier dann einerseits den Ergebnissen einer Soziologie der Subjektivierung, die erst mit der Moderne mit Individuen rechnet, die ihre Biografie selbst bestimmen, sehen diese aber andererseits weiterhin eingelagert in gesellschaftliche Kontexturen, in denen ein Teil der Zielakteure weiterhin als Objekt subordiniert wird. Der Blick auf die Gleichzeitigkeiten unterschiedlicher Welten wird dann aus einer polykontexturalen Perspektive deutlich, welche die jeweiligen Objektivierungs- und Subjektivierungsprozesse als standortabhängige Operationen begreift. Aus einem in dieser Weise informierten multiperspektivischen Zugang wird dann auch verständlich, dass die Kundensemantik die Patientensemantik nicht aufhebt, die Etablierung konsensorientierter Gesprächsstile¹³⁰ nicht das Machtgefälle zwischen Arzt und Patienten zum Verschwinden bringt und selbst der durch das Internet außerordentlich gut informierte Patient dem professionellen Arzt im unmittelbaren Kontakt weiterhin performativ unterlegen sein wird.¹³¹

128 Vgl. Saake (2003).

129 Siehe etwa Brose (1988).

130 In Bezug auf die Standortabhängigkeit des Diskurses um das *shared decision making* lässt sich dieser am ehesten im politischen Feld einordnen. Letztlich handelt es sich auch bei dieser Konzeption um ein *normatives* Modell. Weder ist bisher genau rekonstruiert, was denn mit einer geteilten Entscheidungsfindung unter konkreten Praxisbedingungen genau gemeint sein kann, noch ist die Kompatibilität mit der realen Praxis ausreichend untersucht. Selbst aus Patientenperspektive sind Zweifel an der Praktikabilität der Modelle anzumelden, da hier oft ein Idealtyp von einem Patienten konstruiert wird, der sich eher am autonomen Gesunden als am hilfsbedürftigen Kranken orientiert (s. z.B. Charles et al. 1999; Charles et al. 1997; Deber et al. 1996; Guadagnoli/Ward 1998). Die Mehrzahl der Patienten möchte zwar informiert werden, aber nicht unbedingt selbst über ihre Therapien und diagnostischen Eingriffe entscheiden (Blanchard 1988; Margalith/Shapiro 1997; Ong et al. 1995; Strull et al. 1984; Verhaak et al. 2000). Die Diskrepanz zwischen Modell und Realität wird noch größer, wenn die ärztliche Praxis genauer unter die Lupe genommen wird. Letztlich ist mit Feuerstein und Kuhlmann (1999) wohl eher davon auszugehen, dass die Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis ein Mythos bleibt. Doch gerade das utopische Moment lässt dieses Thema für die politische Programmatik interessant erscheinen.

131 So dann der empirische Befund von Tezcan-Güntekin (2009).

Umgekehrt heißt dies wiederum nicht, dass nicht auch die Ärzte die Zurechnung von Problemlagen auf das Patientenbewusstsein selektiv zu nutzen wissen. Sobald beispielsweise die Bezahlung medizinischer Leistungen einer marktförmigen Aushandlung zugeführt wird, werden jene subjektivierenden Kundensemantiken interessanter, welche die Patienten dazu motivieren können, sich selbst für die Finanzierung ihrer Leistungen einzusetzen. Ebenso mag man dann froh sein, die Entscheidung für riskante Interventionen dem Patienten als Rechtssubjekt zurechnen zu können. Soziologisch interessant sind gerade jene Dynamiken, die sich aus den Überlagerungen der jeweiligen Zurechnungsmuster ergeben.¹³² Die Koevolution der unterschiedlichen Funktionssysteme führt hier zu Brechungen, die dann einerseits das deliberative Subjekt immer mehr in den Vordergrund stellen, während dann andererseits dessen Hilflosigkeit angesichts der Komplexität seiner Welt immer deutlicher wird.¹³³

Zusammenschau

Versuchen wir, die unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen der Krankenbehandlung in einer Gesamtschau zusammenzustellen: Im Kern sehen wir ein Gefüge aus Medizin, Pflege und Wirtschaft, dessen Kreise sich recht stark überschneiden. Hiermit soll verbildlicht werden, dass der Umgang mit knappen Ressourcen, die Instruktionen durch die Krankheit und die Pflegebedürftigkeit Reflexionsverhältnisse darstellen, welche die kommunikativen Prozesse der Krankenbehandlung unmittelbar konditionieren. Recht und Wissenschaft erzeugen ebenfalls wichtige und kommunikativ hochwirksame Reflexionsstandorte, die jedoch zum Kerngeschäft in einem etwas distanzierteren Verhältnis stehen. Wissenschaftliche Evidenzen und Kriterien der Rechtmäßigkeit mögen zwar (auch) beachtet werden, stellen jedoch nicht die eigentlichen Themen dar, welche hier im Vordergrund stehen. Die Politik steht außerhalb des unmittelbaren Geschehens, ist jedoch damit für den Gesamtprozess keineswegs bedeutungslos, da sie die ökonomischen und rechtli-

132 Klaus Dörner entwickelt hieraus gar eine medizinethische Perspektive, in der einerseits der Patient als vom Arzt als Objekt unterworfen zu sehen ist, andererseits das demokratische Bürgerverhältnis ein symmetrisch-kompetitives Verhältnis gestaltet, das dadurch balanciert werden kann, dass der Arzt sich dem Patienten in Hinblick auf dessen Hilfsbedürftigkeit unterwirft, um hierdurch wieder das für die Behandlung notwendige Vertrauen zu mobilisieren (Dörner 2001). Siehe auch Kettner und Kraska (2009).

133 Siehe hierzu aus einer Bourdieuschen Perspektive Schmidt (2007).

chen Rahmenbedingungen gestaltet. Die Massenmedien schließlich, im vorangehenden Text nicht gesondert beachtet, stellen im Hintergrund einen wichtigen Beobachter dar, der potenziell alles, was berichtenswert erscheint, thematisieren kann und damit auch den anderen Beobachtern der Krankenbehandlung eine Grundlage dafür bietet, was erinnert werden und was dann gegebenenfalls auch noch kommunikativ in die Krankenbehandlung eingebracht werden kann.

Neben den Massenmedien, welche die gesellschaftlichen Diskurse verwalten, ist der moderne Patient ein zweiter umfassender Beobachter der Krankenbehandlung. Wenngleich zunächst aus der Krankenbehandlung ausgeschlossen, denn sein Körper stellt hier zunächst nur ein Objekt dar, kann er sich von den Massenmedien informiert, durch die Politik enacted und durch die Wirtschaft als Kunde affirmiert als eine kommunikative Adresse in den Behandlungsprozess einbringen, die entsprechend auch innerhalb der Medizin als Subjekt angespielt werden kann, um weitere Anschlüsse innerhalb der organisierten Krankenbehandlung möglich werden zu lassen.



Abbildung 1: Gesellschaftliche Kontexturen der Krankenbehandlung

II ORGANISATIONEN

Im Folgenden gilt es, eine organisationstheoretische Perspektive vorzustellen, welche die Eigenlogiken organisationaler Prozesse zu würdigen weiß.

Entsprechend der klassischen Organisationstheorien sind Organisationen darauf ausgerichtet, einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Aus systemtheoretischer Perspektive stellt eine Organisation demgegenüber eine Einheit dar, die sich – wie jedes andere System – anhand ihrer eigenen Operationen reproduziert.¹ Darüber hinaus stellen Organisationen soziale Einheiten dar, die sich selbst beobachten und ihre eigenen Funktionsbezüge, sozusagen ihre Aufgaben, durch interne Entscheidungen setzen können. Sie rekrutieren eigenständig ihre Mitglieder und entscheiden über deren Aufnahme oder Einstellung. Sie legen Stellen- oder Arbeitsbeschreibungen fest, suchen spezifische Kontakte bzw. Kooperationen mit der Außenwelt, formulieren Programme erfolgreicher Arbeit und entwickeln diesbezüglich Formen der Selbstbeobachtung, um zu evaluieren, ob sie ihren selbst gesteckten Anforderungen genügen. Organisationen sind sich selbst beobachtende und sich selbst bestimmende Funktionseinheiten, die hierdurch eine Grenze zu den anderen gesellschaftlichen Umwelten bilden können.²

1 Siehe Luhmann (2000c).

2 »Organisationen entstehen und reproduzieren [sich], wenn es zur Kommunikation von Entscheidungen kommt und das System auf dieser Operationsbasis operativ geschlossen wird. Alles andere – Ziele, Hierarchien, Rationalitätschancen, weisungsgebundene Mitglieder, oder was sonst als Kriterium von Organisation angesehen worden ist – ist demgegenüber sekundär und kann als Resultat der Entscheidungsoperationen des Systems angesehen werden. Alle Entscheidungen des Systems lassen sich mithin auf Entscheidungen des Systems zurückführen. Das setzt voraus, dass auch die Gründung einer Organisation und auch die Übernahme von Mitgliedschaften als Entscheidung beschrieben wird, und dies auch dann, wenn zum Beispiel in Familienunternehmen die Familienmitglieder bevorzugt herangezogen werden« (Luhmann 2000c, 63).

Verhältnis von Organisation und Gesellschaft

Organisationen koppeln sich üblicherweise primär an ein gesellschaftliches Funktionssystem an – ein Krankenhaus etwa an das Medizinsystem. Ihr systemischer Reproduktionsbezug ist jedoch nicht als identisch mit dem jeweiligen Funktionsbezug zu sehen, denn Organisationen sitzen gewissermaßen ›parasitär‹ zu den gesellschaftlichen Funktionssystemen. Ob die jeweiligen Organisationssysteme mit den gesellschaftlichen Funktionssystemen in einer komplementären Beziehung zueinander stehen, ob sich das Verhältnis eher als ein einseitiges parasitäres Verhältnis beschreiben lässt oder ob im Sinne ›loser Kopplungen‹ (Weick)³ dynamisch unterschiedliche Bindungsformen angelaufen werden, sind Fragen, die jeweils im Einzelfall zu bestimmen sind.

Schon der frühe Luhmann verweist hier auf interessante Brechungsverhältnisse, etwa in dem Sinne, dass die Interaktion der Organisationsmitglieder zwar überwiegend einen informellen Charakter zeigt, dies aber gerade nicht ausschließt, dass die formalen Verhaltenserwartungen der Organisation dabei mitreflektiert werden, wobei die Organisation wiederum bestimmte Eigenarten des Informellen – etwa als »brauchbare Illegalität« – für den eigenen Strukturaufbau nutzen kann.⁴ Mit der Ausformulierung einer Gesellschaftstheorie ergibt sich eine weitere dissonante Koppelung. Organisationen erscheinen nun einerseits als Teil der Funktionssysteme – etwa in dem Sinne, dass die Organisation ›Krankenhaus‹ Medizin vollzieht –, stellen jedoch andererseits hinsichtlich der Typik ihrer Reproduktion ein autonomes System dar, das sich über die besonderen Zeitverhältnisse von Entscheidungssemantiken perpetuiert, um dann alles, worüber nicht entschieden wird (so auch die Organisationskultur), in die Umwelt von Organisationen zu verlagern.⁵

Insbesondere Kneer sieht an dieser Stelle eine Inkonsistenz in Luhmanns Theoriegebäude, welche das Verhältnis zwischen Organisationen und Funktionssystemen ungeklärt lasse.⁶ Luhmann selbst schreibt

3 Vgl. Weick (1998).

4 Luhmann (1999 [1964]).

5 Luhmann (2000c). Eine Organisation zugleich als an ein gesellschaftliches Funktionssystem gekoppelt wie auch sich in dessen Umwelt befindend zu betrachten, gestattet verschachtelte, jedoch dem Gegenstand angemessenere Beschreibungen. Beispielsweise kann eine Kirche nun einerseits als religiöse Organisation erscheinen, andererseits jedoch als Organisation in Konflikt zur Funktion der Religion treten (Luhmann 2000b).

6 Kneer (2001). Lieckweg (2001) sucht demgegenüber die Leerstelle hinsichtlich des Zusammenhangs von Organisation und Gesellschaft durch bestimmte Theoriefiguren – etwa die Idee der strukturellen Koppelung – zu schließen.

zu dem Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft in der Tat eher wenig. Attraktiv erscheint zunächst sein Bild von Organisation als »Treffraum für die unterschiedlichsten Funktionssysteme«. ⁷ Man könnte sich Organisationen entsprechend – im Gegensatz zur Interaktion – als verfahrensmäßig legitimierte Einheiten vorstellen, welche die nicht zu vereinbarenden Anforderungen der verschiedenen Funktionssysteme voneinander (zunächst) entkoppeln, um gerade hierdurch qua Entscheidung zu einem definierten Output zu gelangen, um dann auf anderer – zumindest der formalen – Ebene den unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungshorizonten gerecht werden zu können. Doch vermutlich legt eine solche ›Auftragsbeschreibung‹ Organisationen über die Autopoiesis von Entscheidungen hinausgehend in ihrer Funktion schon zu sehr fest. ⁸

Stationsarzt Scholz: »Also trägt man's ne Schicht nach oben und teilweise merkt man leider, dass auch diese Schicht nicht entscheiden wird und diese Schicht dann auch nicht weitergeht; also ich meine, man kann ja sagen, also wenn der Oberarzt sagt, er will es nicht entscheiden, dann kann der Oberarzt, denke ich, zum Chef gehen, dafür gibt's ne Hierarchie, dass nicht sozusagen der kleine Dödel zum Chef rennt und sagt, ich will mal was wissen, sondern das ist ja irgendwo denn eine Entscheidung, die muss, wenn sie nicht auf Oberarzt-Ebene getroffen wird, dann auf Chefarzt-Ebene getroffen werden, aber die muss der Oberarzt denn auch mit tragen und vertreten und deshalb denke ich, dass der Weg so sein soll, dass man diese Entscheidung zum Oberarzt trägt, der Oberarzt eins nach oben geht und sich die möglicherweise vom Chef abnicken lässt, wenn er der Meinung ist,

⁷ Luhmann (2000a, 398).

⁸ Ein alternativer Weg wäre die Idee einer Koevolution, entsprechend der sich Funktionssysteme und Organisationen zunächst wechselseitig brauchen und entsprechend hervorbringen, um dann hinsichtlich der Typik ihrer eigenen Operationen wieder deutlicher auseinanderzudriften: »Jedenfalls verdeutlicht eine so entschieden auf operative Geschlossenheit und Autopoiesis abstellende Theorie, wie sehr das Entstehen von Organisationen einerseits nur in Gesellschaften möglich ist, dann aber auf eigenständige Weise zur gesellschaftlichen Differenzierung beiträgt, und dies in einem doppelten Sinne: zur Differenzierung des Gesellschaftssystems und seiner Funktionssysteme gegen die Autopoiesis der Organisationen, und, mit Hilfe dieser Autopoiesis, zur Differenzierung der Funktionssysteme gegeneinander und gegen ihre jeweilige Umwelt. Auf diese Weise kann eine augenfällige strukturelle Diskrepanz verdeutlicht werden, daß nämlich die moderne Gesellschaft mehr als jede ihrer Vorgängerinnen auf Organisation angewiesen ist (ja erstmals überhaupt einen Begriff dafür geschaffen hat); daß sie aber andererseits weniger als jede Gesellschaft zuvor in ihren Teilsystemen als Organisation begriffen werden kann« (Luhmann 1998a, 847).

er kann die selber nicht vertreten oder mag sie nicht treffen; aber ehe dieser Stand erreicht ist, vergeht so immer, nicht immer, aber in diesem konkreten Fall Schmidt-Bauer vergehen fünf Tage und der Patient ist mittlerweile, weiß nicht, fast dreieinhalb Wochen hier und da werden a) Kosten produziert, b) bin ich unzufrieden, weil Entscheidungen, die ich nicht treffen kann, ja mit denen werde ich permanent konfrontiert und soll sie treffen, kann sie nicht treffen, und an der Herbeiführung der Entscheidung bin ich gänzlich unbeteiligt; und denn sind wieder Wege, sozusagen die von meiner Kollegin beschritten werden, die ich auch nicht mittragen kann, ja sozusagen denn wird dieses Problem an Orte gebracht, wo es gar nicht hingehört [...] dann wird, weiß ich nicht, der Herr Sennet [Oberarzt einer anderen chirurgischen Station] gefragt und dies sind so Sachen, [...] und man wird dieses Problem nicht lösen, indem man es einfach in mehrere Ecken flaggt und von mehreren Leuten Entscheidungen hören will, sondern da gibt es knallharte Richtlinien, und das ist für uns die Oberärztin, und wenn die sie nicht treffen will, muss sie zum Chef gehen und nicht ich, ja, und so ist der Entscheidungsweg, und das hilft gar nicht weiter und da geht einfach nur viel Zeit verloren, und ich weiß nicht ob du das mitkriegst, dass diese Probleme breit getragen werden und breit gestreut werden, aber das zur Lösung überhaupt nicht beihilft; [...] ich meine, ich bin hier nicht der Oberverantwortliche, weil ich nicht Facharzt bin, aber das sind so Sachen, die können einfach abnerven irgendwie [...], zum Beispiel um bei diesem Schmidt-Bauer-Problem zu bleiben, gab's ja sozusagen von Seiten des leitenden Oberarztes die Meinung, er würde ihn eher ERCpieren [gemeint ist hier ein invasives Verfahren zur Darstellung des Pankreasganges] und schon alleine an diesem Ausdruck merkt man ja wieder, er würde! [...] also haben wir das Problem also seitens von Dr. Schneider zu ihm getragen und zur Lösung ist nichts beigekommen, außer »er würde«.

Interview mit einem Stationsarzt einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, 229).

Anstatt hier eine endgültige theoretische Schließung anzustreben, wie das Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft (bzw. zwischen Organisation und Interaktion) gestaltet sei, scheint es sinnvoll, diese Offenheit in der möglichen Gestaltung von Koppelungen selbst als strukturelles Merkmal von Organisationen anzusehen. Im Sinne des methodologischen Primats der strukturellen Autonomie der jeweiligen Systeme ist dann im konkreten Fall zu schauen, wie sich die empirischen Verhältnisse im Einzelfall, beispielsweise in einem konkreten Krankenhaus, aufschließen lassen.

Die Aufmerksamkeit verschiebt sich nun von der Organisation zum »Prozess des Organisierens«,⁹ also zu jenen vielfältigen For-

⁹ Weick (1998).

men der Koordination und Verschränkung von Verhalten, welche die Differenzen in den empirisch beobachtbaren Verhältnissen ausmachen. Es geht nun darum, Organisationen von ihrer Eigenlogik her zu betrachten, und entsprechend ist damit zu rechnen, dass sich nicht nur eine Logik der Organisation zeigt, sondern dass – je nach Lagerung der Bezugsprobleme und organisationalen Umwelten, denen Organisationen ausgesetzt sind – verschiedene Formen und Lösungen möglich sind.¹⁰

Eine solche Perspektive hat weitreichende Konsequenzen für das Verständnis der Steuerung von Organisationen und deren Kooperationen, denn man kann nicht mehr auf die Wirksamkeit allgemeiner und formalisierbarer Lösungen setzen.

Im Sinne der Maxime, dass der »Gegenstand seinem Beobachter hinsichtlich der Lösung seiner Probleme voraus ist«,¹¹ wird der Forscher hier in einer Haltung der Bescheidenheit nicht mehr davon ausgehen können, von vornherein zu wissen, worin der Zweck einer Organisation besteht. Vielmehr wird er sich von der Empirie überraschen lassen, um dann gegebenenfalls feststellen zu können, dass die eigentliche Leistung einer Organisation manchmal gerade darin besteht, sich überfordernden Zielansprüchen zu entziehen.¹²

10 Um hier Uwe Schimank zu folgen: »So manche organisationstheoretischen Kontroversen erklären sich u. a. daraus, daß die einen, wenn sie allgemein von Organisation sprechen, Unternehmen, die anderen Verwaltungen im Kopf haben. Die nach wie vor spärlichen Untersuchungen über Schulen, Krankenhäuser, Forschungsinstitute, Sportvereine, Fernsehsender etc., also Organisationen weiterer gesellschaftlicher Teilbereiche, zeigen immerhin eines: daß es neben unbestreitbaren teilsystemübergreifenden Gemeinsamkeiten formaler Organisationen wichtige Unterschiede gibt, die sich auf Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Teilbereichen zurückführen lassen. Luhmanns Theorie gesellschaftlicher Differenzierung bietet für eine Ausarbeitung teilsystemspezifischer Organisationstheorien, die dann auch komparativ angelegt sind, eine sehr geeignete Basis«. Hierdurch könnten dann auch die »ad hoc Charakterisierungen der Umwelt von Organisationen« überwunden werden, die entweder – wie z. B. »Komplexität« oder »Unsicherheit« – viel zu abstrakt oder aber umgekehrt viel zu konkret ausfallen. Stattdessen sollte es darum gehen, »Strukturmuster und Probleme einer formalen Organisation auch darauf zurückzuführen, wie der Code und die Programmelemente des betreffenden gesellschaftlichen Teilsystems beschaffen sind« (Schimank 2000, 313).

11 Baecker (2002, 91).

12 Insbesondere die Untersuchungen aus dem Umfeld des so genannten Neoinstitutionalismus haben aufgezeigt, dass sich der Freiheitsgrad von Organisationen gegenüber ihrer Umwelt erhöht, wenn die Teilbereiche

Die strenge Zweck-Mittel-Hierarchie der klassischen Organisationstheorien löst sich hiermit in Verhältnisse auf, die den empirischen Zeitverhältnissen besser angeschmiegt sind; in denen der Zweck auch zum Mittel des Selbsterhalts werden kann¹³ und in denen dann beispielsweise die eigentliche Leistung der Hierarchie unter Umständen auch darin bestehen kann, nicht zu genau hinzuschauen, was auf der unmittelbaren Ebene des Leistungsvollzugs geschieht.

Die Verhältnisse werden nun als eine Koevolution begriffen, die ihre Grenze einzig und allein im Kompositionsproblem der Autopoiesis findet.¹⁴ Beispielsweise mag die Organisation Krankenhaus gegenüber dem Recht zwar ihre Autonomie wahren, indem sie rechtliche Vorschriften im Modus des ›Als-ob‹ bearbeitet und als »permanently failing organization« (Meyer)¹⁵ sich nur begrenzt veranlasst sehen, den ökonomischen Zielvorgaben zu folgen. Die rechtliche (wie auch ökonomische) Umwelt grob zu missachten, würde im Extremfall jedoch die Existenz der Einrichtung gefährden.¹⁶

Wie sich die Beziehung zwischen Organisation und Gesellschaft gestaltet, bleibt aus dieser Perspektive aus guten Gründen eine theoretische Leerstelle, die erst durch den Gegenstand, d. h. durch die Praxis, geschlossen wird. Auf theoretischer Ebene wäre dann zunächst die Feststellung ausreichend, dass eine Lösung gefunden werden muss. Ob man diese dann eher unter dem Blickwinkel der strukturellen Koppelung, der losen Koppelung oder einer Koevolution, die auf Entkoppelung setzt, fassen würde, ist eine Frage, die zunächst einmal auf Basis gegenstandsspezifischer Rekonstruktionen zu beantworten ist. Erst in einem zweiten Schritt ließe sich dann schauen, ob vielleicht bestimmte Organisationstypen bestimmte Formen von

der Organisation bzw. die Darstellung der Praxis und die eigentlichen Leistungsvollzüge voneinander entkoppelt werden (vgl. Powell/DiMaggio 1991). Dies kann beispielsweise geschehen, indem die Qualitätssicherung nicht zu genau hinschaut oder nur die Dokumentation, nicht jedoch die Praxis, evaluiert wird (s. Power 1997).

13 So auch March und Olsen (1994) in ihrem viel beachteten Werk »Ambiguity and Choice in Organizations«.

14 Mit Heinz von Foerster gilt nun: »[D]ie Autopoiese des zusammengesetzten Systems darf die Autopoiese seiner Bestandteile nicht auslöschen, das ist das Kompositionsproblem der Autopoiese« (Foerster 1994b, 348).

15 Meyer (1989).

16 Aus den Verhältnissen der gesellschaftlichen Funktionssysteme, der Organisation und der Interaktion ergeben sich komplexe Designprobleme, die nicht zuletzt auch reflektieren müssen, dass der operativ aus den Kommunikationssystemen ausgeschlossene Mensch trotzdem mitmachen muss (s. auch Baecker 2005; vgl. zu einer empirischen Analyse Vogd 2008b).

Lösungen präferieren lassen und unter welchen Bedingungen sich die so gefundenen Arrangements wandeln.

Erst indem der autonome Charakter von Organisationen in dem hier ausgeführten Sinne ernst genommen wird, eröffnet sich ein differenzierteres Verständnis auf die aus unseren Alltagspraxen vertrauten Erfahrungen, dass sich den in vielen Organisationen herrschenden ›lausigen‹ Verhältnissen nicht so leicht beikommen lässt.

Es kann im Regelfall entsprechend nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Leistungsangebote der Organisationen des Medizinsystems in einer linearen Weise an die Anforderungen der gesellschaftlichen Teilsysteme angepasst sind. Gerade weil innerhalb der medizinischen Praxis die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der Hierarchie nur *lose* miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit im Krankenhaus unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann 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 bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen. Üblicherweise funktionieren Organisationen gerade dann gut, wenn sie ein Arrangement entwickeln können, indem zugleich hingeschaut und nicht hingeschaut wird, also indem gegebenenfalls die Dinge im Diffusen gelassen werden. Eine ihrer wesentlichen Leistungen besteht demnach darin, sich äußeren Steuerungsversuchen widersetzen zu können, indem *action* und *talk*¹⁷ sowie auch *Evaluation* und *Praxis*¹⁸ voneinander entkoppelt werden. Da sich das Krankenhaus hinsichtlich seines gesellschaftlichen Auftrags klar an das medizinische Funktionssystem ankoppelt, darf – auch wenn letztlich die Reproduktion der eigenen Organisation und nicht der Patient im Vordergrund steht – die im Funktionsbezug begründete Legitimation der Organisation dabei jedoch nicht allzu leicht aufs Spiel gesetzt werden.

Organisationskultur

In Institutionen wie dem Krankenhaus finden sich in der Regel vielfältige Milieus und unterschiedlichste Akteure. Wenngleich sich sehr wohl Inseln geteilter Orientierungen finden lassen, etwa in dem Sinne, dass einzelne professionelle Gruppen ein gemeinsames Berufsethos

¹⁷ Brunsson (1989).

¹⁸ Power (1997).

pflügen und durch die Erziehung der Novizen spezifische berufliche Milieus ausbilden, herrscht mit Blick auf die gesamte Organisation unter den Mitarbeitern in der Regel eine hohe Diversität an Wertorientierungen vor. Internistische Pflegekräfte, höhere Verwaltungsangestellte und chirurgische Assistenzärzte haben hinsichtlich ihrer beruflichen Orientierungen in der Regel wenig gemein. In den allermeisten Fällen kann nicht von einer gemeinsamen Werthaltung der durch die Organisationsmitgliedschaft miteinander verschränkten Akteure ausgegangen werden. Es hat hier also wenig Sinn, auf der inhaltlichen Ebene nach einer gemeinsamen Kultur zu suchen. Eine Reihe von Untersuchungen aus der sozialpsychologischen Gruppenforschung spricht dafür – unter anderem Weick hat darauf hingewiesen¹⁹ –, dass es nicht die geteilten Ziele sind, die eine Gruppe von Menschen zu organisiertem Handeln bringen, sondern die Verschränkung von Mitteln. Beispielsweise mag es die Krankenschwester im Falle eines terminal erkrankten Patienten präferieren, diesen sterben zu lassen, während der Chirurg demgegenüber noch einen heroischen Rettungsversuch wagen würde, während vielleicht der internistische Oberarzt sich gegen den operativen Eingriff entscheiden, vielleicht aber noch eine experimentelle medikamentöse Therapie versuchen würde, zu der er Erfahrungen gewinnen möchte. Aus rekonstruktiver Perspektive spricht vieles für die Idee, dass der Patient zunächst das Mittel darstellt, eine Gruppe von professionellen Akteuren an ein Behandlungssystem zu binden, um so eine arbeitsteilige organisatorische Praxis zu erzeugen. Erst sekundär würden dann aus diesen verschränkten kollektiven Praxen unter Umständen gemeinsame Organisationsziele erwachsen, in diesem Beispiel vielleicht der Wunsch, eine Palliativstation einzurichten, in der Pflegekräfte, Chirurgen und Internisten eine Technologie des humanen Sterbens entwickeln.

Hiermit ergibt sich auch ein klareres Verständnis darüber, was mit dem Begriff ›Organisationskultur‹ analytisch gemeint sein kann. Zum einen steht Organisationskultur für all jene Bemühungen und Geschäftigkeiten, welche dazu dienen, eine Einheit der Organisation zu zeigen. Zu nennen sind hier etwa Aktivitäten, die unter ›Corporate Identity‹, ›Corporate Culture‹ und ›Corporate Behavior‹ gefasst werden.²⁰ Die eigentliche Funktion dieser identitätsbildenden Maßnahmen besteht darin, einen gemeinsamen institutionellen Rahmen zu suggerieren, in dem dann die unterschiedlichen Organisationsmilieus

19 Weick (1998, 130ff.).

20 In diesem Sinne ist dann auch klar, dass Corporate Identity ein Konzept darstellt, das von Designern und nicht von Sozialforschern erfunden wurde (vgl. Birkigt et al. 1993; Herbst 2006; Olins 1990).

weiterhin ihren spezifischen, nicht übergreifend teilbaren Orientierungen folgen.

Maßnahmen wie Leitbilder, Logos und Gebrauchsgrafiken, aber auch semantische Bezüge zur Organisationsgeschichte können entsprechend nur deshalb eine Einheit stiften, weil sie so abstrakt und allgemein formuliert sind, dass sich aus unterschiedlichen, teilweise gar gegensätzlichen Werthaltungen mit diesen ›Darstellungen‹ identifizieren lässt. Die kulturelle Bindung geschieht hier auf Ebene der Form, nicht auf Ebene der Inhalte. Auf kommunikativer Ebene handelt es sich hier sozusagen um ›rituelle Formen‹, die ein Weiterfragen blockieren. Es geschieht etwas Offensichtliches und entsprechend gebietet es sich, nicht weiter nachzufragen. Die medizinische Praxis selbst ist reich an Formen, die neben ihrer diagnostischen und therapeutischen Funktion zugleich als symbolische Praktiken wirken. Rituelle Formen unterlaufen gewissermaßen das »Spiel des Gebens und Nehmens von Gründen«²¹ und stiften stattdessen auf dem Wege ihrer performativen Wiederholung eine kulturelle Identität.

Auf einer feineren Ebene lassen sich unter ›Organisationskultur‹ auch jene subtileren performativen Alltagspraxen verstehen, die darauf angelegt sind, unterschiedliche und teilweise sogar gegenläufige Orientierungen zu integrieren. Als eigentliches Bezugsproblem der Organisationskultur könnte entsprechend verstanden werden, Divergenzen hinsichtlich der Orientierungen auf eine Weise in Form zu bringen, dass weiterhin unter einem Dach verschränkte Arbeitsprozesse möglich sind. Auch hier geht es streng genommen um rituelle Formen. Diese antworten jedoch diesmal nicht auf das Bezugsproblem der ›Einheit‹ einer Organisation, sondern auf die Frage, wie schwelende Konflikte so weit beruhigt werden können, dass die Arbeit weitergehen kann. In diesem Sinne könnten dann beispielsweise ›autoritäre‹ oder ›demokratische‹ Leitungsstile als unterschiedliche Führungskulturen verstanden werden, welche zu innerorganisatorisch akzeptierten Entscheidungen führen. Zu denken wäre hier auch an all die habitualisierten und routinisierten Prozeduren, um Probleme einer Lösung zuzuführen, anstatt sie in potenziell destruktive Diskurse einmünden zu lassen.²² Insbesondere die Ethnomethodologie hat hier mit ihrem Blick auf die performativen Aspekte von Sprache einige wichtige Beiträge zur verfahrensmäßigen Herstellung von Realität geleistet.²³ Nicht zuletzt wäre nach organisationstypischen Formen der Konfliktvermeidung zu suchen, etwa all jenen rituellen

21 Brandom (2001).

22 Vgl. Luhmann (1969).

23 Siehe etwa Garfinkel (1984) und als Studie über die rituelle Herstellung von hierarchischen Ordnungen im Krankenhaus Strong (2001).

Formen, die geeignet sind, prekäre Kommunikation ins Leere laufen zu lassen. Man denke hier an die Entstehung und Reproduktion jener organisationstypischen Tabus, die Weick in Anlehnung an Garfinkel als »Vermeidung von Tests« beschrieben hat.²⁴

Hiermit ergibt sich auch ein organisationskultureller Blick auf weitere Bezugsprobleme von Organisationen: Ein soziales System, das gefordert ist zu entscheiden, läuft immer auch Gefahr, sich durch Selbstkritik zu dekonstruieren. Dies kann beispielsweise geschehen, wenn mittels Metakommunikation die eigenen Entscheidungsgrundlagen thematisiert werden und gerade hierdurch zügiges Entscheiden verhindert wird oder gar der Entscheidungsprozess als solcher in Frage gestellt wird. Als soziale Systeme, die aus einer individuellen Geschichte von Entscheidungen entstanden sind und sich auch in Zukunft durch Entscheidungen reproduzieren, erscheint dann ›Organisationskultur‹ als ein Synonym für all jene habitualisierten Trägheiten, bestimmte Prozeduren, Strukturen und Verfahrensweisen nicht allzu leicht fraglich werden zu lassen – selbst wenn dies manchmal nur zu dem Preis zu haben ist, dass Sinn zerstört und aufgelöst wird.²⁵

Hierarchien und EntscheidungsROUTINEN

Ausformulierte ProzessROUTINEN, aber auch die Etablierung von formellen EntscheidungsGremien verlagern die Begründung vom Zweck zum Mittel. Kontingenz wird hier bewältigt, indem nicht mehr der Gegenstand, sondern das Wie der Entscheidung im Vordergrund steht. Letztlich kann mit Baecker die Hierarchie selbst als eine »supplementäre Einrichtung« einer kontingenten Welt angesehen werden, die man braucht, »weil anders nicht die Teile darauf hingewiesen werden können, welchem Zweck sie als Mittel zuzuarbeiten haben. Und man braucht sie, um den Mitteln, was immer sie bezwecken mögen, den Zweck vor Augen zu führen, der als Zweck des Ganzen eingeführt wird.«²⁶ Machtverhältnisse asymmetrisieren die Kommunikation von Entscheidungen: »Sie sind, wenn man so will, Parasiten an Stabilitätsinteressen von ausdifferenzierten Systemen. [Man] gewöhnt sich an sie, weil ein zu spät angemeldeter Widerstand mit Überraschung aufgenommen werden und unvorteilhafte Konflikte

24 Weick (1998, 213ff.). Vgl. auch die Studie von Sonja Kubisch (2008) zur Bewältigung sozialer Differenzen.

25 Knudsen spricht hier in Hinblick auf das Entscheidungsverhalten einer unter Reformdruck geratenen Organisation des Gesundheitswesens gar von »autolysis within organizations« (Knudsen 2006).

26 Baecker (2000, 99).

auslösen würde.«²⁷ Macht und Herrschaftsverhältnisse erscheinen nun als sekundäre Folgeerscheinungen bestimmter Bezugsprobleme von Organisationen. Entsprechend sind die Machtverhältnisse als Strukturen, nicht jedoch als Systeme aufzufassen.

Unter diesem theoretischen Blickwinkel erscheinen die steilen, oftmals totalitär erscheinenden Hierarchien im Krankenhaus in einem anderen Licht: nämlich nicht (nur) als Machtstruktur, sondern auch als eine Antwort auf Entscheidungsprobleme. Eine Rekonstruktion der Entscheidungsstrukturen medizinischer Institutionen hat sich daher immer auch zu fragen, wie es den jeweiligen Organisationen gelingt, bei prekären Entscheidungslagen die Dekonstruktion ihrer eigenen Entscheidungsgrundlagen zu verhindern. Organisationen stellen in diesem Sinne eine Antwort auf jene Explosion der Problemlagen dar, die mit der Ausdifferenzierung der modernen Gesellschaft entstanden sind. Im ›Treffraum der Organisation‹ können die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ansprüche verhandelt werden, um sie dann jedoch selektiv bearbeiten, zurückstellen, transformieren, negieren, aufschieben und arrangieren zu können. Sie erzeugt einen Möglichkeitsraum, der diese polykontexturalen Lagerungen in Entscheidungen überführen lässt. Dies ist jedoch für die Organisationen nur um den Preis zu haben, dass sie Routinen findet, die hiermit geöffneten Freiheitsgrade wieder durch routinisierte Willkür zu schließen.²⁸

Die Entscheidung über Entscheidungsprämissen stellt eine weitere Form dar, die vielfältigen Kontingenzen realer Entscheidungssituationen zu bewältigen. Prämissen stellen Setzungen dar, die bei ihrer Verwendung nicht mehr geprüft werden.²⁹ In ihrer stärksten Form entwickeln sich Entscheidungsprämissen als eine Weltsicht, die für sich beansprucht, die ›Realität‹ darzustellen. Entscheidungsprämissen setzen einen Rahmen, »in dem eine Organisation ihre Welt konstruieren, Informationen verarbeiten und immer neu Unsicherheit in Sicherheit transformieren kann. Denn den Organisationen fehlt das, was in den gesellschaftlichen Funktionssystemen die binäre Codie-

27 Luhmann (2000c, 67).

28 Unsicherheitsabsorption ist in diesem Sinne durchaus synonym mit Macht zu sehen. In diesem Sinne müssen Organisationen als soziale Systeme betrachtet werden, die »in der modernen Gesellschaft ausdifferenziert« werden, »um Entscheidungen möglich zu machen, die sie vor dem Hintergrund der Einführung von Routinen in einem ersten Schritt unmöglich macht, genau in dieser Form Entscheidungen über Routinen jedoch erst möglich macht. Die Konstruktion ist paradox, aber das muß sie nach ›postmodernen‹ Vorgaben auch sein, um überhaupt glaubwürdig zu sein« (Baecker 2000, 100).

29 Vgl. Luhmann (2000c, 222ff.).

rung leistet, die Orientierung an einer einzigen Positiv-negativ-Unterscheidung wie Haben/Nichthaben, Wahrheit/Unwahrheit, Recht/Unrecht. Selbstverständlich binden sich Organisationen, sofern sie in bestimmten Funktionssystemen tätig werden, an deren Codes [...], aber damit allein sind die Grenzen bestimmter Organisationssysteme noch nicht markiert [...]. Entscheidungsprämissen sind demnach auf der Ebene der Organisationssysteme das funktionale Äquivalent für die Codierung der Funktionssysteme. [...] Aber sie sind, im Unterschied zu den Codes der Funktionssysteme, veränderbar, wenn auch nur in ständiger selbstreferenzieller Anpassung an das, was im Moment nicht zur Disposition steht«.³⁰

Auf einer noch fundamentaleren Ebene werden die Entscheidungsgrundlagen von Organisationen durch so genannte Entscheidungsprogramme festgelegt. Diese Programme legen Kausalrelationen fest. Dies geschieht entweder in inputorientierten Programmen, in Konditionalprogrammen, die jeweils die Bedingungen benennen, auf die dann entsprechende Konsequenzen folgen sollen, oder in outputorientierten Programmen, in Zweckprogrammen, in denen über festgelegte Zweck-Mittel-Relationen bestimmte Projekte verfolgt werden. Mittels dieser Entscheidungsprogramme gelingt es Organisationen, die Entscheidungskomplexität erheblich zu reduzieren. Die Zweckorientierung lässt die Nebenfolgen des Handelns in den Hintergrund treten, man braucht sie nicht mehr zu thematisieren. Umgekehrt: Wenn man entschieden hat, seine Operationen problemorientiert anzuschließen, dann muss man sich nicht allzu viel mit den Ergebnissen herumzuschlagen.

Während einer Abteilungsbesprechung einer onkologischen Abteilung:

Chefarzt Prof. Wieners: Gab es Todesfälle oder schwierige Therapieentscheidungen?

Oberarzt Prof. Krause: Jetzt zwei Patienten mit einer Nierentransplantation. Jetzt durch die Immunsuppression, das wollte ich mal ansprechen. Einer hatte jetzt leider eine CD-20-Antikörpertherapie, die nicht angesprochen ist. War jetzt ambulant bei mir, ist jetzt gerade ohne Symptomatik, dann ...

Ärztin im Praktikum: Herr Kreisling, 42 Jahre, Lebermetastasen

Oberarzt (nennt Details zur Chemotherapie): Die Tumormasse geht jetzt langsam zurück, die Leber war jetzt zu zwei Dritteln befallen, dann noch ein Ikterus

Chefarzt Prof. Wieners: Das sind jetzt so Fälle, die man nur schlecht

³⁰ Luhmann (2000c, 238f.).

behandeln kann. Ich hatte neulich einen Fall mit polyploiden Zellkernen gesehen, da müssen wir jetzt sehen, wie weit wir hier die Behandlung überhaupt noch machen können ... kommen ja dann die ganzen Infektionen noch hinzu ...

Oberarzt: Dann noch Angiogenehemmer?

Chefarzt: Gute Ideen, das können wir dann auch noch probieren! [...]

Chefarzt: Und dann bei Herrn Blacher? (schaut den Stationsarzt der zweiten Station an)

Stationsarzt Dr. Blacher: Eine Patientin, der hat der Tumor das Gesicht zerfressen, auch die Zunge, stufenweise Resektion, Notfallbestrahlung des Mundes ...

Chefarzt: Das sind alles sehr schwierige Fälle, das kann dann auch mal die Kraft der Stationsärzte aufzehren. Da müssen Sie sich jetzt gegenseitig stützen. Ist dann eine hohe Verantwortung, die Sie tragen.

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer hämatologischen Station eines Universitätsklinikums (Vogd 2004b, 259).

Für medizinische Organisationen, die angesichts unheilbarer Krankheiten ihrer Klienten permanent mit den Misserfolgen ihres therapeutischen Handelns konfrontiert sind, ist es üblich, Konditionalprogramme zu verwenden, d. h. die internen Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Arbeit nicht an den Therapieausgang, sondern an die Therapievollzüge zu koppeln. Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, ist dann für das Krankenhaus nur von sekundärem Interesse. Wichtiger scheint nun für die Ärzte, dass man überhaupt eine Therapie für das Problem der Krankheit anzubieten hat, und nur auf dieser Ebene können die Ärzte und Pflegekräfte in ihren Handlungsorientierungen die Sicherheit gewinnen zu wissen, was sie zu tun haben.

An dieser Stelle ist nochmals klarzustellen, dass Organisationen aus systemischer Perspektive kommunikative Zusammenhänge sind. Als Mitglieder von Organisationen kommen zwar auch Personen vor, doch diese fungieren hier als kommunikative Adressen, über die sie als spezifische Rollenträger angesprochen werden können. Das psychische Innenleben der betroffenen Akteure steht damit außerhalb des Organisationssystems und ist entsprechend zu dessen Umwelt zu rechnen. Mit Blick auf einen humanistischen Anspruch mag diese Lagerung zunächst als unbefriedigend empfunden werden, doch analytisch beschreibt sie die Verhältnisse genauer als ein vorschnelles Ineinanderschieben von Erleben, Handeln und kommunikativen Prozessen. De facto gilt für Organisationen: Das ›wirkliche‹ Innen-

leben der Mitarbeiter interessiert nicht, denn wer fragt schon, ob ein Stationsarzt glücklich ist oder nicht. Ihre subjektiven Wünsche oder Vorstellungen müssen keineswegs mit den Zielen der Organisation übereinstimmen. Alltagspraktisch stellt die Differenz von Rolle bzw. Position und Subjekt für Organisationen kein Problem dar, denn »es genügt ihr für die Fortsetzung ihrer eigenen Operationen, die Einheit von Individuum und Person als operative Fiktion zu unterstellen.«³¹

Stationsarzt Dr. Dölling: Wir sind alle erpressbar, das ist ganz klar, allein von diesem hierarchischen System her und man ist immer deutlich mehr erpressbar auf dem Weg zum Facharzt. [...] Na ja, zum Facharzt brauch man ne gewisse Zahl von Operationen, das heißt also, man muss irgendwie rankommen und man muss nicht dumm auffallen und hinterher ist es eigentlich egal, ob man die Galle mehr operiert hat oder nicht, entweder man kann's oder man kann's nicht! [...]

Beobachter: Na gut, das ist so quasi das Sanktionsmittel, der OP-Plan?

Dr. Dölling: Das wird keiner Ihnen so aussprechen. Das ist aber so. [...] Zumindest, es wird kein Mensch sagen ›du hast OP-Verbot, das wird kein Mensch sagen [...], wie soll ich sagen, äh das ist, das ist ne ganz subtile Art und Weise, so ne Abteilung von seinem Personal her zu steuern, [...] also man kann mit einem kleinen Namen auf dem OP-Plan viel anrichten. Ich denke oft, ist da eine gewisse Gedankenlosigkeit dabei. Ich denke aber schon, dass es gelegentlich mal als Druckmittel angewendet wird. Wenn man hinterfragt: ›Nein, nein, um Gottes willen, natürlich nicht.‹ Aber ist ja klar: Das ist eine Macht, die man ausspielen kann. [...] Das ist tatsächlich: Wenn ein Kollege zwei oder drei Tage nicht auf dem OP-Plan erscheint, dann kommt schon eine Bemerkung „Na, ich hab wohl OP-Verbot, was hab ich'n eigentlich angestellt?‹ oder so. Obwohl es irgendwo albern ist, ne? Aber es wird so empfunden.

Chirurgischer Altassistent im Interview mit dem Autor (Vogd 2004b, 216).

Die symbolische Einheit ›Person‹ ist üblicherweise für eine Organisation adressierbar und mit ihrem rollengemäßen Verhalten kann gerechnet werden, denn das Problem der Bindung von Individuen an Organisationen – die Bereitschaft, die ganzen Zumutungen zu ertragen – löst sich durch die Integration der unterschiedlichen Perspektiven in der so genannten Karriere. Hier verbinden sich die biografischen Interessen nach beruflichem Aufstieg mit den Erwar-

31 Luhmann (2000c, 90).

tungen von Organisationen an die von ihnen ausgewählten Personen. Die Karriere bietet das stabilisierende Moment, das »es sowohl den Individuen als auch den Organisationen ermöglicht, die Entscheidungskontingenzen zu ertragen und zu nutzen. [...] Und Karriere ist als Form für strukturelle Kopplung genau deshalb stabil, weil sie nichts anderes ist als in Form gebrachte Kontingenz«. ³² Der wichtigste Mechanismus der Organisation, welcher dazu dient, ihre Mitglieder zu konditionieren, besteht dann darin, über die Inklusion bzw. Exklusion von Karrierechancen zu entscheiden. Erst hierdurch gelingt es den Organisationen wirklich, ihre Mitglieder zu ihren Entscheidungen zu verpflichten. Man verspricht sich etwas davon mitzumachen (und sei es nur die monatliche Auffüllung des eigenen Kontos). Dass damit innerhalb von Organisationen allgemeine Werte wie ›Freiheit‹, ›Partizipation an einem herrschaftsfreien Diskurs‹, ›Chancengleichheit‹ und ›Gerechtigkeit‹ suspendiert sind, wird durch die Chance kompensiert, dem Lebenslauf eine bestimmte Form geben zu können (und sei dies nur die Hoffnung, weiterhin im erlernten Beruf arbeiten zu können).

Grenzen von Organisationen

Nachdem die Reproduktionsmechanismen von Organisationen und die sich hieraus ergebenden Dynamiken ausführlicher erörtert wurden, stellt sich die Frage nach den Grenzen von Organisationen. Die Behältermetapher hilft hier nicht weiter, denn Organisation ist nicht das, was sich in einem konkreten, architektonisch klar umrissenen Gebäudekomplex abspielt, sondern konstituiert sich auf der Ebene der Koordination von Kommunikation und Handlungen. Nur hier wird auch die Frage der Exklusion und Inklusion in organisationale Prozesse beantwortet. Organisationen bestimmen qua Entscheidungskommunikation selber über ihre Grenzen. Auf einer personalen Ebene geschieht dies über Entscheidung und Einführung von Mitgliedschaftsrollen. Diese sind üblicherweise mit einer Formalisierung von Verhaltenserwartung und entsprechenden Arbeitsstellen verbunden, was dann mit einer horizontalen und vertikalen Ausdifferenzierung der Organisation einhergeht (Hierarchie, unterschiedliche Abteilungen etc.). Auf kommunikativer Ebene werden die Grenzen der Organisation durch die von ihr selbst gesetzten thematischen Relevanzen und die hieraus folgenden Entscheidungen abgesteckt.

32 Luhmann (2000c, 102).

Oberärztin Dr. Puls: Der Gynäkologe vom Krankenhaus Burgtal wollte auch bei der Operation dabei sein.

Dr. Peters (leitender Oberarzt): Den Gynäkologen möchte ich aber nicht dabeihaben.

Dr. Puls: Er hat es mir gesagt, ich solle ihm Bescheid sagen.

Dr. Peters: Das nehme ich auf meine Kappe ... Sie haben es mir gesagt, und ich habe es nicht gehört.

Beobachtung auf einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, 243).

Die Organisation findet damit auch nach innen ihre Grenzen, indem nämlich die Mitglieder in ihren Interaktionen sowohl zur Reproduktion der Organisation beitragen als auch anderes verfolgen und thematisieren können.³³ Die ›innere‹ Grenze der Organisation wird damit durch den fehlenden Zugriff der Organisation auf die Psyche und Interaktionen der Einzelakteure bestimmt. Diese erscheinen dann konsequenterweise in der Luhmannschen Konzeption auch als ›Umwelt‹ der Organisation.

Nach ›außen‹ findet die Organisation entsprechend ihre Grenzen in jenen Personen und korporativen Einheiten, denen nicht qua Mitgliedschaft eine verpflichtende Bindung an die Beschlüsse der Organisation unterstellt bzw. zugerechnet werden kann. Das Geflecht der Kooperationen aus Kunden, Zulieferern, externen Beratern etc. addiert sich entsprechend dieser Perspektive nicht zu einer ›Superorganisation‹.

Ein solches Arrangement kann jedoch demgegenüber als ein Netzwerk beschrieben werden, in dem jeweils organisatorisch autonome Einheiten in eine komplementäre und zugleich kompetitive Beziehung zueinander treten. Da ein unmittelbarer Durchgriff über die hierarchievermittelte Entscheidung der einen Organisation auf den jeweils anderen Netzwerkpartner nicht möglich ist, entsteht hier etwas Neues – nämlich ein Spiel wechselseitiger Kontrollversuche, in dem die beteiligten Partner zugleich ihre eigenen Identitäten zu wahren suchen. Hiermit kommen wir zu der analytischen Perspektive der Netzwerktheorie, die ein Kapitel weiter ausführlicher vorgestellt werden wird.

33 Vgl. Kieserling (1999, 335ff.).

Organisationale Selbstbeobachtung

Wie jede Kommunikation flaggen auch Organisationen Beobachtungen aus, die sich auf die Reflexion ihrer eigenen Prozesse beziehen. Moderne Organisationen differenzieren verschiedene institutionalisierte Beobachterpositionen aus, von denen aus jeweils spezifische Perspektiven auf die organisationalen Prozesse entwickelt werden. Die markanteste Position ist das Management bzw. die Führung, die scheinbar zugleich innerhalb als auch außerhalb der Organisation stehen und aus dieser dynamischen Reflexionsperspektive Ist- und Sollbilder der Organisation produzieren kann. Diese münden dann in Steuerungs- und Veränderungsentscheidungen, die gerade deshalb möglich werden, weil die Führung in Hinblick auf die von ihr zu leitenden Organisationen zwischen distanzierten als auch involvierten Beobachtungsverhältnissen oszillieren kann, also zugleich Verantwortung übernehmen als auch abweisen kann.

Über das Management hinausgehend haben größere Organisationen in der Regel eine Reihe weiterer Beobachterpositionen entwickelt, die ihrerseits Beschreibungen und Bilder der Organisation erzeugen, welche dann in die Entscheidungsprozesse der Organisation einfließen können.

Der Betriebsrat reflektiert die Organisation in Hinblick auf das Verhältnis von Arbeit und Kapital, die Frauenbeauftragte in Bezug auf die Geschlechterverhältnisse, die Kommunikationsabteilung in Referenz auf die Selbstdarstellung, das Corporate Design in Hinsicht auf das Verhältnis von Form und Inhalt, das Accounting in Beziehung zu den projizierten Kostenrechnungen, die Personalentwicklung in Bezug auf Weiterbildungs- und Qualifikationschancen, das Qualitätsmanagement in Hinsicht auf Ist-Soll-Vergleiche ausgewählter Struktur-, Prozess- oder Outcome-Parameter. Die Revision liefert neben dem Management eine Zweitbeschreibung der Organisation, die aufgrund der Handlungsentlastung des Gremiums andere Vertrauensressourcen erwarten kann.

Daneben können Beobachtungsorte etabliert werden, die sich auf die ökologische Einbettung der Organisation in die Gesellschaft kaprizieren. Stellen für Corporate Social Responsibility (CSR), rechtliche Compliance, aber auch Ethik-Kommissionen bilden Beobachter, welche die Organisation in Hinblick auf die normative und moralische Kommunikation der Restgesellschaft reflektieren.³⁴

Die moderne Organisation ist hiermit eine vielfältig beobachtete und reflektierte Organisation. Mit und in ihr entstehen mannigfaltige

34 In Bezug auf die gesellschaftliche Einbettung sei hier auf Nico Stehrs (2007) Untersuchung zur Moralisierung der Märkte hingewiesen.

Sprecherpositionen, die in Hinblick auf Entscheidungen jeweils ihre eigene Rationalität einfordern.

Entsprechend der formtheoretischen Maxime »draw a distinction«³⁵ erzeugt jeder dieser Sprecher zugleich seine eigenen Markierungen und Unterscheidungen und wird damit instruktiv, wobei jedoch die Selektivität der Unterscheidung im Bereich des »blinden Fleckes« bleiben muss. Jeder Beobachter mag zwar gleichsam totalisierend seine eigene Relevanz beanspruchen. Die Gesamtorganisation kommt jedoch von keiner Perspektive aus in den Blick. Der *unmarked space* des Nicht-Thematisierten (und in der Regel auch Nicht-Thematisierbaren) all jener stillschweigend mitlaufenden Prozesse, welche etwa die Leistungsvollzüge von Organisationen wie dem Krankenhaus ermöglichen und tragen, sind nicht einmal annäherungsweise durch organisationsinterne Prozesse beobachtbar. Wie jedes Kommunikationssystem kann auch die Organisation sich nur auf Basis ihrer eigenen Operationen orientieren. Die Pluralisierung ihrer Beobachtungs- und Reflexionsmöglichkeiten erscheint entsprechend wie jede Form des Komplexitätsmanagements ambivalent. Einerseits erscheint die Anfertigung der vielfältigen Beschreibung ihre Flexibilität und Anpassungsfähigkeit zu erhöhen. Doch hierfür ist zugleich der Preis zu zahlen, dass dies nur in Verbindung mit der Entropisierung organisationaler Kommunikation zu haben ist. Denn sobald auf allen Ebenen eine Entscheidungskomplexität aufgeworfen wird, die ein Noch-mehr an Organisation einfordert, verlieren im Hinblick auf andere kommunikative Plausibilitäten – etwa dem Handlungsdruck im Angesicht von Krankheit – die organisationalen Kommunikationen immer mehr an Wert. Der einzelne Beobachter mag dann zwar die vielfältigen Beobachter der Organisation weiterhin mitführen (denn vielleicht kann man dann doch gelegentlich die eine Information gebrauchen), wird aber dann den von ihnen entworfenen Bildern und Beschreibungen in der Regel nicht allzu viel Aufmerksamkeit schenken.

Im Folgenden möchten wir mit dem Controlling, der Qualitätssicherung und der Evaluation sowie dem Management auf Orte der organisationalen Selbstbeobachtung ausführlicher eingehen, da im Zuge der Bemühungen um eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung mit diesen Positionen besondere Hoffnungen verbunden werden.

35 Spencer Brown (1972).

Controlling

Aus systemtheoretischer Perspektive ergeben sich die Rationalitätsdefizite in Organisationen nicht nur daraus, dass auf der einen Seite die harten, technischen und ökonomischen Fakten stehen und auf der anderen Seite die weichen, kulturell bedingten Semantiken, sondern die Ökonomie steht selbst in ihrer nackten Fixierung auf Haben und Nichthaben vor dem Problem der Kontingenzbewältigung. Sie steht vor dem Problem, dass sie selbst unter dem Blickwinkel reiner ökonomischer Funktionalität nicht über objektive Kriterien verfügt, wie sie ihre Daten zu produzieren, zu selektieren, zu aggregieren und in Bezug auf die Zeitdimension zu verrechnen bzw. zu bewerten hat. Vielmehr müssen wir auch in Hinblick auf die ökonomischen Tatsachen – dies hat die soziologische Accounting-Forschung mittlerweile deutlich aufgezeigt³⁶ – von einer »Multivalenz ökonomischer Fakten« ausgehen.³⁷ Durchaus auch im Sinne des account-Begriffs der Ethnomethodologen³⁸ stellt sich nun auch für ökonomische Tatsachen die Frage, wie »eine Ordnung der Ähnlichkeit und damit zugleich der Unähnlichkeit zwischen Transaktionen hergestellt, oder in Begriffen der Wissenssoziologie: eine Typologie der Transaktionen erzeugt« wird.³⁹

Ökonomische Steuerungsprozesse sind zwar nun wie in der konventionellen Beschreibung weiterhin als Arbeiten an der Differenz von ›Ist‹ und ›Soll‹ zu verstehen. Dieser Prozess ist jedoch davon abhängig, dass bestimmte Daten mit anderen ausgewählten Daten verglichen werden, um dann in einer festgelegten Rechenprozedur neue Daten zu erzeugen. Die produzierten Daten haben allein schon auf Grund der ›Kraft des Faktischen‹ eine Orientierungsfunktion. Sie stellen eine Markierung dar, die Anschlüsse herausfordert. Andere ökonomische Bilder als die, welche durch die Daten produziert wurden, gibt es nicht. Controlling eröffnet zwar per se vielfältige Möglichkeiten, wie Daten in unterschiedlicher Weise in Beziehung gesetzt werden können, handlungspraktisch kann jedoch nur eine begrenzte Zahl von Bildern erzeugt werden, die ihrerseits auf kontingenten Setzungen beruhen.

Selbst wenn eine Organisation über ein Controlling verfügt, das die blinden Flecke der eigenen Setzungen reflexiv bearbeitet und entsprechend komplexe Abbildungen zu erzeugen in der Lage ist, ergibt sich das Problem, dass diese Komplexität in Hinblick auf die

36 Siehe etwa Lavoie (1987), Boland (1989) und Baecker (1992).

37 Brosziewski (2002, 93).

38 Hier wird die Rechenschaft und Legitimation in den Vordergrund gerückt (vgl. Garfinkel 1974; 1986).

39 Brosziewski (2002, 95).

Entscheidungskommunikation der Organisation wieder reduziert werden muss. Dem Management oder den einzelnen Abteilungen kann jeweils nur eine auf wenige Variablen begrenzte Darstellung vermittelt werden. Nur einfache Bilder sind hinreichend selbst plausibilisierend, als dass sie andere Prozesse instruieren können. Komplexere Abbildungen gehen unter der Last der konkurrierenden Informationsströme im Rauschen unter.

Beispielsweise stellt dann im Krankenhaus die für eine Fallpauschale zu veranschlagende Liegezeit ein plausibles Referenzkriterium dar, um ein Bild von Differenzen in der Behandlungsperformance zeichnen zu können. Ein Haus allein nach diesem Kriterium auszurichten, kann zu paradoxen ökonomischen Effekten führen, da nun mehr Kosten in die kurzen Liegezeiten eingelagert werden können. So konnte beobachtet werden, dass die Ärzte, um dem Primat der kurzen Liegezeiten zu entsprechen, insbesondere bei den komplexen Fällen schneller und parallel prozessierend teure diagnostische Verfahren einsetzen, die sich dann im Nachhinein als unnötig erweisen.⁴⁰ Die komplizierte Kalkulation, ob der Aufwand für aufwändigere und unnötige technische Prozeduren den pflegerischen Aufwand aufwiegen, der für eine längere Liegezeit in Kauf zu nehmen wäre, wird hier jedoch nicht geleistet.

»[I]ch kenne Medizincontroller-Kollegen, die haben früher auch die EDV geleitet, aber die haben immer wieder das Problem, dass sie in diese medizinische Expertise nicht hinein argumentieren können. Und an der Stelle haben sie ein Problem mit der Augenhöhe.« (MC4, 237)

»An der Stelle hat der Arzt immer einen Informationsvorsprung, den er auch ausnutzen kann, und der es auch häufig tut. Als Nichtmediziner kommt man da häufig in eine Diskussionssackgasse. Wenn der Arzt beispielsweise sagt, diese Diagnostik, diese Therapie ist notwendig, um halt eben das Krankheitsbild genau zu definieren, dann kann der Nichtmediziner nur schwer sagen: »Sie haben aber bei diesem Patienten in der gleichen DRG dreißig Laborleistungen gebraucht, und bei jenem aber nur fünf. Warum haben Sie so große Spannbreiten.« Dort kommt man ganz schnell in eine Diskussionssackgasse, aus der man als Nichtmediziner nicht mehr rauskommt. Selbst wenn man entsprechende Fortbildungsveranstaltungen besucht, das ist praktisch unmöglich« (MC3, 164)«

»Die Wirtschaftler durchschauen vieles nicht, sie versuchen zwar immer die krankheitsimmanenten Prozesse zu abstrahieren und allgemeine Strategien zu entwickeln, abzuleiten, aber letztlich merken wir, dass sich diese Abstraktion auf der Arbeitsebene nicht abbilden lässt [...] da wir uns in einer Situation befinden, wo wir es dauernd mit

40 Siehe Vogt (2006).

unvorhergesehenen Dingen zu tun haben, sei es durch Krankheit von Mitarbeitern, sei es durch akute Notaufnahmen, die dann auch ein rasches anderes Handling erfordern, oder sei es durch Absagen von Patienten, durch unvorhergesehene Probleme, beispielsweise dass ein Brief noch schnell fertiggestellt werden muss, weil der Patient doch einen Tag vorher noch verlegt werden kann, durch viele unvorhergesehene Dinge lassen sich solche Dinge nicht so gut planen auf der stationären Ebene« (DRG2, 119)«

Zwei Medizincontroller und ein DRG-codierender Arzt im Interview.
Geführt und ausgewertet von Jan Hovaneck (2009, 71, 72 und 83).

Noch komplexer ist die Beurteilung der systemischen Kosten von ökonomischen Reflexionen, die an der Verknappung wissensbasierter Arbeitsleistungen, der Zeiteilung von Arbeitsprozessen oder der Standardisierung von Behandlungsroutinen ansetzen, da kein Modus Operandi besteht, den Gewinn an Rationalität gegenüber den Kosten für den Verlust an *requisite variety* abzuschätzen. Mit Sibbel gilt darüber hinaus, dass bei vielen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen die Leistungsprozesse nur schwach determiniert sind. Bei entsprechendem Behandlungsangebot bleibt unbestimmt, was denn jetzt eigentlich genau nachgefragt wird bzw. was ohne Folgen gekürzt oder weggestrichen werden kann (es lassen sich z. B. keine generellen Aussagen machen, wie viel ärztliche Kontaktzeit zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes notwendig sei).⁴¹

Dienstag, 14.9., 10:40 Uhr. Auf der internistischen Station vor dem Stationszimmer. Eine Patientin wird von ihrer Tochter abgeholt. Der Pfleger sucht die Arztbriefe und fragt bei Dr. Kardel nach, ob der Brief nicht schon fertig sei. Die Ärztin antwortet, dass der Brief an der üblichen Stelle, am Fensterbrett liege.

Pfleger: Wir haben die Briefe vertauscht. Frau Meier hat den von Frau Müller mitbekommen. Ich habe jetzt schnell noch eine Kopie gemacht und den gebe ich dann mit.

Dr. Kardel (mit einem Augenzwinkern zum Beobachter): Darfst du jetzt gar nicht aufschreiben, was hier geschieht. Patienten entlassen und nur kurz gesehen. Den falschen Arztbrief. Früher habe ich den Patienten immer selbst den Arztbrief übergeben und noch ein paar Worte gesagt. Dafür ist dann heute auch keine Zeit mehr.

Beobachtung aus dem Jahr 2004 (Vogd 2006, 219).

41 Sibbel (2004).

Insbesondere in Verbindung mit EDV-basierten Lösungen, die bestimmte Pfade der Datengenerierung und Verteilung auf Dauer stellen,⁴² erzeugen Controlling-Technologien einerseits wirkmächtige Abbildungen, die entsprechend in organisationale Prozesse eingreifen können. Doch je instruierender die hierdurch aufgespannten Beobachtungsverhältnisse werden (d. h. umso mehr sie anderen Prozessen ihren Code aufzwingen), desto mehr stellt sich die Frage nach den blinden Flecken dieses Beobachters.⁴³

Qualitätssicherung, Evaluation und Akkreditierung

Qualitätssicherung und Evaluation der Organisation stellen Beobachter der Organisation dar. Sie machen Unterschiede, indem sie die ›Messung von Qualität‹ einführen. Sie erzeugen einen logischen Raum, der selbstplausibilisierend Sachzwänge ins Spiel bringt, entsprechend derer man die Qualität von Leistungen, Prozessen und Strukturen nicht einfach sich selbst überlassen sollte. Mit Blick auf die Frage ihrer Messung könnte man entsprechend für die Qualitätssicherung den Code bestimmte Qualität/unbestimmte Qualität formulieren. Qualitätssicherung und Evaluation erzeugen aus dieser Perspektive homolog zu den anderen gesellschaftlichen Kontexturen eine totalisierende Weltsicht, da man entsprechend ihrer Eigenlogik prinzipiell alle Vorgänge durch evaluative Abbildungen bearbeiten und verbessern könnte.

Evaluationen erzeugen Vergleichshorizonte und stellen in diesem Sinne eine spezifische Form der Beobachtung dar, welche Präferenzen erzeugt und Bewertungen nach sich zieht. Ihre Vergleiche implizieren,

42 Vgl. hierzu wieder Brosziewski (2002).

43 Auf die ökonomische Eigendynamik des Verwaltungsbereichs weisen insbesondere die Untersuchungen von Woolhandler et al. (2003) hin, die deutlich werden lassen, dass unter bestimmten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Verwaltungsaufwand für Krankenbehandlungen gigantisch steigen kann. Dass die institutionellen Eigendynamiken der Versorger ebenso wie die technologisch-medizinische Innovation als die wesentlichen Kostentreiber des Medizinsystems anzusehen sind, zeigt etwa Bodenheimer (2005a; 2005b; 2005c) auf. Fulop et al. (2005) weisen nach, dass die Fusion verschiedener Anbieter der Gesundheitsversorgung unter einem Dach nicht automatisch in eine höhere ökonomische und organisatorische Rationalität münden muss. Im gleichen Sinne führt die Reduktion der Bettenzahlen eines Krankenhauses nicht unbedingt zu ökonomischeren Behandlungsprozessen (Kroneman/Siegers 2004).

dass es bessere und schlechtere Ergebnisse gibt. Sie bilden hiermit ein Steuerungsinstrument, das Erstere zu fördern beansprucht und zugleich Anreize liefert, Letztere zu vermeiden.⁴⁴ Wie jeder Beobachter erzeugen sie jedoch blinde Flecken.

Im Sinne der Paradoxie der Einheit der Unterscheidung ergibt sich etwa die Frage, ob die bestimmte Qualität ›wirklich‹ bessere Ergebnisse erzielen lässt als die unbestimmte Qualität.

Sobald man Qualitätssicherung und Evaluation vorrangig als kommunikative Vorgänge begreift, ist keineswegs mehr selbstvident, dass die Anwendung von Evaluationsverfahren die Verhältnisse zum Besseren kehrt. Ob die Mess- und Bewertungsprozesse von den ›wirklichen‹ Leistungsvollzügen so stark entkoppelt sind, dass kaum mehr ein sinnvoller Zusammenhang zwischen den erhobenen Parametern und dem bewerteten Gegenstand herzustellen ist, oder ob gar paradoxe Effekte auftreten, etwa in dem Sinne, dass Fehlanreize gesetzt werden, welche die eigentliche Arbeit korrumpieren, lässt sich nicht aus der Evaluation oder Qualitätssicherungsmaßnahme selbst heraus beantworten, sondern setzt die Einbeziehung umfassenderer Reflexionskontexte voraus.

Eine Evaluation, ein Qualitätsmanagement, eine Zertifizierung oder Akkreditierung können ihre Geltung letztendlich nur performativ zum Ausdruck bringen.

Man zeigt, dass evaluiert, akkreditiert und die Qualität gesichert wurde und generiert damit eine kommunikative Selbstplausibilisierung, die Anschlussfragen allein schon deshalb ins Leere laufen lässt, weil man in der Regel nicht die Zeit hat, komplexere Reflexionen zu beginnen.

»Bemerkenswert ist auch die rapide Zunahme von Expertensystemen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Die Medizintechnik ist so anspruchsvoll geworden, dass sie gleich mit Full-Service-Wartungsverträgen gekauft werden muss, weil niemand die komplizierte Funktionsweise versteht. Qualitätssicherung ist ebenso ein Feld von Experten, und wer würde sich ernsthaft trauen, die Zertifizierung eines Brust- oder Darmzentrums ohne die kleine Schar von Insidern anzugehen? Der Abschluss von neuartigen Leistungsverträgen, zum Beispiel im Disease-Management oder der integrierten Versorgung, ist so komplex und zeitraubend, dass wir uns fragen sollten, wie denn eigentlich das lang erwartete und befürchtete Einkaufsmodell der Kassen praktisch bewältigt werden soll, ohne eine Heerschar von Spezialisten in Vertragsangelegenheiten – die auch von irgendjemand bezahlt werden müssen. Tatsächlich versteht kaum noch jemand die Systeme der anderen und vertraut darauf, dass diese (mithilfe der Experten) irgendwie ihren Zweck erfüllen. Daraus resultiert ein Gefühl

44 Siehe in gleichem Sinne Thygesen (2010).

der Verlorenheit, das tendenziell zum Rückzug in das eigene Ich führt und den Einzelnen schrittweise aus gesellschaftlichen Verbindlichkeiten löst«

Holger Richter, Geschäftsführung Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH (Richter 2008, 1148)

Insofern die Bestimmung an relativ harten Fakten vorgenommen wird (z. B. Menge der Keime in Operationssälen, Fehldiagnosen aufgrund vertauschter Laborproben, Blutverlust bei chirurgischen Eingriffen etc.) fällt die Paradoxie der evaluierenden Wertkommunikation nicht allzu sehr ins Gewicht, da über die Kommunikation des Geschehens hinausgehend die sinnliche Evidenz der zu vermeidenden Problemlagen offensichtlich ist. Hinreichend triviale Gegenstände lassen sich in der Regel evaluieren, ohne dass der zu evaluierende Gegenstand von der Evaluationskommunikation korrumpiert wird.

Das Problem beginnt, sobald komplexere Vorgänge evaluiert werden sollen, etwa Organisationen und wissensbasierte Dienstleistungen, da hier die Beziehungen zwischen den der Evaluation zugrunde liegenden Parametern und den Eigenschaften des zu bewertenden Gegenstandes nicht mehr trivial sind, sondern ihrerseits hochgradig durch Kommunikation formatiert sind.

Wie etwa Knudsen jüngst systematisch herausgearbeitet hat, birgt die ›Beobachtung‹ der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere folgende blinde Flecken:⁴⁵

- Qualitätsmessungen sind in der Regel blind gegenüber den eigentlichen Konstituenten von Qualität. Wichtige Bedingungen für das Gelingen von verzahnten Behandlungsprozessen lassen sich nicht in standardisierten Formaten erheben (zu nennen sind hier etwa der Einfluss der ökonomischen Rahmenbedingungen, die Ausbildung der Mitarbeiter, die Verteilung von Wissen, das Selbstverständnis der Professionen, die intrinsische Motivation der Leistungsträger oder die wichtige Fähigkeit, widersprüchliche Einheiten balancieren zu können).
- Qualitätsmessungen sind blind gegenüber der Unterscheidung zwischen Beobachtetem und Nicht-Beobachtetem und suggerieren entsprechend, die Relevanz der von ihr gemessenen Observablen überzubewerten.
- Nicht zuletzt ist die Qualitätsmessung blind gegenüber den Effekten, welche die Messung auf die zu messenden Verhältnisse ausübt (so ist es möglich, dass sie Arbeitslasten generiert, welche Res-

⁴⁵ Knudsen (2010)

sourcen von medizinischen und pflegerischen Leistungsvollzügen abzieht, oder es werden Anlässe gegeben, welche die intrinsische Motivation der Leistungseliten zugunsten einer stärkeren Orientierung auf extrinsische Anreize aufbrechen).

»Ich war 20 Jahre lang jedes Jahr ein-, zweimal in Amerika. Da habe ich das ja mitgekriegt. Dann kannten wir hier das Wort Qualitätssicherung noch gar nicht. Die haben ja 1983 in diesem Medicare System eben DRGs eingeführt. Da kam sofort Qualitätssicherung auf. Da war Reagan-Administration. Selbst die haben dann Geld gegeben, um so ein Institut für Qualitätssicherung zu machen, was bei uns lange gedauert hat, bis die überhaupt mal auf den Trichter kamen, dass wenn sie schon so einen Unsinn machen wie diese Art von Finanzierung, dass man dann wenigstens Qualitätssicherung machen muss. Ich habe auch viel größere Hoffnungen am Anfang da reingesetzt, als sich jetzt im Laufe der Zeit rausgestellt hat, als man wirklich realistischerweise haben kann. Ich bin da am Anfang auch, nur weil wir so etwas in Deutschland überhaupt nicht hatten, darauf reingefallen. Ich dachte auch, ja, das wäre ja mal eine Sache, sozusagen den Gebrauchswert in den Vordergrund zu stellen in der Medizin, was ja auch was Neues wäre.

In Amerika habe ich Interviews in Krankenhäusern gemacht. Da hatte ich gleich am Anfang ein ziemlich bezeichnendes Erlebnis. Ich fragte die dann also nach quality insurance und so. Dann guckten die mich so an und haben gedacht, dass sie mich vielleicht sprachlich nicht richtig verstehen. Dann haben die sich untereinander kurz so angeguckt und dann sagt er auf einmal, ach, ja, der meint diese Kostenkontrolle. Da war es so, dass es da ein Qualitätsteam in diesem Krankenhaus gab. Die bestanden aus einem Arzt, aus einem Controller und aus einer akademisch gebildeten Nurse. Die sind dann halt von Abteilung oder von Station zu Station, die haben dann gecheckt, die Amis nannten das getrendet. »Haben sie dich schon getrendet?«, fragte der Arzt seinen Kollegen. Getrendet. Die haben dann eben geguckt, Liegedauer, der ist da eingeliefert worden, da ist er überhaupt erst untersucht worden, wie kommt das, das geht unmöglich und so. Bei denen kam das an ... Die wussten zwar, das heißt irgendwie quality insurance, aber bei denen kam das an, Kostenkontrolle und sozusagen auf den Trend gebracht werden.

Da hatte ich erst schon mal dann begriffen, dass eigentlich erst der Kontext entscheidet, was so ein Instrument tatsächlich ist. Wenn man den Kontext nicht kennt, dann kann man auch nicht wissen, was dieses Instrument macht, von da mal abgesehen, dass diese qualitativen Veränderungen da nicht erfasst werden«.

Hagen Kühn, ehemaliger Leiter der Forschungsgruppe Public Health am WZB, im Interview mit dem Autor im Juni 2009

Die Kontingenzen innerhalb der Qualitäts- und Leistungsbeobachtungen werden in der Regel an Orte verschoben, an denen sie nicht weiter stören (»displacement«). Man beruft sich etwa auf Standards, vorangegangene Entscheidungen, auf Expertenmeinungen, auf die Tatsache, dass andere genauso vorgehen, und all dies zusammengekommen behalten die »rituals of verification« in ihrer Weise insofern ihre Plausibilität, als dass sich den Forderungen einer »audit society« kaum entziehen lässt.⁴⁶ Sobald einmal als Instrument und damit als gesellschaftliches Reflexionsverhältnis etabliert, lässt sich entsprechenden Beobachtungen nur zu dem Preis entziehen, den Verdacht zu nähren, man habe etwas zu verbergen.

Man kann nun mit Knudsen feststellen, dass die vermeintliche Transparenz, welche Evaluationen erzeugen sollen, nur um den Preis neuer Blindheiten zu haben sind, doch dies ändert nichts daran, dass entsprechende Beobachter längst erfolgreich eingerichtet sind, also allenthalben mit Sprechern zu rechnen ist, welche plausibilisieren, dass bestimmte Qualität besser als unbestimmte sei. Unter den gegebenen kommunikativen Lagerungen besteht der Ausweg dann nur noch im Versuch, auch hier mehr Komplexität zu wagen. Entsprechend fordert Knudsen dann auch, die Qualitätssicherung auf Beobachtung zweiter Ordnung umzustellen, damit sie sich ihre blinden Flecken zugänglich machen kann, um Wege zu finden, komplexere Verhältnisse verarbeiten zu können.⁴⁷ Ein Weg hierzu ist beispielsweise die Idee, die Kriterien der Evaluation vom Gegenstand selbst festlegen zu lassen und diesen dann zu einer Selbstevaluation zu veranlassen (z. B. in Form von Teamevaluation oder Qualitätszirkeln etc.), die dann wiederum von anderen Beobachtern evaluierend reflektiert werden kann. Solche Formen des Qualitätsmanagements können dann beanspruchen, »näher dran« zu sein, ohne dabei jedoch den generellen Anspruch auf Qualitätsbestimmung aushöhlen zu müssen.⁴⁸

Wie gehen nun Organisationen mit ihren diesbezüglichen Beobachtungen um: Da Organisationen vielfältige Reflexionsverhältnisse gestalten, die unterschiedliche, oftmals inkommensurable Ansprüche generieren, wird auch die Evaluation und das Qualitätsmanagement bestenfalls in »loser Kopplung«⁴⁹ zu den jeweils anderen Beobachtern treten. Man tut das eine, unterlässt aber nicht das andere, wobei aus guten Gründen dann die eine Hand nicht weiß, was die ande-

46 Power (1997).

47 Knudsen (2010).

48 Wir treffen hier auf die Konzeption einer »Learning Organization« (Senge 1990), welche sich auf allen ihren Ebenen eine evaluierende Selbstreflexion zum Ziel setzt.

49 Weick (1998).

re tut.⁵⁰ Man entwickelt schizophrene Verhältnisse, entsprechend derer innerhalb derselben Organisation an verschiedenen Orten an gegenteiligen Wirkungen gearbeitet wird.⁵¹ Man lässt die Rede der unterschiedlichen Sprecher anschlusslos im Rauschen untergehen⁵² oder lässt sie zu rhetorischen Figuren mutieren, die in andern Kontexten genutzt werden können. Man entkoppelt action und talk⁵³ oder richtet sich einfach in einer Organisationskultur des Als-Ob ein, entsprechend derer man die vielfältigen kommunikativ gestellten Ansprüche formal bedient, aber inhaltlich nicht allzu wichtig nimmt.⁵⁴

Empirisch gibt es kaum Untersuchungen, die sich in fundierter Weise mit der Bearbeitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Organisationen beschäftigen, welche Gesundheitsdienstleistungen ausrichten. Eine Ausnahme stellt die Untersuchung von Iding zu einem Beratungsprojekt im Rahmen einer Zertifizierung zweier Krankenhäuser dar.⁵⁵ Iding kann hier aufzeigen, wie Management, Beratungsprozesse und die Praxen des Leistungsvollzuges auf einer oberflächlichen Ebene voneinander entkoppelt werden, um dann auf der Ebene der mikropolitischen Beziehung jedoch wieder neue Anschlussmöglichkeiten zu eröffnen, etwa als Legitimation der Führung oder als Anlass der unterschiedlichen professionellen Gruppen, die kommunikativen Grenzen der Berufsfelder aufrechtzuerhalten. Die Ergebnisse dieser Studie illustrieren eindrücklich, auf welchem unterschiedlichen Weg Prozesse der Organisationsentwicklung in die Routinen des Alltags überführt werden.

Im breiten Feld der Akkreditierung von Programmen und Organisationen zeigt sich ein ähnliches Bild: Da innerhalb eines Akkreditierungsprozesses unangekündigte Studien praktisch nicht vorkommen,⁵⁶ bewertet der Akkreditierungsprozess zunächst nur, inwieweit es der betreffenden Organisation gelingt, sich mit ihren Präsentationen gegenüber der Akkreditierungsfirma darzustellen.

50 So dann Bateson (1993) im Sinne eines kybernetischen Plädoyers für Tabus und Kommunikationssperren.

51 Nach Simon (2007) können nur Organisationen, nicht jedoch Individuen mit Schizophrenie Erfolg haben.

52 Mit Knudsen (2006) begegnen wir hier mit der ‚autolysis within organization‘ dem Gegenteil der Autopoiesis, nämlich dem durchaus auch aktiv betriebenen Vernichten von Information. Kommunikationen können ins Leere, ins Bedeutungslose laufen.

53 Brunsson (1989).

54 Vgl. Ortmann (2004).

55 Iding (2000; 2008).

56 Siehe zu diesem Problem aus Perspektive der Akkreditierungsforschung Greenfield et al. (2007).

Viele Studien zeigen zwar auf, dass Mitarbeiter aus den Gesundheitsberufen glauben, dass eine Akkreditierung die Qualität ihrer Einrichtung verbessert. In diesen Studien wurde jedoch nicht gleichzeitig in valider Weise erhoben, ob sich die entscheidenden Qualitätsparameter auch faktisch verbessern. In gleichem Sinne lässt sich zwar zeigen, dass eine Akkreditierung auf formaler Ebene zur Einführung eines Qualitätsmanagements und zur Formulierung von Richtlinien führt. Doch auch hier bleibt wiederum unklar, was für einen Einfluss dies auf die alltäglichen Prozesse der Arbeit hat. Ebenso zeigen sich keine belastbaren Ergebnisse, ob sich die klinischen Ergebnisse der akkreditierten Häuser durch die Akkreditierung verbessert haben. Was sich jedoch sagen lässt, ist, dass die professionellen Akteure durch den Akkreditierungsprozess lernen, was man zu tun hat, um erfolgreich eine Akkreditierung zu durchlaufen.⁵⁷

Management und Führung

Moderne Organisationen stehen vor dem Problem, dass sie, um operations- und entscheidungsfähig zu bleiben, Komplexität ausblenden müssen, um jedoch anpassungsfähig zu bleiben, reflexiv »die Aufmerksamkeit« darauf lenken müssen, »wie die Augen vor der Umwelt verschlossen werden«. ⁵⁸ Hieraus ergibt sich dann auch die zentrale Aufgabe des Managements, denn sein Gegenstand ist das Verhältnis der ganzen Organisation sowohl zu sich selbst als auch zu ihrer gesellschaftlichen Umwelt. Sei es die Position auf dem Markt, die rechtlich-politische Einbettung, ihr Bild in den Massenmedien oder die Beziehung zu ihren wichtigen Stakeholdern – seine Arbeit

57 Greenfield und Braitwaite kommen nach einer Review der derzeitigen Studien zur Akkreditierungsforschung zu folgendem Schluss: »The necessity for an empirically grounded, comprehensive evidence base for accreditation has long been recognized. Without this, the varying positive and negative views about accreditation will remain anecdotal, influenced by ideology or preferences, and driven by such biases. This review of health care accreditation research literature reveals a complex picture. There are mixed views and inconsistent findings. Only in two categories were consistent findings recorded: promote change and professional development. Inconsistent findings were identified in five categories: professions' attitudes to accreditation, organizational impact, financial impact, quality measures and program assessment. In the remaining three categories – consumer views or patient satisfaction, public disclosure and surveyor issues – we did not find sufficient studies to draw« (Greenfield/Braithwaite 2008, 181).

58 Baeker (1999a, 15).

besteht in der Bewirtschaftung der Grenze der Organisation, indem dem Bild der bestehenden Organisation (Ist-Zustand) ein Bild der künftigen Organisation (Soll-Zustand) entgegengesetzt wird.

Wie jeder Beobachter erzeugt das Management Selektivitäten und blinde Stellen, kann sich jedoch dabei nicht ›fundamentalistisch‹ auf nur einen Ort der Reflexion beschränken, sondern hat gewissermaßen in ständiger ›Nervosität‹ zwischen verschiedenen Reflexionsperspektiven zu pendeln und darüber hinaus davon auszugehen, dass es Aspekte gibt, die es bislang noch nicht in Betracht gezogen hat, die aber für seine Entscheidungen von Relevanz sein könnten. Es steht hiermit vor der Aufgabe, komplexe Verhältnisse zu steuern, wohl wissend, dass Komplexität heißt, dass man nicht einmal annähernd ein vollständiges Bild der zu steuernden Beziehungen erreichen kann.⁵⁹

In den Worten der kybernetischen Steuerungstheorie gesprochen arbeitet das Management an der »Kontrolle der Intransparenz«. ⁶⁰ Es beobachtet Organisationen und trifft Entscheidungen, die Unterschiede in ihr machen, und beobachtet die Folgen seiner Interventionen. Beobachten heißt dabei, abstrakte Schemata zu generieren, welche Komplexität ausblenden und gerade deshalb bestimmte Kausalitäten hervortreten lassen, an denen dann Steuerungsversuche ansetzen können. Anders als andere Beobachter der Organisation kommt das Management jedoch nicht umhin, die Selektivität der eigenen Beobachtungen und der hieran anknüpfenden Entscheidungen mitzuführen, denn da die Verhältnisse eben komplex sind, kann die Fixierung auf nur eine bestimmte Sichtweise katastrophale Folgen für die Organisation haben.

Das Management steht hiermit vor der paradoxen Aufgabe, seine gewählte Selektivität zunächst als ›richtige‹ bzw. angemessene Reduktion von Komplexität zu vermitteln, wohl wissend, dass die Verhältnisse eben komplex sind und man sich entsprechend vorbehält, zu einem anderen Zeitpunkt den Führungsinterventionen andere Selektivitäten zugrunde zu legen. Anders als die anderen Beobachter der Organisation hat das Management als Führung gewissermaßen ständig seine eigene Unwissenheit nicht nur mitzuführen, sondern eine Irritationsbereitschaft aufrechtzuerhalten und sich gegebenenfalls von neuen Perspektiven instruieren zu lassen.⁶¹ Es wird sich

59 Vielfach sehen sich Organisationen aus diesem Grunde gezwungen – etwa über die Einsetzung externer Beratung – zusätzliche Unsicherheiten zu importieren, um immer komplexere Umwelten in Rechnung stellen zu können.

60 Luhmann (1997).

61 Mit Baecker setzen wir »also voraus, dass es kein Zurück zum Einfachen gibt. Kein System wird sich freiwillig von der Möglichkeit trennen, bei

vorbehalten, die Dinge unter dem Blickwinkel einer veränderten Sachlage neu zu betrachten, um dann in Bezug auf das, was als relevant erscheint und was als irrelevant ausgeblendet werden kann, andere Entscheidungen zu treffen.

Das Management führt in die von ihm geführte Organisation Zwänge und Selektivitäten ein, wohl wissend, dass diese kontingent, also anders möglich sind. Es löst damit das Problem der Komplexität einer Organisation, indem sie diese qua »willkürlicher« Entscheidung in »einfache Komplexität« umwandelt, und hierin liegt dann auch mit Baecker die eigentliche Attraktivität der Hierarchie. Sie stellt eine »Kommunikationstechnik zur Reduktion der Komplexität auf einfache Komplexität«⁶² und durchschlägt damit den gordischen Knoten der Frage, wie Organisationen auf eine sowohl pragmatische als auch koordinierte Weise mit ihren nahezu unendlich ausfransenden Beobachtungs- und Reflexionsmöglichkeiten umgehen können. Die Hierarchie führt den Zwang und die »Notwendigkeit ein, sich mit der Kommunikation von Entscheidungen an die vorgegebenen Entscheidungswege zu halten. Alles andere ist unmöglich«, wobei die »laterale Kommunikation dem Zufall überlassen bleibt und horizontale Kommunikation freigestellt und als für die Struktur der Organisation folgenlos behandelt wird. Es handelt sich insofern um eine Reduktion auf einfache Komplexität, als dass die Komplexität sichtbar bleibt«.⁶³

Ein in diesem Sinne verstandenes Management kann gerade deshalb eine Steuerung der prinzipiell intransparenten, da komplexen Verhältnisse leisten, weil sie nur ein sehr begrenztes Spektrum der organisationalen Kommunikation durch ihre Entscheidungen und Selbstfestlegungen konditioniert. Der überwiegende Anteil der professionellen, informellen und arbeitsbereichsbezogenen Prozesse bleibt seitens des Managements unbeobachtet und wird der Selbstorganisation der Kommunikation überlassen. Nur im Ausnahmefall wird dann hochselektiv die Aufmerksamkeit des Managements auf ausgewählte Vorgänge gelenkt, um dann gegebenenfalls Steuerungsinterventionen anzusetzen.

Schauen wir im Anschluss die soziologische Managementtheorie von Dirk Baecker etwas ausführlicher an:⁶⁴ Eine Organisation zu leiten und zu steuern kann in Hinblick auf die vorangehenden

Bedarf neben allen jeweils wahrgenommenen Elementen und Beziehungen zugleich auch auf die nicht wahrgenommenen Elemente und Beziehungen zugreifen zu können« (Baecker 1997, 28).

62 Baecker (1997).

63 Baecker (1997, 34f.).

64 Baecker (1994; 2003).

Ausführungen nicht mehr heißen, die zu verändernden Abläufe im Sinne des Schemas ›Anordnung -> Ausführung‹ wirklich im Griff haben zu können. Die zu steuernden Vorgänge sind zu komplex, als dass die hierfür notwendigen Wirkbeziehungen auch nur annähernd in Betracht gezogen werden können. Das Management wird stattdessen im Sinne eher einfacherer Modelle Ziele setzen, diese entsprechend operationalisieren, um sie dann innerhalb der Organisation zu vertreten und in entsprechende Entscheidungen zu überführen. Aus Perspektive der Restorganisation führt das Management Störungen in die vertrauten Abläufe ein, mit denen sie dann auf die eine oder andere Weise umzugehen hat. Das Management wiederum kann im Ist-Soll-Vergleich in Bezug auf das Zielmodell schauen, inwieweit auf die Intervention der angestrebte Effekt eingetreten ist, ob gegebenenfalls andere Maßnahmen eingeführt werden sollten oder ob nicht gar das Zielmodell verändert werden sollte.

Ein in diesem Sinne verstandenes operationales Management ist die Domäne der Betriebswirtschaftslehre. Arbeitsbereichsbezogene Kosten-Gewinn-Rechnungen stellen insbesondere in Verbindung mit der Reflexion der Personal- und Materialkosten Bausteine für hinreichend einfache Modellierung dar, an der sich dann Ziele und entsprechende Interventionen andocken lassen. Üblicherweise geht es hier vor allem ums Sparen und entsprechend zielen diese Interventionen in der Regel auf eine ›Verschlankung‹ der Wertschöpfungskette. Man wird dann etwa vorgeben, dass eine Abteilung in Zukunft mit weniger Personal auszukommen habe, dass Bereiche im Sinne der Ausnutzung von Synergien zusammengelegt werden sollen, dass bestimmte Dienstleistungen an günstigere Drittanbieter ausgelagert werden, dass preisgünstigere Varianten an medizintechnischen Hilfsmitteln eingekauft werden. Das operationale Management kann dann darüber hinaus in ein strategisches Management eingebettet werden, welches die Positionierung der eigenen Organisation auf dem Versorgungsmarkt in den Blick nimmt, die eigenen Leistungsbereiche mit denen der Konkurrenz abgleicht, nach Nischen und Bereichen sucht, die ein Investment lohnenswert erscheinen lassen.⁶⁵

Ob beispielsweise das kostengünstigere Blutabnahmesystem den Ärzten mehr Arbeit bereitet,⁶⁶ die Zusammenlegung der chirurgischen Wache und der internistischen Intensivstation in Hinblick auf

65 Braun von Reinersdorff (2002).

66 So wurde vom Autor auf einer internistischen Station die Einführung eines neuen, auf Unterdruck basierenden Blutabnahmesystems beobachtend begleitet, für das sich die Leitung aus Kostengründen entschieden hatte, das den Ärzten bei der täglichen Blutabnahme jedoch eine Reihe von Problemen bereitete.

die unterschiedlichen Anforderungen an die Patientenbetreuung Sinn macht⁶⁷ oder das Outsourcing der Sterilisation von chirurgischen Bestecken mit den Arbeitsprozessen der Stationsärzte harmoniert⁶⁸ – all dies sind Fragen, die getilgt werden, indem in einer Kostenkalkulation verschiedene Produkte als homolog, unterschiedliche Patienten als gleich und Dienstleistungen als räumlich und zeitlich indifferent betrachtet werden.

Die kommunikative Engführung auf Zahlen gestattet eine Steuerung, ohne sich zu viel mit den qualitativen Eigenarten der zu steuernden Praxen auseinandersetzen zu müssen.

Die Abbildung von Prozessen in eingehende, abgehende und potenziell realisierende Geldflüsse profitiert von der Eleganz der Zahlen. Zählen macht Verschiedenes gleich. Es gestattet auf diese Weise eine einfache Orientierung an Quantität, indem die qualitativen Unterschiede des Gezählten getilgt werden. Die Bearbeitung der Folgeprobleme dieser Vereinfachungen werden dann entweder den zu organisierenden Verhältnissen selbst überlassen (man muss dann eben schauen, wie man mit weniger Personal- und Sachressourcen zurechtkommt) oder die Kommunikation der Schwierigkeiten gewinnt eine solche Eigenplausibilität, dass das Management sich veranlasst sieht, über eine veränderte Ressourcenallokation nachzudenken. Das betriebswirtschaftliche Kalkül erlaubt einen pragmatischen Ansatz, der es gestattet, Steuerungsentscheidungen weitgehend unter Absehung von Details und Inhalten zu treffen, welche die konkreten Leistungsvollzüge betreffen. Entsprechend des Primats, Komplexität auf ein handhabbares Maß reduzieren zu können, funktioniert das Management von Gesundheitsdienstleistungen trotz der Brisanz der getroffenen Entscheidungen gerade deshalb, weil es nicht allzu viel von den Nöten der die tägliche Arbeit verrichtenden Ärzte und Pfleger weiß. Selbst wenn sich Leitungskräfte aus der Ärzteschaft rekrutieren, heben sich diese in der Regel relativ schnell von dem gemeinen Klinikarzt ab, deprofessionalisieren gewissermaßen und orientieren sich stattdessen an den abstrakteren Kommunikationsschemata der Verwaltungseliten.⁶⁹

67 Postoperative Patienten und intensiv zu behandelnde internistische Fälle stellen unterschiedliche Krankheitsbilder dar, mit denen anders umzugehen ist. Zudem differieren chirurgische und internistische Medizinkulturen recht stark.

68 So wurde auf einer chirurgischen Station beobachtet, dass nach der Auslagerung der Bestecksterilisation an einen externen Dienstleister vor 11 Uhr morgens keine Bestecke mehr auf der Station vorhanden waren, sodass die Wundinspektionen während der Visite nicht mehr vollständig durchgeführt werden konnten.

69 Siehe zu den neuen Gruppeninteressen nach dem Wechsel von der Klinik

Die zahlenbasierte Engführung auf den wirtschaftlichen Knappheitscode liefert dem Management eine diskursive Zentrierung. Auf die Frage der Effizienz und aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist man dann in der Regel geneigt, hierin die einzige Konditionierung des Managements zu sehen. Der soziologisch geschärfte Blick entdeckt hierin zwar sehr wohl die Selbstbeschreibung wirtschaftlicher Akteure, weiß jedoch sehr wohl auch um andere kommunikative Zusammenhänge, die in die Kunst des Managements einfließen. Er sieht unter anderem, dass die alles als gleich behandelnden Zahlen nicht zugleich die hiermit invisibilisierten Konflikte der Organisation ruhigstellen und dass dies seitens des Managements sehr wohl mitreflektiert wird.

Mit Blick auf die Allokation knapper Ressourcen stellt sich hier nicht zuletzt die Frage, welcher Gruppe man leichter etwas wegnehmen kann, welchen Mitarbeitern welche Ansprüche zuzurechnen sind, wie das Gefälle in den symbolischen Wertigkeiten der unterschiedlichen Professionsgruppen einzuschätzen ist, welche Macht und welche Loyalitäten der Betriebsrat hat, ob in Hinblick auf eine langjährige gemeinsame Arbeit Bindungen entstanden sind, welche ihrerseits Erwartungen formatieren. Auch wenn hier zunächst Akteurssemantiken anklagen, verlassen wir hierbei nicht die kommunikationstheoretische Perspektive.

Die Prozesse wie die Aktualisierung von symbolischem Kapital, die Semantiken der Macht, aber ebenso der Aufbau von Solidaritätsgefühlen stellen Vorgänge dar, die nur dann verständlich werden, wenn sie als Kommunikation betrachtet werden. Für die Kommunikation ist weder entscheidend, was für den einzelnen Akteur bedeutsam ist, was dieser empfindet, wünscht, anstrebt oder für Phantasien hegt. Entscheidend ist hier vielmehr allein die Matrix der kommunikativ stabilisierten Erwartungshorizonte. Mächtig und bedeutungsrelevant kann hier nur das sein – egal ob es sich um einen Gefühlsausdruck, einen artikulierten Anspruch oder logisches Argument handelt –, was in der kommunikativen Zurechnung als mächtig und bedeutsam betrachtet wird.

Was bedeutet dies nun für das Management und seine Entscheidungen? Aus dieser soziologisierten Perspektive sind auch die Entscheidungen des Managements vor allem als Kommunikation anzusehen und wir können Luhmann folgend entsprechend »eine Handlung immer dann als Entscheidung an[...]sehen, wenn sie auf eine an sie gerichtete Erwartung reagiert«.70 Umgekehrt heißt dies aber, dass Entscheidungen immer vor dem Hintergrund der mit ihr

zur Verwaltung die Untersuchungen von Montgomery (1990).

70 Luhmann (1996, 279).

verbundenen Erwartungsenttäuschungen und der sich hieraus potenziell ergebenden Konflikte reflektiert werden.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass das der Wirtschaftskommunikation entlehnte Effizienzkriterium nur eine Seite der Medaille der Managementarbeit darstellen kann. Die andere Seite besteht in der Frage, wen man in welchem Maße enttäuschen kann und wessen Loyalitäten man sich auf jeden Fall zu vergewissern hat. Sobald das Management diese Fragen reflexiv behandelt, also seinen Umgang mit Erwartungen der unterschiedlichen Stakeholder selbst als Aufgabe seiner Steuerungsbemühungen begreift, kommt Macht ins Spiel. Macht ist das Medium des Politischen und stellt eine Engführung der Kommunikation auf Machtchancen in Hinblick auf Machterweiterung bzw. -verlust dar.⁷¹ Hier geht es dann um die Reflexion von Allianzen und Bündnissen, von Zugeständnissen, um Loyalitäten zu halten, und um die Konzession von Privilegien an Verbündete, die man braucht, um anderen Gruppen noch mehr Zugeständnisse abringen zu können. Und hier geht es auch um die Überlegung, dass die mittleren Ebenen der Hierarchie oftmals weniger gebraucht werden, um die Leistungsvollzüge effizienter zu gestalten, denn Konflikte zu beruhigen, indem ein Puffer eingerichtet wird, der oben und unten nicht zu unmittelbar in Kontakt treten lässt.

Ein Management, das auf dieser Ebene zu reflektieren gelernt hat, wird um die Besonderheiten der unterschiedlichen professionellen Gruppen wissen. Es wird versuchen, die unterschiedlichen Interessen der Stakeholder des Krankenhauses in wechselseitige Bündnisse zu verwickeln und die unterschiedlichen Machtzentren der Organisation zu bestimmen und auszutarieren.

General Manager: Die Krankenhausleitung bei uns besteht aus fünf Chefarzten, dem Leiter Administration und Logistik, das ist das, was sich früher Verwaltung genannt hat, und dem Leiter der Pflege und ich bin der Vorgesetzte von diesen sieben. Und jetzt ist es darum gegangen, wer mein Stellvertreter ist. Und das waren dann schon auch interessante Diskussionen.

71 Anders als im mikropolitischen Ansatz von Ortmann, Türk und Sydow (2000) werden hier Macht und wirtschaftliche Effizienz als zwei unterschiedliche sich selbstplausibilisierende kommunikative Formen betrachtet, die teilweise in ihren Rationalitäten divergierende Eigendynamiken entfalten. Gegenüber der Alternative, beides unter der Klammer eines erweiterten strategischen Machtbegriffs zu subsumieren, erlaubt der hier vorgeschlagene kommunikationstheoretische Analyse Rahmen eine höhere Auflösung, da nun auch Kommunikationen eine Relevanz zugestanden wird, die ihrer Form nach als nicht mikropolitisch-strategisch zu bewerten ist.

Interviewer: Und wie ist das gegangen?

General Manager: Es ist natürlich klar, das Verhältnis der Krankenhausärzte, fünf Chefärzte, einer aus der Pflege, das ist eigentlich in einem krassen Missverhältnis. Rein quantitativ. Ich persönlich empfinde es nicht so als Problem. Die Überlegung ist nur die: Ich will alle Chefärzte oder alle Leiter der Hauptkostenstellen in der Krankenhausleitung dabeihaben. Die Idee mit einem ärztlichen Direktor zu arbeiten, der die anderen vier dann führt, sehe ich als falsch an. Ich habe lieber alle am Tisch. Das ist wieder aus dem Teamgedanken heraus, was will ich einen, der andere repräsentiert und wenn es trotzdem nicht funktioniert und wenn er allenfalls trotzdem nur für sich schaut und diese nicht akzeptiert. Da habe ich lieber gleich alle am Tisch. Das ist keine Abwertung der Pflege. In der Pflege habe ich dieses Problem nicht, dort habe ich einen Pflegedienstleiter und der ist breit abgestützt und was der einbringt, wird getragen. Also reicht es, wenn er alleine ist. Jetzt aber bei der Stellvertretungsfrage ist die Überlegung gekommen, jetzt sind die doch schon zu fünf, jetzt müssen die nicht auch noch einen Stellvertreter bringen. Das war die Überlegung vom Pflegedienstleiter, der wäre gerne Stellvertreter geworden. Und der Leiter von der Administration und Logistik, der wäre es, rein wenn man davon ausgeht, wenn ich tatsächlich ausfallen würde, der wäre vom Know-how her, das er hat, wahrscheinlich prädestiniert, das machen zu können, weil all diese Verhandlungen mit den Krankenversicherungen, mit der Gesundheitsdirektion, nach außen mit den Politikern und so weiter. Der würde vom Fachwissen her am meisten mitbringen. Der hätte am wenigsten Mühe, das übernehmen zu können. Aber der ist durch die neue Konstellation, dass ich diesen Bereich erst gerade abgegeben habe und er erst neu in die Krankenhausleitung gekommen ist, nicht im Vordergrund gestanden. Also ist es nur noch darum gegangen: Die Pflegedienstleitung oder wirklich einen der Chefärzte. Jetzt haben wir einen der Chefärzte genommen. Natürlich, der Pflegedienstleiter sagt das nicht so klar, er gibt mir schon zu verstehen, dass er es gerne gewesen wäre und das man das der Pflege eigentlich schuldig gewesen wäre.

Aber wir haben jetzt einfach aus der Konstellation und aus der Persönlichkeit heraus einen der Chefärzte genommen, auch wenn es von der Gewichtung her oder von der Bedeutung her der Ärzte an sich ein falsches Signal ist.

Interviewer Peter Berchtold, Interview geführt im Rahmen des Forschungsprojektes ›Managing Professionals – Führung in Spitälern‹ (Berchtold et al. 2007).

Mit der Beobachtung potenzieller Konflikte im Kontext von Machtoptionen referiert das Management auf seine Einbettung und Verortung innerhalb der Organisation. Da dies nur zum Preis der engen Verwicklung mit den Verhältnissen zu haben ist, die zu steuern be-

anspruch werden, ist es nicht verwunderlich, dass das Management prekäre Aufgabenstellungen durch die temporäre Integration hierauf spezialisierter Beratungsgesellschaften zu unterbrechen sucht, da diese den internen Loyalitäten nicht verpflichtet sind und entsprechend den Effizienzgedanken (zunächst) unter Abstraktion (mikro-)politischer Referenzen wieder kommunikativ stark machen können.⁷²

Da das Management sich nicht nur in Bezug auf die Innenverhältnisse, sondern auch in Hinblick auf das Verhältnis der Organisation zu ihrer Umwelt kapriziert, beobachtet es die Organisation zudem in Hinblick auf die (antizipierten) kommunikativen Erwartungshorizonte der Gesellschaft. Mit Blick auf die gesellschaftlichen Funktionssysteme drängen sich hier die (sich verändernden) ökonomischen, gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen auf. Aber auch die Massenmedien (beispielsweise als kritische Berichterstattung über die Verhältnisse im Krankenhaus), die Wissenschaft (etwa als ›neue‹ Einsichten zu den Besonderheiten der Führung von Krankenhäusern) sowie Sprecherpositionen wie das ›Qualitätsmanagement‹, ›Corporate Identity‹, ›Gender Mainstreaming‹, ›Zertifizierungsagenturen‹, ›Ethik-Kommissionen‹ etc. generieren gesellschaftliche Erwartungshorizonte, die seitens des Managements in Rechnung gestellt werden können. Nicht zuletzt besteht eine weitere wichtige Reflexionsebene in der Frage, was andere Organisationen tun und wie man sich durch diese beobachtet sieht.

Da das Management weiß, dass seine Organisation von anderen Beobachtern der Gesellschaft beobachtet wird und diese Beobachtungen ihrerseits auf das Verhältnis von Organisation und Umwelt zurückwirken können, kann es seinerseits nicht per se die hiermit eröffneten Reflexionsmöglichkeiten generell ausklammern.⁷³ Es kann seinerseits überlegen, inwieweit innerhalb der Organisation selbst entsprechende Orte der Beobachtung enacted werden können, die dann kontinuierlich Abbildungen der Organisation erzeugen, die dann gegebenenfalls bei Entscheidungen in Betracht gezogen werden können (z. B. als ›Beauftragter für Qualitätssicherung‹). Es können temporär diesbezügliche Beobachtungsweisen als externe

72 Dies ist dann freilich in der Regel nur um den Preis zu haben, dass entweder Rat und Tat entkoppelt werden (vgl. Fuchs/Mahler 2000) oder aber die Beratung de facto von ihrem eigenen Anspruch absieht, um stattdessen wiederum die Machtverhältnisse zu reifizieren (vgl. Iding 2000; 2008).

73 Åkerström und Thygessen (2007) sprechen in Bezug auf die multi-zentrischen und multiperspektivischen Beobachtungsverhältnisse von ›heterophony‹ und ›polyphony‹, um die Vielstimmigkeit der Reflexionszumutungen zu charakterisieren.

Beratungsleistungen eingeführt werden (z. B. zur Entwicklung einer neuen ›Corporate Identity‹). Nicht zuletzt bleibt immer auch die Option, bestimmte Beobachtungsperspektiven zumindest temporär zurückzuweisen, wohl wissend, dass dies in bestimmten Kontexten Erklärungsbedarf wecken kann.

Wie auch immer das Verhältnis zwischen innen und außen ausgestaltet wird, das Management kommt über seine offensichtlichen Effizienzkriterien und seine verdeckten Machtreflexionen nicht umhin, seine Arbeit immer auch in Hinblick auf die polyzentrischen Verhältnisse der modernen Gesellschaft zu reflektieren.

Die vorangegangenen Ausführungen zusammenfassend ergibt sich entsprechend mit Baecker folgende formtheoretische Kurzfassung:⁷⁴



Die formtheoretische Darstellung macht deutlich, dass das Management in der Lage ist, in Hinblick auf Effizienzkriterien, der Reflexion von Machtchancen und gesellschaftlichen Beobachtungsverhältnissen zwar Ziele zu formulieren, deren Auswirkung im Hinblick auf die Komplexität der innerorganisatorischen Vorgänge nur Störungen darstellen können. Es wird die Verhältnisse dann zwar als Konflikte beschreiben können, um durch weitere Interventionen entsprechende Rationalitäten einzufordern, wird aber auch hier nicht an der Tatsache vorbeikommen, dass die Landkarte nicht das Gebiet darstellt, dass die Systemrationalität des Managements notwendigerweise eine andere darstellt als die Eigenlogik der Verhältnisse, welche zu steuern sind, dass die operativen Modelle des Managements gegenüber den Problemen der Praxis *volens volens* in riskantem Ausmaß unterkomplex bleiben müssen.⁷⁵

⁷⁴ Baecker (2006a, 22).

⁷⁵ Dies weiterhin im Sinne der »Mainstreamperspektive der deutschsprachigen Literatur zum Management von öffentlichen Krankenhäusern« ausblenden zu wollen, geht, so Habersam, nicht selten mit »Sinnverlust«, »geringer Führungssensibilität« und »überraschender Wendepunkt-dynamik« einher. »Letztlich konvergieren alle ›öffnenden‹ Hinweise im letzten Teil der Arbeit darin, dass in der bewussten Handhabung unvermeidlicher Dualismen, in der Durchführung von Beobachtungen zweiter Ordnung sowie in der Handhabung von Kommunikationssituationen, in denen Unterscheidungen von den Beteiligten mehr oder weniger Entscheidungsrelevanz verliehen wird, der konzeptionelle Schlüssel liegt,

»Häufig zu beobachten sind Restrukturierungen, das heißt mehr oder weniger überlegte Zusammenlegungen oder Schließungen von Abteilungen. Oder es erfolgt eine Ressourcenausdünnung in Form von Personalabbau oder Lohnkürzungen nach Maßgabe der Machtverhältnisse in der Organisation. Pflege, Reinigungspersonal sowie Assistenz- und Oberärzte sind bevorzugte Zielscheiben für solche Initiativen.

Erfahrungen in anderen Branchen zeigen aber, dass sich komplexe Systeme auf längere Sicht nicht ungestraft ›trivialisieren‹ lassen. Das Unheimliche besteht darin, dass es zu Umkippeffekten kommen kann. Das Unheil kündigt sich nicht graduell an, sondern tritt überraschend, schlagartig und weitgehend irreversibel ein. Wenn die hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen einmal verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen ›traumatisiert‹ sind, könnten sich fatale Einbrüche in der Behandlungsqualität und Patientensicherheit ergeben. Dies zu vermeiden und dennoch sinnvoll mit dem wachsenden Effizienzdruck umgehen zu können, ist eine strategische Führungsaufgabe in den Krankenhäusern«

Johannes Rüegg-Stürm (2007, 3464f.).

Sobald die Frage der intelligenten Steuerung der organisierten Krankenbehandlung selbstreflexiv zum Thema der Organisation wird – also man nicht mehr bereit ist, die Trägheiten bürokratischer Organisationen sich selbst zu überlassen⁷⁶ – wird die Frage virulent, wie die Augen vor den zu steuernden Verhältnissen verschlossen werden. Das Management kann sich hier nicht mehr darauf zurückziehen, die von den verschiedenen Beobachtern der Organisation entworfenen Bilder als bare Münze zu nehmen. Vielmehr hat es ein Wissen um die Selektivität und die Paradoxien der jeweiligen Perspektiven mitzuführen. Im Wissen, dass mehr Qualitätssicherung auch schlechtere Qualität mit sich bringt, dass höhere Effizienzkriterien das Leistungsvermögen verringern, dass zu starke Kontrolle das zu Kontrollierende auch zerstören kann, gilt es hier eine Weisheit der Mitte zu kultivieren. Hier würde vor allem gelten, den das Handeln instruierenden Bildern zugleich zu vertrauen als auch zu misstrauen. Im ersteren Sinne wird das Management im Sinne seiner Aufgabe weiterhin auf einfachen Modellen basierende Steuerungsversuche wagen, im letzteren Sinne dabei aber seine Sensibilität für das Scheitern bewahren, um sich gegebenenfalls durch andere Lösungsmöglichkeiten über-

das öffentliche Krankenhaus auf dem Weg zu einer reflektierten und reflektierenden Organisation zu unterstützen und damit auch die ›Selbstheilungskräfte zu stärken« (Habersam 2009, 424f.).

⁷⁶ Siehe zur Reflexion des hiermit entstehenden ›Druck[s] auf Organisationen‹ Wetzal et al. (2009).

raschen zu lassen – und vor allem, man würde sich davor hüten, einzelne Variablen allzu sehr ins Extrem zu treiben.

In Hinblick auf die komplexen, wissensbasierten Dienstleistungen der Krankenbehandlung würde eine intelligenter Reflexion der Aufgaben des Managements hier auch nicht zu viel Konkretion bei der Standardisierung innerorganisatorischer Abläufe einfordern, sondern eher die Gestaltung der Prozessstrukturen als Ganzes in den Blick nehmen wollen. Es hat mehr Sinn, hochgradig wissensbasierte und kommunikationsbezogene Dienstleistungen in heterarchischen Verantwortungsbereichen zu verzahnen, als top down nach tayloristischen Prinzipien organisieren zu wollen.⁷⁷

Doch auch hier gilt dann das Gleiche, was in der Einleitung zur medizinischen Kultur gesagt worden ist. Auch die Führung und Organisation der Krankenbehandlung ist nicht unabhängig von einer Weltgesellschaft zu haben, die bestimmte Formate als kulturell stabilisierte Eigenwerte nahelegt. Sich in Hinblick auf seine Beobachterreferenz zugleich innerhalb wie außerhalb der Organisation sehend, kann das Management als kommunikativer Zusammenhang nicht außerhalb der Gesellschaft stehen. Bei seinen Entscheidungen im Angesicht komplexer Verhältnisse kann es sich nun an jenen kommunikativen Formen orientieren, welche ihm die Gesellschaft selbstplausibilisierend zur Verfügung stellt.

Zusammenschau

Machen wir uns abschließend nochmals deutlich, dass wir hier Organisationen auf kommunikationstheoretische Weise beschreiben. Wir betrachten Organisation als eine besondere Form von Kommunikation, nämlich als formalisierte Entscheidungskommunikation, die sich qua Hierarchie und selbst generierter Entscheidungsverfahren die Formen und Routinen erzeugt, mit denen sie mehr oder weniger erfolgreich weiterarbeiten kann. Organisationen stellen eine hoch selektive Engführung der Kommunikation dar, und gerade deshalb sind sie so leistungsfähig. Sie können die komplexen Wirklichkeiten der Krankenbehandlung in handhabbare Prozesse überführen.

In diesem Sinne gehören dann weder Patienten noch ihre Körper zur Organisation. Sie werden erst dann zum Bestandteil der organisationalen Kommunikation, wenn sie in Form von Akten durch sie beobachtbar werden. Die Akten können wiederum durch das

⁷⁷ So dann auch Sibel (2004), der einen Teil der im Krankenhaus zu beobachtenden Führungsprobleme auf das immer noch weit verbreitete tayloristische Organisations- und Managementverständnis zurückführt.

Controlling wirtschaftlich oder durch das Qualitätsmanagement entsprechend der organisationseigenen Kriterien beobachtet werden. Organisationen können eine Reihe von Reflexionsinstanzen ausbilden, welche Erwartungshorizonte aus ihrer gesellschaftlichen Umwelt in die organisationale Kommunikation einspielen können. Auch hat ein Großteil der Kommunikation von Mitarbeitern informalen Charakter.

Mitarbeiter sind Teil der Organisation, indem ihre formalisierbaren Rollenerwartungen und die diesbezüglichen Adressabilitäten gemeint sind. Sie sind nicht Teil der Organisation, insofern es um ihr Erleben, aber auch um die vielfältigen nicht formal beobachtbaren Arbeitsvollzüge geht. Gleiches gilt für die Interaktion. Sie kann, aber muss nicht organisationale Belange thematisieren und verfügt gerade deshalb über die Freiheitsgrade, die starren Selektivitäten und Grenzen der organisationalen Kommunikation in Hinblick auf die in der Krankenbehandlung vorherrschenden komplexen Lagerungen zu kompensieren.

Während die Interaktion in organisational unbeobachteter Weise die Beziehungen innerhalb der Umwelt von Organisationen aktualisieren kann, kommt dem Management als zentralem Zentrum der organisationalen Selbstbeobachtung die Aufgabe zu – sich zugleich inner- wie außerhalb der Organisation verstehend –, reflexiv die Beziehung der Organisation zur Umwelt zu thematisieren. Dem Management kommt somit die paradoxe Aufgabe zu, die Art und Weise, wie die Organisation in ihren rigiden Selektivitäten die Augen vor ihrer Umwelt verschließt, selektiv wieder aufzuheben.



Abbildung 2: Reflexionsverhältnisse in Organisationen

III NETZWERKE

Mit den Netzwerken gelangen wir zu einer Analyseperspektive, welche die Grenzen von Organisationen überschreiten lässt. Dies ist für das Verständnis der Krankenbehandlung insofern wichtig, als dass sich ihre Prozesse oftmals über verschiedene organisatorische und personale Einheiten hinweg entfalten und entsprechend ein Zugang zu finden ist, wie die hierbei auftretenden Dynamiken rekonstruiert werden können.

Die Common-Sense-Vorstellung von Netzwerken zehrt vom Bild des Fischernetzes. Kurze Verbundstricke (›ties‹) sind über Knotenpunkte (›knots‹) zu einem stabilen polyzentrischen Gebilde verwebt, das trägt und auch bei einem schweren Fang nicht reißt. Es ist so eng gewebt, dass brauchbare Fische nicht entweichen können, und es sollte keine Löcher haben, durch die ein Teil der begehrten Beute entweichen könnte. Entsprechend dieser Metapher sollen dann auch Gesundheitsnetzwerke tragen und keine Schlupflöcher aufzeigen.¹

Innerhalb der Soziologie findet der Begriff des ›Netzwerks‹ in drei unterschiedlichen Diskurssträngen Verwendung: (1) als eine spezifische Form sozialer Praxis (›persönliche Netzwerke aufbauen‹), (2) als Grundbegriff einer Sozialtheorie, für die Beziehungen grundlegender sind als Personen und (3) als gesellschaftstheoretischer Begriff (›Netzwerkgesellschaft‹).

In der Diskussion um die Vernetzung im Gesundheitswesen sind alle drei Aspekte eng ineinander verzahnt zu sehen. Deshalb ist hier kurz etwas ausführlicher auf sie einzugehen:

1. Als eine besondere Form persönlicher Beziehungen, die in entscheidenden Situationen weiterhelfen können, gab es Netzwerke schon immer. Im Sinne der Bourdieuschen Begrifflichkeiten erscheinen sie als eine Form – wenn nicht sogar als die Form – des ›sozialen Kapitals‹.² Für die funktional differenzierte Gesellschaft, die ihre Funktionsoptimierung an Leistung und Sachbezüge koppelt, erscheinen in diesem Sinne verstandene Netzwerke als ein zweiseitiges Schwert. ›Lose gekoppelte‹ persönliche Beziehungen, welche die Organisationsgrenzen überschreiten, sind notwendig,

1 Vgl. Amelung/Sydow/Windeler (2009).

2 Siehe etwa Bourdieu (2001b, 311ff.).

um Organisationen hinreichend mit Varianz und frischer Information zu versorgen. Gleichzeitig sollten diese Beziehungen aber in Hinblick auf die Funktionsprimat der modernen Gesellschaft nicht den primären Rahmen für Entscheidungen darstellen. Wenn dies allzu offensichtlich geschieht, wird dies in der Regel negativ konnotiert – etwa als ›Seilschaften‹ oder in der stärkeren Variante gar als ›Korruption‹.³

2. Auf der fundamentalen Ebene soziologischer Theoriearbeit lässt sich das ›Netzwerk‹ auch als Grundbegriff einer Theorie ›Sozialer Realität‹ begreifen, die – in Abgrenzung zu handlungstheoretischen Ansätzen – Beziehungen für grundlegender hält als Personen. Zu nennen ist hier insbesondere der ›relationale Konstruktivismus‹ von Harrison White,⁴ aber auch die ›actor network theory‹,⁵ deren Besonderheiten im anschließenden Kapitel noch ausführlicher behandelt werden.

Der Ausgangspunkt der Whiteschen Sozialtheorie ist die Idee, dass sich die Identitäten der in den Netzwerkknoten fungierenden Personen oder Organisationen nur über die Beziehungen zu anderen Knotenpunkten des Netzwerkes definieren lassen. Jede dieser Identitäten erscheint nun als eine emergente Einheit des Geflechts der Netzwerkbeziehungen, die jedoch – wenn einmal konstituiert – ihrerseits versucht, seine Netzwerkpartner zu kontrollieren.⁶ Aus Perspektive des einzelnen Akteurs ergibt sich hieraus die kybernetische Maxime, dass die eigene Identität davon abhängt, den anderen kontrollieren zu können, was jedoch nur gelingt, wenn ich mich von anderen kontrollieren lasse. Oder mit Baecker gesprochen: »Ein Netzwerk verwebt Identitätsentwürfe von Personen, Institutionen, Ideologien und Geschichten zu einem Versuch wechselseitiger Kontrolle, der an den Identitäten, die hier im Spiel sind, laufend scheitert und daraus, nämlich aus den resultierenden Unsicherheiten, seine nächsten Motive rekrutiert.«⁷ An dieser Stelle ist zu betonen, dass die Bindungen zwischen den Knoten nicht formal – etwa als Zahl von Verknüpfungen, sondern nur semantisch bestimmt werden können. White spricht hier von »stories«⁸, die als ausformulierte und ausgedehnte

3 Vgl. Holzer (2006, 9ff.).

4 White (1992).

5 Vgl. Belliger/Krieger (2006).

6 Der Begriff ›Kontrolle‹ ist hier nicht im Sinne von Überwachung zu verstehen, sondern meint entsprechend dem englischen ›control‹ eher Regelung und Steuerung.

7 Baecker (2005, 226).

8 White (1992, 65ff.).

Bedeutungsaufloadungen den Charakter eines Akteurs, einer Institution oder einer Organisation durch die hiermit verbundenen Zuschreibungen bestimmen. Ob beispielsweise eine nachsorgende Einrichtung bereit ist, einen Problempatienten aus einem kooperierenden Krankenhaus aufzunehmen, hängt aus dieser Perspektive nicht zuletzt davon ab, welche Geschichten über die jeweiligen Einrichtungen kursieren. Das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz wird jeweils wechselseitig als situatives ›Gleichgewicht‹ austariert, indem innerhalb des Netzwerks beständig die beteiligten Identitäten als semantische Konstruktionen aktualisiert werden.

3. Aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive lässt sich darüber hinaus die ›Netzwerkgesellschaft‹ als eine Epoche abgrenzen, die sich von anderen evolutionären Stadien der Organisation des Sozialen unterscheidet.

Die Grundüberlegung des mit dem letztem Punkt benannten zeitdiagnostischen Befundes ist dabei folgende: Während der Adel in der stratifizierten Gesellschaft seine Herrschaft vor allem durch ein Konglomerat persönlich zu pflegender Kontakte und Beziehungen sichern konnte, zeichnet sich die moderne Gesellschaft primär durch einen anderen Modus der Reproduktion aus. Sie erscheint nun vor allem als eine ›Organisationsgesellschaft‹.⁹

Die Bedeutung persönlicher Beziehungen – auch wenn sie nicht vollkommen verschwindet – tritt hier strukturell in den Hintergrund zugunsten der Idee der ›rationalen Organisation‹. Pate steht hier zunächst Webers Modell der bürokratischen Herrschaft sowie dieayloristische Idee, Leistungsvollzüge in klar definierte Prozesseinheiten aufspalten zu können. Organisationen erscheinen nun als Einheiten, die mittels hierarchischem Durchgriff und einer klaren Zweck-Mittel-Vorstellung auf die Rollenbeschreibungen ihrer Mitglieder und den hiermit verbundenen Leistungsansprüchen zugreifen können.

Aus dieser Perspektive erscheint das Netzwerk gleichsam als Gegenbegriff zur bürokratischen Organisation, da innerhalb eines Netzwerks nicht mehr zentral qua Entscheidung auf die Handlungsvollzüge der jeweils anderen Netzwerkpartner zugegriffen werden kann. Die Konstitution des Netzwerks läuft über Beziehung und Kooperation, nicht über Festlegung und Bestimmung durch Hierarchie. Die Leistung von Organisationen liegt in der Effizienz der durch Standardisierung routinierten Abläufe, und genau aus diesem Grunde wurden sie zum Erfolgsmodell der Moderne.

9 Vgl. Jäger/Schimank (2005).

Demgegenüber traten die besonderen Leistungen von Netzwerken zunächst in den Hintergrund: Im Hinblick auf unscharfe und schlecht definierbare Lagen sind netzwerkförmige und heterarchische Organisationsweisen hinsichtlich ihrer Problemlösungsfähigkeit in der Regel einer hierarchischen Steuerung deutlich überlegen.¹⁰

Aus Gründen, die hier nur angerissen werden können, wurden in den 1970er-Jahren vermehrt Zweifel an der Leistungsfähigkeit bürokratisch-hierarchischer Unternehmen formuliert. Die kognitiven Kapazitäten ihrer zentralen Akteure erschienen nun begrenzt («bounded rationality»¹¹), die Entscheidungsverfahren ihrer Gremien erschienen zu träge oder zu stark auf Zufälligkeiten beruhend¹² bzw. man begann generell, den Konnex von Zweckrationalität und organisationalem Entscheiden in Frage zu stellen.¹³ Vor allem erschienen Organisationen nun zunehmend hyperkomplexen Umwelten und internen Reflexionsverhältnissen ausgesetzt, welche Entscheidungslagen hervorbringen, die durch die starren bürokratischen Hierarchien nicht mehr angemessen bewältigt werden könnten. Der Ruf nach kontingenzfreudigeren Steuerungs- und Managementtechniken wurde laut.¹⁴

Im »Hochschaukeln von neuen Technologien und neuen Marktbedingungen«¹⁵ wurde nun insbesondere in den Bereichen wissensbasierter Dienstleistungen mit neuen Organisationsformen experimentiert. Der Übergang zu flacheren Hierarchien und der hiermit verbundene Verzicht auf zentrale Steuerung zugunsten von Netzwerken als organisatorisch autonomer Einheiten erschien damit nicht nur theoretisch attraktiv, sondern als Steuerungsform auch praktisch realisierbar.

Als Konsequenz dieser veränderten Organisationsperspektive lässt sich beispielsweise ein Unternehmen in wirtschaftlich (teil-)autonome Einheiten aufgliedern, die auf diese Weise zueinander in ein Verhältnis gleichzeitiger Konkurrenz und Kooperation treten, indem sie nun untereinander Leistungen in Rechnung stellen und eigenständig Gewinn und Verlust machen können. Darüber hinaus wäre es dann auch denkbar, dass manche Einheiten durch die Angebote anderer Anbieter homologer Leistungen unterboten werden. Ins Extrem weiter gedacht, löst sich hier die alte hierarchische Organisation

10 Vgl. von Foerster (1994a).

11 Siehe Simon (1991).

12 Siehe in diesem Zusammenhang etwa das »garbage can«-Modell im Sinne von Cohen et al. (1972).

13 Vgl. March/Olsen (1994).

14 Vgl. Baecker (1994; 2003).

15 Kühl (1994, 41).

vollkommen auf zugunsten eines Netzwerkes von Projektarbeitern, die situationsspezifisch zu Aufgabenstellungen zusammenfinden und dabei als wirtschaftlich selbstständige Akteure untereinander auch die Preise für die ausgetauschten Dienstleistungen aushandeln.

Möglich wurden solche Modelle erst durch die technischen Möglichkeiten eines computergestützten Controlling, das es gestattet, Leistungen und monetäre Gegenwerte in nahezu Echtzeit in Beziehung zueinander zu setzen, um auf diese Weise – beispielsweise in Computernetzplattformen – die Möglichkeit von virtuellen Märkten zu eröffnen. ›Angebot und Nachfrage‹, aber auch Leistungsprofile und Qualitätsberichte können auf diese Weise weitgehend ohne Transaktionskosten austariert werden.

Die Netzwerkgesellschaft erscheint hiermit als Kind des Informationszeitalters und in diesem Sinne sehen sowohl Castells als auch Baecker den Computer als das Medium an, welches die antizipierten gesellschaftlichen Veränderungen möglich wie auch notwendig erscheinen lässt.¹⁶ Rechenmaschinen, die zum einen selbst Knotenpunkte der Informationsproduktion darstellen (als ›Mitrechner‹) und zum anderen nahezu simultan Informationen zwischen einander entfernten räumlichen Knotenpunkten austauschen lassen, führen – so die Argumentation – zu einer gewaltigen Explosion der verfügbaren Informations- sowie der sich hieraus ergebenden Kontrollmöglichkeiten.¹⁷

Für die Krankenbehandlung hat dies erhebliche Konsequenzen, denn erst die hiermit eröffneten technischen Optionen erlauben es, Marktelemente in einer Weise in Organisationen einzuführen, dass sie sich tendenziell von einer bürokratischen Organisation in Richtung eines Netzwerks wandeln:

- Datenbanken medizinischen Wissens, Rankings der beliebtesten Krankenhäuser, die Diskurse der Selbsthilfegruppen und andere Sorten behandlungsrelevanter Informationen sind nun potenziell über Internet von jedem Ort und durch jeden Akteur abrufbar. Dies eröffnet Wege, die Rolle der Patienten als aktive Mitspieler im Behandlungsnetzwerk zu stärken und kann entsprechend eine Neu-Adjustierung der Arzt-Patient-Beziehung herausfordern.
- Mittels computerbasierter Accounting-Technologien wird es möglich, dass Akteure situativ, leistungsbezogen und nun auch abrechnungstechnisch an Behandlungstrajektorien entlang gruppiert werden können.

¹⁶ Castells (2003) und Baecker (2007a).

¹⁷ Vgl. Ortmann et al. (1990). Siehe auch Zuboff (1988).

- Gleichmaßen sind nun auch zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern problembezogene Arrangements verhandelbar. Man denke hier etwa an die Idee der Disease-Management-Programme, in denen einzelne Kassen mit unterschiedlichen Akteursgruppen spezifische Behandlungsprogramme zu verwirklichen suchen.

Da Netzwerke in Hinblick auf die sie konstituierenden Prozesse weder Organisationen darstellen noch die Fluidität und Unverbindlichkeit von Marktbeziehungen aufweisen, wird mit ihnen oft die Hoffnung verbunden, jenseits von Bürokratie und Markt die Nachteile dieser beiden Steuerungsformen aufheben zu können. Mit Netzwerken setzt man auf die Selbstorganisation wechselseitiger Kontrollregimes und traut diesen vor allem zu, sich schneller an komplexe Lagen anzupassen und besser auf verteilte Wissensressourcen zugreifen zu können.¹⁸ Zudem wird vermutet, dass diese Kooperationsform besonders gut auf die Arbeitsweisen professioneller Akteure abgestimmt ist, da diese in den zentralen Werthaltungen sowieso übereinstimmen und – da Ärzte dann tendenziell eher lieber mit Kollegen als mit anderen Partnern zusammenarbeiten – auf diesem Wege auch zu einer professionellen Selbstkontrolle angeregt würden.

In diesem Sinne verstanden stellen Ärztenetzwerke jedoch an sich nichts Neues dar.¹⁹ Allein schon um die Schnittstellenprobleme zu lösen, welche sich aus der arbeitsteilig organisierten Medizin ergeben,²⁰ greifen viele Akteure, die in Versorgungseinrichtungen arbeiten, auf Netzwerke persönlicher Beziehungen zurück. Man weiß dann, auf wen man sich in welchen Fragen verlassen kann, bei wem man im Zweifelsfall Hilfe erwarten kann und welchen Kollegen man besser nicht trauen sollte.²¹

Vertrauen – hier im soziologischen Sinne als Ressource der kommunikativen Unsicherheitsbewältigung zu verstehen – spielt in all diesen Prozessen eine wichtige Rolle. Netzwerke als dynamische Kontrollregimes gestatten es, Identitäten zu erzeugen, die zwar generell einen eher fluiden Charakter haben, aber durch kontinuierliche Beziehungsaktualisierung und die hierin eingelagerten Kontrollmöglichkeiten hinreichend in Form gehalten werden können. Netzwerke agieren in diesem Sinne hochgradig sensitiv auf Veränderungen im Verhalten ihrer Mitglieder. Eine individuelle ärztliche Entscheidung

18 Vgl. Powell (1990, 223ff.).

19 Siehe schon Freidson (1975a).

20 Vgl. Badura und Feuerstein (1994).

21 Siehe hierzu etwa Cicourel (1987a; 1987b; 1990), aber auch Atkinson (1995).

bleibt in Hinblick auf die jeweils anderen Netzwerkpartner in ihren Konsequenzen nicht unbeobachtet und führt dann schnell zu veränderten Wertigkeiten innerhalb des Netzwerks der beteiligten Ärzte.

Die hohe Selbstorganisationsleistung und die hierdurch gewonnenen Freiheitsgrade bringen es jedoch mit sich, dass diese von außen nicht wirklich steuerbar sind. Interventionen in Netzwerke fungieren dann eher als eine Kontextsteuerung, welche bestenfalls gute Bedingungen für die Ausbildung von Netzwerken bereitstellt, nicht jedoch auf die für die Netzwerkpartner geltenden Kontrollparameter Einfluss nehmen kann. Wie dann beispielsweise veränderte ökonomische Anreizsysteme die Identität von Ärzten in ihren Netzwerken verändern, bestimmt sich durch die wechselseitigen Kontrollversuche der Ärzte, nicht jedoch durch die mit der Maßnahme verbundenen Intentionen.

Hier mögen dann durchaus auch ökonomische Fragen eine wichtige Rolle spielen, doch in welcher Weise diese bearbeitet und eingebracht werden, ist von außen in der Regel nicht vorhersagbar. Ob der kulturelle Eigenwert eines Netzwerkes darauf hinausläuft, sich gegenseitig zur Exzellenz hochzuschaukeln, oder die gegenseitigen Kontrollen im Sinne einer ›brauchbaren Illegalität‹²² genutzt werden, die sicherstellt, dass der jeweils andere hilft, die eigene schlechte Arbeit zu tarnen, lässt sich nur von den Innenstehenden beurteilen und kontrollieren.

Netzwerk- und systemtheoretische Perspektiven

Schauen wir im Folgenden, in welchem Verhältnis die hier vorgestellte netzwerktheoretische Perspektive zu den bisher behandelten gesellschaftlichen Kontexturen steht und wie sich diese in sinnvoller Weise mit einer systemtheoretischen Beschreibung verbinden lässt.

Im Sinne von Günthers Konzeption der polykontexturalen Logik lassen sich Netzwerke als *polyzentrische* Regimes beschreiben, die lokal aus autonomen Identitäten bestehen, welche aber aufgrund der wechselseitigen Kontrollbeziehungen gleichzeitig auch als durch die nachbarschaftlichen Beziehungen determiniert zu sehen sind. Diese Arrangements finden dann typischerweise zu recht stabilen Eigenwerten, wenngleich solche Netzwerke dynamisch und hochsensibel auf Umweltveränderungen reagieren können.²³ Ein Eigenwert von

22 So Luhmann schon im Jahr 1964 (1999 [1964]).

23 Auch wenn wir Weick (1998) folgen und die eigentliche Leistung von Organisationen darin sehen, Mehrdeutigkeiten durch Programme und

Ärztennetzwerken besteht beispielsweise auch darin, jene professionellen Orientierungen aufrechtzuerhalten, die sicherstellen, dass man es auch über die Organisationsgrenzen hinweg primär mit einem Arzt und nicht mit einem Juristen oder Ökonomen zu tun bekommt. In ökonomischer Hinsicht mag diese Verlässlichkeit dann mit Rohde beispielsweise auch darin bestehen, dass »das Verhältnis zwischen freier Praxis und Krankenhaus vor allem dann ›stimmt«, wenn das, was der Krankenkasse berichtet wird, nicht stimmt«. ²⁴

Teile von Netzwerken können generell nur Systeme sein, die einen Adresscharakter haben, also nur Organisationen und Personen, nicht aber Funktionssysteme (also nicht das Recht, die Wirtschaft oder die Medizin, aber ein konkretes Krankenhaus oder ein bestimmter Arzt). Da die mit dem Netzwerk entstehenden ›Interaktionssysteme‹ gewissermaßen quer zu den gesellschaftlichen Kontexturen liegen, bietet das ›Netzwerken‹ für die beteiligten Einheiten die Möglichkeit, eine starke Teilautonomie gegenüber den diesbezüglichen Semantiken zu gewinnen. Die *requisite variety* des Gesamtarrangements steigt hierdurch. ²⁵ Hiermit sind für die Beteiligten natürlich auch Risiken verbunden, so etwa dann, wenn man seine Identität von sich im Nachhinein als zweifelhaft herausstellenden Partnern bestimmen lässt und die lokale Identität nun – etwa im Falle des Öffentlichwerdens einer Verwicklung in illegale Aktivitäten nicht mehr temporär bleibt, sondern zur ›totalen Identität‹ wird. ²⁶

Routinen in eindeutige Lösungen zu transformieren, ergibt die Unterscheidung zwischen Organisation und Netzwerken analytisch Sinn, denn Letztere erscheinen fluider, erzeugen – mehr oder weniger situativ – immer wieder neue und selektive Bezugnahmen der Netzwerkelemente aufeinander. Sie erhalten ihre Mehrdeutigkeit hinsichtlich der Lösungsoptionen und setzen weniger auf Routinen als Organisationen.

²⁴ Rohde (1974, 345f.).

²⁵ Mit dem Begriff *requisite variety* sind die Handlungsmöglichkeiten und Freiheitsgrade gemeint, entsprechend denen dann auf eine Diversität von Problemlagen und Anforderungen in unterschiedlicher Weise reagiert werden kann. Die *requisite variety* stellt damit ein Maß für die Flexibilität eines Systems dar (vgl. Ashby 1956).

²⁶ Ein gutes Beispiel hierzu liefert die Arbeitsgruppe um den Onkologen Herrmann, die in den größten bekannten Betrugsfall der Wissenschaftsgeschichte der Bundesrepublik verwickelt war. Solange die Geschehnisse nicht öffentlich und damit justiziabel wurden, konnten die Beteiligten erheblich in ihrer Karriere voneinander profitieren (vgl. den DFG-Abschlussbericht der Task Force F. H. http://www.dfg.de/aktuell/download/abschlussbericht_fh.pdf, Download 14.9.2001). Siehe auch Fußnote 7, S. 215f.

Netzwerke können über Organisationen und Gruppen hinweg operieren, aber auch innerhalb einer Organisation ein spezifisches Kontrollregime entfalten. Die Eigendynamik dieser Netzwerke beruht weder auf einem distinktiven binären Systemcode (wahr/falsch, haben/nicht haben, krank/gesund, recht/unrecht) noch auf einer organisationalen Entscheidungskommunikation, die trennscharf zwischen Mitgliedern und Nichtmitgliedern unterscheiden kann. Netzwerke operieren vielmehr auch in Bezug auf die Systemgrenzen mit Unschärfen und ›multiplen Kontingenzen‹, die durch die Vielfalt an verflochtenen Beziehungen zugleich hergestellt wie auch bewältigt werden. Die Realität der systemischen Kontexturen Medizin, Recht, Wirtschaft, Politik etc. sowie die Herrschaftsdynamik formaler Organisationen ist damit nicht aufgehoben, wird jedoch mit dem Netzwerk durch eine weitere Dynamik unterfüttert.

In Hinblick auf das Verhältnis von Netzwerktheorie und Systemtheorie ist es gewissermaßen ›Geschmackssache‹, welche Theoriekonzeption man als den primären Rahmen begreift. Man kann mit einer systemtheoretischen Konzeption anfangen, welche zunächst im Sinne der autopoietischen Schließung die System-Umwelt-Grenzen überpointiert. Diese Grenzen können dann jedoch anschließend im Sinne von ›strukturellen Koppelungen‹ als durch Netzwerkbindungen *untertunnelt* und unterlaufen gesehen werden. Alternativ kann man aber auch mit dem typologisch offeneren Rahmen der multiplen Kontingenzen multizentrischer Identitäts-Kontroll-Versuch-Arrangements beginnen, um dann in einem zweiten Schritt auch distinguiertere »styles«²⁷ identifizieren zu können, welche – homolog den Luhmannschen Funktionssystemen und Organisationsstudien – darauf hinweisen, dass das zunächst aufgeworfene Übermaß an Kontingenz üblicherweise durch vorformatierte gesellschaftliche Skripte wieder geschlossen wird.

Relevanz der netzwerktheoretischen Beschreibung

Die Netzwerkperspektive wird zum einen immer dann interessant, wenn wir es mit bestimmten professionellen Gemeinschaften oder Milieus zu tun bekommen, die durch ihre eigene Sozialisationsgeschichte per se schon ein hohes Maß an Vernetzung zu ihren peer groups mit sich bringen (siehe hierzu ausführlicher das Kapitel »V Professionen«).

Zum anderen kommt sie immer dann ins Spiel, wenn Versorgungsleistungen über verschiedene Anbieter und Akteursgruppen hinweg zergliedert werden.

27 Vgl. White (2007).

Netzwerke leisten eine strukturelle Koppelung zwischen institutionell getrennten organisationalen Einheiten. Sie gestalten damit eine System-Umwelt-Beziehung, ohne dabei im Detail festlegen zu müssen, auf welche Weise und mit welchen Konsequenzen dies geschieht. Sie antworten damit auf ein Bezugsproblem der zunehmenden funktionalen Differenzierung der Gesellschaft, die in vielen Spezialfeldern extrem leistungsfähig ist, aber in Hinblick auf die Koordination der diversifizierten Bereiche nicht mehr darauf hoffen kann, dass bürokratische Organisationen die hiermit aufgeworfenen Kontingenzen in zugleich handhabbare wie auch effiziente Verfahren einsparen können.

Mit Blick auf die hier zu leistende polykontexturale Beschreibung erzeugen Netzwerke einen spezifischen Eigenwert, ohne dabei jedoch die Differenzstruktur der anderen Perspektiven aufheben zu können. Dieser ergibt sich aus der Aufgabe festzustellen, welchem Kooperationspartner man vertrauen kann und welchem nicht, um so die Unsicherheiten der netzwerkförmigen Kooperationen durch wechselseitige Kontrollversuche in Zaum halten zu können.

Die Eigenlogiken von Medizin, Wirtschaft, Recht sowie der hierarchischen Entscheidungskommunikation von Organisationen werden damit nicht weniger real. Doch die Netzwerkdynamik fügt der Kommunikation einen weiteren Modus hinzu, wie man die vielen Unsicherheitsfelder der Krankenbehandlung bewältigen und in ein Arrangement bringen kann. Im Sinne der Rekonstruktion empirischer Verhältnisse kann es hier also nicht darum gehen, generell die eine Perspektive zugunsten der anderen zu bevorzugen. Vielmehr ist es wichtig, abhängig von der jeweiligen Fragestellung zu entscheiden, welche Aspekte notwendig sind, um ein hinreichendes Verständnis der empirisch relevanten Systemarrangements zu bekommen.

Das in der Netzwerktheorie aufgeworfene Spannungsfeld von ›Identität und Kontrolle‹ ist beispielsweise in den vielfältigen Formen von Kooperationen von Relevanz, in denen Probleme und Lasten von einem Netzwerkpartner zum anderen verschoben werden müssen. Ob beispielsweise eine nachsorgende Einrichtung bereit ist, einen Problempatienten eines kooperierenden Krankenhauses aufzunehmen, hängt aus dieser Perspektive nicht zuletzt davon ab, wie das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz hier jeweils beiderseits durch beständige Aktualisierung von ›stories‹ als situatives ›Gleichgewicht‹ austariert wird.

Zudem ergibt sich aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive die Frage, inwieweit erst die Kombination von technischen Möglichkeiten (›Controlling‹) und ökonomischen Verschiebungen (Einführung der ›DRGs‹, Disease-Management-Programme, Einführung von Marktelementen in die Beziehung von Kassen und Leistungs-

erbringen) jene hyperkomplexen Verhältnisse erzeugt hat, welche netzwerkförmige Organisationsformen als attraktiven Eigenwert der organisierten Krankenbehandlung erscheinen lassen (siehe hierzu ausführlich das folgende Kapitel).

Im Sinne der vorangegangenen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass Netzwerke nicht per se eine ökonomischere, qualitativ hochwertigere oder wissenschaftlich rationalere Organisationsform der Krankenbehandlung darstellen. Wenngleich zum Aufbrechen der bürokratischen Strukturen von Organisationen hin zu flexibleren Kooperationsformen derzeit mit Blick auf die komplexen Lagerungen der gegenwärtigen Gesellschaft keine wirkliche Alternative zu bestehen scheint,²⁸ sind auch die Leistungen der Netzwerkkommunikation nicht ohne Folgelasten zu haben.

Der Abbau von Hierarchien und der Wechsel zu heterarchischen Organisationsformen bringt mit Blick auf die sich dynamisch verschiebenden Grenzen eine Reihe neuer Bezugsprobleme mit sich. So entdeckt etwa Kühl in Hinblick auf die immer wieder neu auszuhandelnden Abhängigkeitsverhältnisse ein »Identitäts-«, ein »Politisierungs-« und ein »Komplexitätsdilemma«.²⁹ Die Verhältnisse erscheinen nun in einem solchen Ausmaß dynamisiert, dass ein erheblicher Teil von Energie und Aufmerksamkeit dafür aufgewendet werden muss, die kontinuierlich aufbrechenden Unsicherheiten zu beruhigen.

Die Frage nach der Funktionalität und Leistungsfähigkeit der Systemarrangements wird hiermit zu einer *Designfrage*, wenn wir Design mit Baecker als »strukturelle Koppelung zwischen Kommunikation und Bewusstsein« begreifen.³⁰

Mit Blick auf die derzeit viel diskutierten Thesen der Gesundheitsökonom Porter und Teisberg stehen Netzwerke keineswegs für sich selbst, sondern sind ihrerseits hochgradig in die Anreizsysteme eingewoben, welche die ›Gesellschaft‹ als Rahmen zur Verfügung stellt.³¹

Wenn aber hier Konstellationen vorherrschen, die ein Win-Win-Spiel unmöglich machen, und die Leistungsvollzüge an Surrogatparameter gebunden werden, die ihrerseits an virtuelle Produkte gekoppelt sind, wird die Designfrage virulent, denn die Krankenbe-

28 Vgl. Baecker (2008b).

29 Kühl (1994, 11). Siehe zu Unternehmensnetzwerken aus einer mikropolitischen Perspektive auch Windeler (2001).

30 Baecker (2005, 268).

31 Porter und Teisberg fordern ein ökonomisches Anreizsystem, das die Qualität des gesamten Behandlungsprozesses zur Messgröße nimmt, anstelle mit den DRGs eine Klasse virtueller medizinische Produkte zu erschaffen, die gar nicht das leisten können, was sie sollen (vgl. Porter/Teisberg 2006; Porter/Teisberg 2007).

handlung wird dann zu einem Unternehmen, welches auf verschiedensten Ebenen Verlierer produziert, da den Beteiligten – man kann dies Entfremdung nennen – immer weniger klar wird, worum es eigentlich geht. Wenn die Arbeit an der eigenen Identität und Position nun auf Dauer gestellt wird und nicht mehr durch eine bürokratisch geregelte Rollenverteilung beruhigt wird, entsteht ein weiterer ›Stress‹ im System, der nichts mehr mit den eigentlichen Leistungsvollzügen zu tun hat.

Doch dass sich unterschiedliche Systemrationalitäten in einem Systemarrangement zu einer übergreifenden Rationalität verbinden, stellt aus einer differenztheoretischen Perspektive sowieso eher die Ausnahme als die Regel dar.

IV MENSCH-TECHNIK-ENSEMBLES

In Hinblick auf die Frage, wie die im vorhergehenden Kapitel problematisierten Systemarrangements ausgestaltet und stabilisiert werden können, hat die von Latour, Callon und Law entwickelte *actor network theory* (ANT) eine weitere komplementäre Perspektive zu bieten. Die ANT entstand im Kontext ethnografisch angelegter Untersuchungen zur Laborarbeit naturwissenschaftlicher Forscher¹ und entwickelte sich dann über die *science studies* hinausgehend zu einem übergreifenden soziologischen Forschungsparadigma.²

Latour teilt mit der Luhmannschen Systemtheorie und der White'schen Netzwerktheorie die Auffassung, dass soziale Ordnungen stets prekär sind und dass man die Entstehung und Stabilisierung sozialer Phänomene eher von der Perspektive ihrer Unbestimmtheit und Unwahrscheinlichkeit her angehen müsse. Auf der Ebene des Sozialen gibt es hier weder feste Identitäten noch allgemeingültige Gesetze, sondern nur noch Prozessstrukturen, die durch ihre eigenen, jeweils im Einzelfall nachzuvollziehenden Operationen erst jene Phänomene hervorbringen, die dann (fälschlicherweise) unter dem Sozialen subsumiert werden. Von Gesellschaft, Normativität und dem Sozialen lässt sich hier streng genommen nicht mehr im Nominativ, d.h. in substantivierter Form sprechen, denn soziale Prozesse lassen sich aus dieser Perspektive nur noch prozessual, d. h. operativ im Sinne einer Verkettung wechselseitiger Stabilisierungsbewegungen beschreiben.

Auch wenn Latour bislang noch nicht explizit auf White Bezug nimmt, steht die ANT seiner Netzwerkidee in metatheoretischer Hinsicht recht nahe, denn auch hier gewinnen Akteure ihre Stellung nicht mehr vom Sein oder vom Bewusstsein her, sondern ausschließlich durch ihre kommunikative *Wirkung*. Der ontische Status dessen, was wirkt, tritt damit in den Hintergrund. Ob eine Identität ›wirklich‹ aus sich heraus handelt, nur einem mechanischen Programm folgt oder gar nur ein virtuelles Zurechnungskonstrukt eines anderen Aktanten darstellt, spielt hier keine Rolle.

¹ Vgl. Latour/Woolgar (1986).

² Siehe zu einer diesbezüglichen Soziologie des Marktes Callon (1998; 2006), der politischen Herrschaft Callon/Latour (2006) sowie zur Idee einer übergreifenden soziologischen Infraprache Latour (2007).

Als neues Element der Rekonstruktion wird mit Latour nun auch die Rolle *nicht-menschlicher* Akteure gewürdigt. Natürliche und artifiziell erzeugte ›Dinge‹ erscheinen jetzt als wesentlicher Bestandteil sozialer Prozesse, wobei ihre Wirkung dann ihrerseits von sozialen und kommunikativen Prozessen abhängt. Die in den Sozialwissenschaften übliche Unterscheidung zwischen Kultur und Natur, sozialer Welt und Objektwelt wird hiermit zugunsten *menschlich-technischer Ensembles* unterlaufen.

Beispielsweise wurde mit Latour die Gesellschaft in Frankreich eine andere, nachdem Louis Pasteur die Bakterien mit ihrer krankheitserregenden Wirkung entdeckt hat. Erst Pasteurs Entdeckung hat Bakterien auf die Bühne des Sozialen gehoben und damit zu eigenständigen Aktanten enaktiert, die nun andere Aktanten und Akteure veranlassen, in einer anderen Weise zu handeln³ – etwa indem nun andere Hygieneregimes gefordert werden, epidemiologische Denkweisen opportun erscheinen und die Suche nach Antibiotika beginnen kann. Im Sinne Latours netzwerktheoretischer Konzeption ist ein Aktant etwas, das von anderen Entitäten zum Handeln gebracht wird, um dann wiederum seinerseits auf andere Aktanten eine Wirkung auszuüben.⁴ In diesem Sinne gewinnen dann wissenschaftliche Entdeckungen, technische Erfindungen aber auch sozialwissenschaftliche und religiöse Konzepte ein kommunikatives Eigenleben und entfalten ihre jeweils eigenen Wirkungen innerhalb der jeweiligen Netzwerke, in die sie eingebunden sind.

Wir finden nun (physische) Räume, Techniken, Apparaturen, Prozeduren, Akten, organisatorische Pfade und unterschiedliche Akteure vor, die ein Netzwerk *bestimmter* Konstellationen bilden. Auf diese Weise lassen sich nun strukturierte Prozesse erkennen, die ihre Form und Gestalt weniger durch das Wollen (›subjektive Werte‹) oder die Kognitionen (›objektive Tatsachen‹) einzelner Akteure gewinnen, denn sich als Sukzession hybrider, aneinander gekoppelter Praxen entfalten. Diese gestalten nur dadurch Realität, dass jeweils ein weiterer kommunikativer Anschluss gebahnt wird, um auf diesem Wege dann beschreibbare ›Gewebe‹ (Geertz) entstehen zu lassen.⁵

Diese Gewebe bilden eine ›Kulturform‹, die deshalb eine gewisse Stabilität aufweist, weil ihre Wirkzusammenhänge Ähnliches und Vertrautes instruieren.

3 Vgl. Latour (2000, 175ff.).

4 Siehe zu dem hieraus folgenden deontischen Handlungsbegriff das Kapitel »Zweite Quelle der Unbestimmtheit: Handeln wird aufgehoben« aus Latour (2007, 76ff.).

5 Siehe aus einer kultursemiotischen Perspektive Geertz (1983).

Ich betrete den OP [Operationssaal] um 07:30 Uhr. Der Anästhesist (A1) ist am Telefon. Die Patientin liegt bereits im OP, ist aber noch nicht narkotisiert. Die Patientin ist ein Dialysefall, deshalb werden die aktuellen Blutgerinnungswerte der Patientin vor der Operation benötigt. Die in der Patientenakte enthaltenen Werte haben das Datum von gestern und aus diesem Grunde versucht A1 telefonisch aktuelle Werte zu bekommen. A1 erklärt mir, dass im Normalfall die Gerinnungswerte um 06:00 Uhr auf der Bettenstation genommen und anschließend der Patientenakte beigelegt werden. A1 habe diesbezüglich sowohl den Stationsarzt als auch die Stationsschwester am Vortag instruiert, jedoch scheint es trotzdem versäumt worden zu sein. A1 ruft nun im Labor an, um nach den aktuellen Werten zu fragen. Die Werte, die ihm als aktuell durchgegeben werden, stimmen zu 100 % mit denen des Vortags überein. A1 zweifelt die Aktualität dieser Werte an, da eine Dialyse zwischen den beiden Messungen lag und sie somit auf keinen Fall identisch sein können. A1 entscheidet, Blut direkt im OP abzunehmen und die Werte erneut zu bestimmen.

Beobachtungsprotokoll einer Szene im OP-Saal, Cornelius Schubert (2006, 194).

So findet man in der Krankenbehandlung beispielsweise Akten vor, die auf Bestimmtes verweisen und anderes nahelegen.⁶ Man trifft auf Körper, die sich durch institutionalisierte Prozeduren zum Sprechen bringen lassen. Man kooperiert mit diagnostischen Maschinen, die Bilder und Texte vom Körper erzeugen, um auf diesem Wege einzelnen Organen, Blutbildern, Herz- und Hirnfunktionen und Genen eine Stimme zu verleihen.⁷ Man bewegt sich in architektonischen und organisatorischen Gebilden, die bestimmte Schritte erleichtern und andere erschweren. Man arbeitet in einem Team, dass über subtile Relevanzordnungen im Hinblick darüber verfügt, wer wem bei welchen Fragen und in welcher Form vertrauen kann.⁸ Infusionspumpen, die piepend Tonsignale geben, Instrumente, die eine bestimmte Form der Benutzung nahelegen,⁹ Krankenschwestern, die auf sanfte Weise Ärzte und Patienten instruieren – all dies zusammen bildet ein Netzwerk aus ›menschlichen und nichtmenschlichen Aktanten‹ (Latour).¹⁰ In diesem verschwimmen in Bezug auf die Frage der Handlungsträgerschaft die Grenzen zwischen Ursache und Wirkung. Behandelnde sowie behandelte Akteure *und* technische Artefakte gehen in diesen

6 Vgl. Berg (2008).

7 Vgl. Atkinson (1995).

8 Vgl. Cicourel (1987b; 1990).

9 Vgl. hierzu Schuberts Untersuchungen zur Kooperation im Operationssaal (Schubert 2006).

10 Vgl. Latour (2000).

Praktiken eine Gemengelage ein, die sich nur noch mit Blick auf die Sequenzialität von Praxen sinnvoll beschreiben lässt. Mit der *actor network theory* werden Beschreibungen möglich, welche die Grenzen zwischen ›Kultur‹ und ›Natur‹ sowie ›sozialen Tatsachen‹ und ›Objektwelt‹ unterlaufen. Technische Artefakte erscheinen nun nicht mehr (nur) als Mittel, sondern auch als ›Mittler‹, um soziale und kulturelle Programme auf Dauer zu stellen und zu ›verhärten‹.¹¹ Die Frage, wer hier eigentlich handelt, ist aus prinzipiellen Gründen empirisch nicht (mehr) zu beantworten, denn mit »der Zeit werden die Beziehungen zwischen Objektivität und Subjektivität gerade nicht immer weiter geklärt, sondern werden Menschen und nichtmenschliche Wesen immer stärker und in immer größerem Maßstab miteinander vernetzt«.¹²

Wozu Technik?

Zunächst stellt sich hier die Frage nach dem analytischen Mehrge-
winn einer solchen Beschreibung. So könnte man denken, dass die Elemente der Objektwelt als Zweckprogramme in linearer Weise in die Handlungsprogramme der menschlichen Akteure überführt und damit in Bezug auf ihre Rolle als eigenständige Aktanten sozusagen einfach herausgekürzt werden können. Objekte erscheinen dann nur als *Mittel*, als Instrument, um ein (sei es auch nur ein zugerechnetes) Wollen zu erweitern. Hier ließe sich dann einfach Marshall McLuhan folgen,¹³ der Räder als eine Erweiterung der Füße, Kleider als Ausdehnung der Haut und elektronische Schaltkreise als Vergrößerung des Nervensystems betrachtet.

Doch mit Latour stellt die hiermit immer noch aufrechterhaltene Trennung zwischen Subjekt und Objekt, zwischen Mensch und Produkt nichts weiter als ein rationalistisches Selbstmissverständnis einer sich fälschlicherweise als ›modern‹ verstehenden Gesellschaft dar.¹⁴ Sobald man die Verwicklungen von technischen Artefakten und Menschen genauer betrachtet, können die Elemente der Dingwelt nicht mehr einfach nur als Mittel eines konkreten Zwecks angesehen werden, sondern es wird deutlich, dass sie – sobald von

11 Nicht nur Latour arbeitet mit der Differenzierung zwischen ›Mittler‹ und Medien. Homologes finden wir bei Luhmann (1991) mit der Unterscheidung von ›Rationalität‹ und ›Installation‹ und der ›Zuhandenheit‹ und ›Vorhandenheit‹ bei Heidegger (2006 [1926]).

12 Vgl. Latour (2000, 244ff.).

13 McLuhan/Fiore (2001, 26f.).

14 Latour (2002).

ihren Schöpfern in die Welt gesetzt – ein ›Eigenleben‹ entwickeln und soziale Systeme auf *nicht-intendierte* Weisen mitbestimmen.¹⁵

Ihre *neuen* Wirkungen resultieren einerseits aus den Bezugsproblemen sozialer Systeme, andererseits aus Mutationen in den Handlungsprogrammen der die Technik nutzenden Akteure.

Ärztin: »Wenn man unklar ist, wie man behandeln soll, macht man manchmal ein Bild, damit man schon mal etwas gemacht hat. ... Man gewinnt dadurch Zeit. Und in dieser Zeit verändert sich der Zustand des Patienten so, dass der Entscheid zum Handeln erleichtert wird. Es ist schwierig nichts zu machen. Man muss ja eine Handlung anbieten« (Dr. med. Bettina Matter, Gynäkologin).

Aus: Regula Valéria Burri (2008, 262).

Eines der zentralen *Bezugsprobleme* der Kommunikation ist die Frage, wie sich Unsicherheiten in handlungsleitende Orientierungen transformieren lassen, die ein Und-so-weiter wahrscheinlich werden lassen. Die vielfältigen in unserer Lebenswelt anzutreffenden materialisierten Formen erscheinen dabei als wirkmächtige Helfer, die genutzt werden können, um die ihrer Natur nach außerordentlich flüchtigen sozialen Prozesse zu zentrieren. Sie stellen ›Quasi-Objekte‹ dar,¹⁶ um Aufmerksamkeiten und Handlungsvektoren zu bündeln.

So mag man beispielsweise als Arzt bei einem Patienten zwar immer noch nicht weiterwissen, kann aber dennoch mit der Behandlung fortfahren, indem man erneut die Laborroutinen anschiebt. Die Fallkomplexität und der offensichtliche Leidensdruck scheinen zwar überfordernd, doch durch die Akte und die hierin vorformatierten Formblätter lässt man sich in ein vordefiniertes Prozedere einspüren. Man weiß zwar nicht wirklich um die Kriterien, welche eine ökonomisch sinnvolle Medizin ausmachen, folgt aber den vom Computer präsentierten Zahlen, um sein Handeln stur an der Optimierung der vorgegebenen Parameter auszurichten.

Technische Artefakte und die von ihnen produzierten Pfade beruhen in hohem Maße Reflexionsverlegenheiten, indem sie perfor-

15 Es kann dann durchaus auch seitens der Ärzte als Entfremdung erlebt werden, wenn sie Patienten nur noch in Form ikonografischer Abbildungen behandeln (siehe Verghese 2008).

16 Serres (1987). Serres gibt hier das Beispiel des Fußballes in einer Gruppe von Jungen. Diese, wengleich sie untereinander nur wenige Orientierungen gemeinsam teilen, gruppieren sich nun um den Ball als ›Quasi-Objekt‹, um dann in dem hieraus erwachsenen Spiel eine soziale Gruppe zu bilden.

mativ instruieren, was im nächsten Schritt zu geschehen habe. Sie erscheinen mit Latour nicht mehr (nur) als ›Mittel‹, sondern auch als ›Mittler‹, der Ordnung und Orientierung stiftet. Der Arztkittel, die Untersuchungsinstrumente, das Krankenbett, der Bildschirm, der Laborausdruck, die räumliche Platzierung der Pflegestation und das Arztzimmer sind wichtige Momente eines Rollengefüges, das ohne diese ›Stabilisatoren‹ schnell Gefahr läuft, all die vielfältigen Kontingenzen der Krankenbehandlung aufbrechen zu lassen.¹⁷ Dass beispielsweise der Patient im Krankenhaus, wie Rohde feststellt, buchstäblich keine Stellung, sondern bestenfalls eine Lage hat,¹⁸ braucht aufgrund der durch das Gesamtarrangement inszenierten Faktizitäten nicht mehr interaktiv ausgehandelt zu werden. Technische und andere Artefakte ›verhärten‹ soziale Programme. Das Gedächtnis der Krankenbehandlung erscheint hiermit als ein soziales Gedächtnis,¹⁹ das in die multizentrische Struktur eines Netzwerks aus nicht-menschlichen und menschlichen Aktanten eingewoben ist.

Mutationen von Handlungsprogrammen treten auf, wenn die Koppelung der im Netzwerk beteiligten Aktanten zu einer Verschiebung oder Neukonfiguration von Wirkzusammenhängen führt. Latour macht dies beispielhaft deutlich an der Beziehung zwischen einem Menschen und seinem Gewehr.²⁰ Dieser mag sich vielleicht in seinem Landhaus unsicher fühlen und legt sich entsprechend eine Schusswaffe zu. Am Anfang besteht eine klare Subjekt-Relation. Der Mensch besorgt sich ein Instrument, um sich im Zweifelsfall verteidigen zu können. Sobald er jedoch das Gewehr in seinem Besitz hat, können sich weitere, zuvor nicht intendierte Wirkungen entfalten. Er kann sich nun stark und übermächtig fühlen und entsprechend geneigt sehen, bei einem verbalen Konflikt mit einem Nachbarn diesen mit der Waffe zu bedrohen. In diesem Falle ist aus der Waffe und seinem Besitzer etwas Neues entstanden, nämlich ein Waffenmensch, dessen Orientierungen vermittelt durch das Gewehr von der ursprünglichen Zweck-Mittel-Beziehung abweichen. Analytisch kann das Gewehr hier nicht mehr nur als Instrument gesehen werden, sondern als Vermittler, als ein Aktant, der andere Akteure dazu bringt, neue Handlungsprogramme aufzuführen.

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

18 So Rohde (1974, 397).

19 Siehe zum sozialen Gedächtnis auch Vogd (2007).

20 Vgl. Latour (2000, 213ff.).

Hybride Konstruktionen aus menschlichen und nicht-menschlichen Aktanten erzeugen Lagerungen, die zu Verschiebungen in Bezug auf die ursprünglichen Handlungsvektoren führen. Es können nun veränderte Zweck-Mittel-Relationen erscheinen, neue Bedeutungen assoziiert werden, die dennoch auf das ursprüngliche Ziel führen, oder umgekehrt können sich auch unterschiedliche Zielprogramme zu einem Geschehen verschränken, das allein von dem Prozess, jedoch nicht mehr durch die von den Einzelakteuren ursprünglich in Betracht gezogenen Ziele getragen wird.²¹

Visite eines Patienten mit einer schweren myeloischen Leukämie (im Patientenzimmer)

Ärztin im Praktikum (zu Herrn Mertelsmann): Wie geht es Ihnen?

Patient: Gut (wirkt freudig und sitzt auf dem Bett).

Ärztin im Praktikum: Haben Sie es schon gehört? o,5!

Patient: Ja, o,5.

Ärztin im Praktikum: Ist dann keine statistische Abweichung, die Zellen kommen jetzt.

Patient: ... dann können wir ja diese Woche Möbel kaufen gehen.

Ärztin im Praktikum: Ein bisschen werden Sie noch bleiben müssen ...

Patient: Ich weiß ... aber wir ziehen jetzt um ... von Lichtenrade nach Lichterfelde ... die Wohnung ist dann 500 Mark billiger ... wenn dann mal meine Frau alleine ist, kann sie das ja gar nicht mehr finanzieren (Patient erzählt über das Umbauen der Wohnung und Details darüber, wie das Bad eingerichtet werden soll ...), aber der Umzug ist dann erst im März ...

Ärztin im Praktikum: Aber mit den Zellen, dann werden Sie ja bald wieder nach Hause können ... eigentlich sollten wir ja jetzt ein Fest feiern.

Patient: Nach Feiern ist mir nicht zumute ... (*Die Ärztin schaut auf den Kopf, tastet die Lymphome.*)

Dr. Merkel: Müssen wir jetzt bald mit dem Thalidomid ...

Patient: Da wird sich meine Frau riesig freuen, dass ich bald mal wieder nach Hause komme ...

Ärztin im Praktikum: Müssen wir wegen dem Kopf noch mal bei der Strahlentherapie vorstellen ... dass mit dem Thalidomid braucht dann auch länger ...

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer hämatologischen Station eines Universitätsklinikums (Vogd 2004b, 332).

21 Siehe ausführlicher Latour (2000, 216ff.).

Schauen wir beispielsweise auf den Prozess einer Krankenbehandlung eines älteren Herrn mit einer schweren myeloischen Leukämie.²² Die Latoursche Perspektive lenkt das Augenmerk nun auf jene Entitäten, die als Aktanten so wirkmächtig sind, dass sie den Prozess (mit)gestalten können. Unter anderem spielen mit: *Blastozyme* (myeloische Tumore), die den Körper durchsetzen; unterschiedliche *Chemikalien*, welche den Tumor in Schach halten; unterschiedliche *Infektionskrankheiten* und *Labore*, die diese identifizieren; *Immunzellen*, die Infektionskrankheiten abwehren und deren *Stammzellen*, die mit speziellen Maschinen gesammelt nun in *Kühltruhen* außerhalb des Körpers auf ihren Einsatz warten; *Antibiotika*, welche die Funktion der Immunabwehr übernehmen; *Blutprodukte*, die das substituieren, was der Körper nicht mehr selbst produzieren kann, zusammengesetzte *Therapeutika*, welche darauf warten, in den finalen Kampf gegen den Tumor zu ziehen; *Messinstrumente*, welche über die Größe der Zellverbände Auskunft geben; *Computerprogramme*, die über Statusveränderungen informieren; *Pflegekräfte*, welche anstelle des geschwächten Körpers handeln; ein *Patientenbewusstsein*, demgegenüber Rechenschaft abzulegen ist und das seinerseits auf gewisse Art und Weise gepflegt sein will; *Ärzte*, die unterschiedliche Datenströme zu einem Plan verbinden; *Akten*, welche als Gedächtnis dafür sorgen, dass nur bestimmte Dinge erinnert und anderes dem Vergessen überantwortet wird; ein *Krankenhaus*, dessen technische und organisatorische Möglichkeiten bestimmte Behandlungspfade nahelegen.

Innerhalb der *Logik der Praxis* verbinden sich all diese ›Mitspieler‹ zu einem *Netzwerk* sich wechselseitig bedingender Aktionen. Auch wenn die meisten Beteiligten wissen, dass keine Heilungschance mehr besteht, geht es in dem oben genannten Beispiel *nicht* ums Sterben, sondern um sukzessive voranschreitende Gegenwarten, aus denen sich jeweils neue Konstellationen ergeben, welche die beteiligten Aktanten zu den nächsten Spielzügen ermächtigen.

Die *actor network theory* lenkt den Blick auf die Verkettung von *Praxen*, deren Verbindung durch nichts anderes als eben diese *Praxen* geschieht. Streng genommen geht es aus dieser Perspektive nicht mehr um einen übergeordneten Sinn, weder um Sterbebegleitung noch um Heilung, sondern um eine hochgradig laborierte Kulturform einer Krankenbehandlung, die über die Verkettung unterschiedlichster Aktanten gelernt hat, auf solch komplexe Weisen mit Körpern, Psychen, Angehörigen, Chemikalien etc. umzugehen. Die

22 Siehe Vogd (2004b, 326ff.) sowie zu einer ausführlicheren Falldarstellung aus einer Latourschen sowie einer systemtheoretischen Perspektive Vogd (2008a).

über kontinuierliche Prozeduren erzeugten Messwerte erscheinen dann als ›Quasi-Objekte‹ (Serres), um verschiedenen Aktanten Anschlussmöglichkeiten zu eröffnen, sich weiterhin um den Fall versammeln zu können. Die Arrangements, die hier gefunden werden, tragen weder auf Basis gemeinsamer Inhalte noch in Hinblick auf eine intersubjektiv geteilte Situationsdefinition. Die Gestalt ergibt sich vielmehr allein aus der Verkettung von Perspektiven, die das Netzwerk der Krankenbehandlungen erneut attraktiv werden lassen. Die ›Ausgrenzung des Chaos‹ – die Verbindung zu einer Kultur der Krankenbehandlung – geschieht nicht über einen gemeinsamen Sinnhorizont, sondern als *geteilte Praxis*, die nun als verbindendes Moment unterschiedliche Akteure zu einer *Form* zusammenfinden lässt, eben zu jener Latourschen Gemeinschaft aus menschlichen und nicht-menschlichen Aktanten, welche die flüchtigen sozialen Prozesse erst stabil werden lässt.

Mit Latour entsteht ein dem Common Sense radikal entfremdeter Blick, denn das, was normalerweise mit der Zweckveranstaltung der Krankenbehandlung verbunden wird, rückt hier weit in den Hintergrund. Zugleich entsteht jedoch eine Perspektive, mit der es gelingt, das Soziale so *flach* zu halten, dass man sich von den normativen Vorstellungen der Logik über die Praxis löst, und stattdessen mit ethnografischer Genauigkeit die Konstitutionsbedingungen realer Praxen selbst in den Blick bekommt.

Das Zustandekommen der modernen Krankenbehandlung erscheint nun als eine hoch unwahrscheinliche Angelegenheit, die auf eine Vielfalt von Aktanten als Helfer rekurrieren muss, um sich selbst in Form eines Netzwerks als eine Einheit plausibilisieren, legitimieren und stabilisieren zu können.²³

Mit der Hinzuziehung der nicht-menschlichen Aktanten handelt sich die *actor network theory* ein hohes Maß an Beschreibungskomplexität ein und hat zudem zu lernen, dass das Verfassen ihrer Berichte selbst eine Quelle der Unbestimmtheit darstellt.²⁴ Der Sinn bzw. die Notwendigkeit, dennoch diese Perspektive aufzugreifen, begründet sich jeweils durch die empirischen Lagerungen des untersuchten Gegenstandes.

Für die Erforschung der organisierten Krankenbehandlung ergibt sich insbesondere dann ein Bedarf, hier genauer hinzuschauen, wenn neue Technologien eingeführt werden, die das Behandlungs- und Kommunikationsgefüge stark beeinflussen. Die Entscheidung für die Relevanz der Latourschen Perspektive ergibt sich insbesondere

23 Vgl. in Referenz auf einen Besuch beim Zahnarzt und mit Betonung der Krisenhaftigkeit dieser Veranstaltung Baecker (2007b).

24 Vgl. Latour (2007, 211ff.).

in Konstellationen, in denen bestimmte, bislang in ihrer Wirkung unbekannte Aktanten *tatsächlich* einen Akteursstatus bekommen. So kann dann beispielsweise die Technik im Operationsaal als ein eigenständiger ›Handlungsträger‹ gesehen werden, der seinerseits eine gewisse Eigenaktivität entwickelt und entsprechend vom menschlichen Personal auf seine Eigenarten hin zu interpretieren ist. Eine chirurgische Operation kann in diesem Sinne als ein sich selbst organisierendes Ensemble verstanden werden, an dem nicht nur Mensch-Mensch-, sondern auch die Mensch-Technik-Interaktionen einen wesentlichen Anteil haben.²⁵

Es ist Freitag, ungefähr Mittag. Matthew, der leitende Krankenpfleger der Onkologie stößt mit Fred, dem Oberarzt zusammen. Matthew wurde gerade mitgeteilt, dass eine ›akute Leukämie‹ vom regionalen Krankenhaus hergeschickt wurde. Edward, der Assistenzarzt in Facharztausbildung, tritt hinzu; er hat bereits mit Richards gesprochen, einem onkologischen Oberarzt, der in die Überweisung des Falls involviert war. Edward hat sich Notizen von diesem Gespräch gemacht und beginnt mit einer Zusammenfassung von dem, was bereits passiert ist. ›Weiblich, 1969, Pearson, akute Leukämie, wahrscheinlich lymphoblastisch. Abstriche, gefärbt und ungefärbt.‹ Fred unterbricht: ›Sind das Knochenmarkproben? Oder Blutabstriche?‹ Edward, der es nicht weiß, listet weiter auf: ›... Montagmorgen: Chromosomentest, Knochenmarkbiopsie ... Vitamin B12 und Folsäure...‹ Fred unterstreicht diese letzten Wörter: ›Wir müssen das jetzt tun.‹ ›... Hickmann-Katheter [ein Katheter, der in die Subclavia-Arterie eingeführt wird, durch den die Chemotherapie und die Blutzellen verabreicht werden können]... Peters [ein Chirurg] am besten Montagmorgen.‹ Fred nickt. Hinter ihnen sitzt eine junge Frau auf einer Bank und weint. Matthew sieht sie an. ›Sie ist hier ...‹

In dem Büro des Oberarztes sehen sie die Schachteln, welche Frau Pearsons Abstriche enthalten. ›Dies ist Knochenmark, siehst du?,‹ sagt Fred. ›Es gibt kleine Bröckelchen darin. Und sie sind auch farbig. Gut, dann können wir die Diagnose heute Nachmittag bestätigen.‹ Er nimmt ein weißes Blatt Papier, setzt sich hin und greift nach Edwards Notizen. ›Montag werden wir die genetischen Untersuchungen machen. Können wir täglich das ganze Zeug zum Genlabor schicken?‹ Matthew nickt. ›Gut. Ich werde alle Bluttests noch einmal durchführen – wir müssen sie so oder so mappen.‹ Er ruft Peters und sagt ihm, dass sie sich über Frau Pearsons Blutgerinnungsfunktion noch nicht im Klaren sind und dass Montag früh genug ist, da ›wir sowieso zuerst eine Diagnose brauchen.‹ Doch Peters zieht es vor, den Hickmann-Katheter bereits diesen Nachmittag anzubringen: Das passt ihm besser in den Plan. Während Fred weiter seine Telefonate führt, um all das zu arrangieren, teilen Edward und er sich die Aufgaben.

25 Vgl. Schubert (2006; 2008).

›Du sorgst dafür, dass diese Bluttests gemacht werden. Alle dringend, und die Blutgerinnungszeit ist erst recht dringend. Und hol dir jetzt eine Thorax-Röntgenaufnahme – wir wollen nicht, dass der Chirurg die Tumormasse schneidet.‹

Beobachtungsprotokoll, geführt von Marc Berg (2008, 72)

Im Bereich medizinsoziologischer Forschung hat insbesondere Marc Berg die Bedeutung der Latourschen Perspektive anhand der Rolle der Patientenakte beleuchtet.²⁶ Zunächst wird am Beispiel des Arzt-Patienten-Gesprächs aufgezeigt, dass ärztliches Entscheiden nicht mehr nur als mentaler Vorgang eines individuellen Arztes begriffen werden kann, sondern als ein durch die Patientenakte und die Stationsroutinen vorformatierter Behandlungsprozess zu verstehen ist, der das vielschichtige und komplexe Geschehen des Aufnahmegesprächs auf ein begrenztes Arsenal von Möglichkeiten reduziert. Darüber hinaus zeigt sich eine zweite Eigenleistung der Akte darin, arbeitsteilige Prozesse zu verzahnen. Bestimmte Eintragungen in die Akte sind ihrerseits instruktiv, um an anderer Stelle der Organisation weitere Arbeitsprozesse zu starten, etwa Laboruntersuchungen zu veranlassen, Experten einzuschalten oder besondere Abrechnungsmodalitäten zu bahnen. Drittens ermöglicht die Akte die Reifizierung der Prozessgeschichte. Brüche, widersprüchliche Befunde und Ungeheimheiten im Behandlungsgeschehen werden mit ihr abschließend zu einer konsistenten Geschichte zusammengefasst, in welcher dem Behandlungsgeschehen *post hoc* ein kohärentes Sinngebilde zugeschrieben wird. Dies kann nur geschehen, indem von der wahren Komplexität des Falles abgesehen und abstrahiert wird sowie Ungeheimheiten getilgt werden. All dies lässt deutlich werden, dass die Einführung neuer Formen der Aktenführung – man denke hier etwa an eine elektronische Akte, die nur bestimmte Eingabemodi zulässt und die Schreib- und Zugriffsrechte qua elektronischer Sperren regelt, eine starke Wirkmächtigkeit auf das Behandlungssystem entfaltet.

Aus Perspektive der *actor network theory* darf der Computer nicht mehr nur als ›bessere Schreibmaschine‹ und/oder als ›verlängertes Aktenarchiv‹ betrachtet werden. Vielmehr erscheint die EDV-Technik selbst als eine Entität, die aufgrund ihrer immensen Rechenleistung von sich aus neue Information erzeugen kann. Aus techniksoziologischer Sicht liegt hier gar die Pointe nahe, dass moderne Computeranlagen aufgrund ihrer Geschwindigkeit, ihrer immensen Speicherkapazitäten und des Faktums, dass sie selbst nicht unerheblich,

²⁶ Berg (1992; 1996; 2008).

jedoch in intransparenter Weise an der Datengenerierung beteiligt sind, eine neue Klasse von Unbestimmtheiten erzeugen, die wiederum den Bedarf wecken, durch Organisation, Interaktion und Netzwerke bearbeitet zu werden.²⁷

Technik im Kontext von Gesellschaft – das Beispiel der DRGs

An dieser Stelle lohnt es sich, etwas ausführlicher auf Wege der Integration der vorangehend vorgestellten Zugänge einzugehen.

Betrachten wir im Folgenden etwas ausführlicher die Verwebung der bislang aufgezeigten Perspektiven am Beispiel der Einführung der so genannten *diagnose related groups* (DRGs), die bereits in Kapitel I unter ›Wirtschaft‹ eingeführt worden sind.

Unterschiedlichste Beobachter attestieren, dass kaum ein anderes Instrument solch eine Wirkung mit sich gebracht hat wie die Einführung der DRGs.²⁸

Das DRG-System, sobald als rechtlich verbindliches Abrechnungssystem implementiert, fungiert als Knotenpunkt eines Netzwerks, um das herum sich weitere Prozesse organisieren können. DRGs können jedoch nicht als Abstraktum auf die Akteure wirken, sondern werden erst dann wirkmächtig, wenn eine Computertechnologie zur Verfügung steht, welche den Wert und die Implikationen einer DRG in Bruchteilen einer Sekunde, also in Kopräsenz zu den jeweils fallbezogenen Entscheidungslagen präsentieren lässt. Innerhalb der Intransparenzräume von Organisation können die DRGs jedoch wiederum von den seitens des Gesetzgebers intendierten eindeutigen Beschreibungen gelöst werden, um im konkreten Arbeitsalltag von den professionellen Akteuren jeweils situationsangepasst re-definiert zu werden.

Erst hierdurch werden die DRGs mit Lowe zu jenen »leaky black boxes«,²⁹ um die herum sich Netzwerke aus Anbietern, Leistungnehmern und Leistungsfinanzierern gestalten, die ihrerseits komplizierte Arrangements entfalten, um Kooperationen aufzubauen, um Lasten zu Ungunsten Dritter zu verschieben und um Durchgriffe von anderen Institutionen auf die eigenen Prozesse abwehren zu können.

27 Baecker (2007a) geht in seiner Gesellschaftsdiagnose gar so weit, von einer ›Netzwerkgesellschaft‹ zu sprechen, denn der Computer lasse eine neue Form der Unsicherheitsabsorption notwendig werden, die insbesondere durch Netzwerke geleistet werden könne.

28 Siehe etwa den von Rau, Roeder und Hensen (2009) herausgegebenen Band »Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung«.

29 Lowe (2001).

Wenngleich die DRGs erst durch die Politik über den Umweg des Rechts zu einer ökonomischen Tatsache wurden, bleibt die Frage, wie sich die DRGs mit dem Gesamtprozess der Krankenbehandlung verzahnen.

Die durch die DRGs und durch die ihnen nachfolgenden Controlling-Instrumente erzeugte betriebswirtschaftliche Zurichtung des Krankenhauses pointiert das von der Netzwerktheorie aufgeworfene Spannungsfeld von ›Identität und Kontrolle‹. An Bedeutung gewinnen nun all die vielfältigen Formen gleichzeitiger Kooperation und Konkurrenz, in denen Probleme von einem Netzwerkpartner zum anderen verschoben werden müssen, dies aber wiederum auf den Charakter der Kooperation zurückwirkt. Ob man beispielsweise einer kooperierenden Einrichtung einen Problempatienten zumuten kann, hängt nun auch davon ab, welches Verhältnis man zu diesem Patienten hat, wie man zu Mitarbeitern eben dieser Einrichtung steht und dem, was man sich von diesen selbst zumuten lässt. Gleiches gilt nun für Patienten und ihre Angehörigen, die sich unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr auf Sicherheiten verlassen können (auch wenn diese nur in verlässlichen hierarchischen Beziehungen bestanden), sondern sich selbst als aktiven Teil eines dynamischen Behandlungsnetzwerks und der hiermit verbundenen Aushandlungsprozesse zu verstehen haben.

DRGs stellen *volens volens* ein Medium dar, an dem fallbezogen über den Umgang mit Knappheit verhandelt werden kann und muss. Was ein Patient bei gegebener Fallpauschale zu erwarten hat, entscheidet sich jeweils im Einzelfall, nicht zuletzt auch bestimmt durch seine soziale Stellung im System (etwa als Gegenkontrolle, die er oder seine Angehörigen in den Behandlungsprozess mit einbringen können). Die DRGs setzen der medizinischen Leistungsausweitung zwar eine allgemeine Grenze – kein Haus kann es sich erlauben, im Durchschnitt aller Fälle, zu sehr ins Minus zu gelangen –, geben jedoch keine Maximen und Kriterien für den konkreten Einzelfall vor.

Die sozialpolitisch brisanten Fragen der Rationierung rücken dabei jedoch weitgehend aus dem öffentlichen Blick, da diese nun in die in der Regel intransparenten Verhältnisse von ärztlichen Entscheidungen verlegt werden, in denen nun fallspezifisch abzuwägen ist, wo an Betreuung gespart werden kann und wo zusätzliche Bemühungen angesagt sind. DRGs leisten in diesem Sinne für die Politik ein *displacement*, mit dem auf der einen Seite zwar weiterhin Verteilungsgerechtigkeit suggeriert wird, wenngleich auf der anderen Seite in neu entstandenen medizinisch-ökonomischen Grauzonen von Organisationen über die Rationierung von Leistungen verhandelt wird. Während das ›alte‹ Krankenhaus mit den tagesgleichen Pflegesätzen auf struktureller Ebene tendenziell jedem Patienten das

Gleiche zumutete, moderieren die DRGs hochgradig dynamisierte Verhältnisse, in denen die ökonomische Komplexität in die Organisation des Behandlungsprozesses selbst hineinkopiert wird.

Hierdurch wird der Patient selbst als Knotenpunkt des Behandlungsnetzwerks relevant. Er wird auf diese Weise sozusagen subjektiviert – beispielsweise in dem nun abgetastet wird, was dieser sich *persönlich* zumuten lässt oder zu welcher Mitwirkung man ihn enactieren kann.³⁰

So können Ärzte rasch lernen das DRG-System auszubeuten, um weiter teure Medizin zu betreiben. So kann das Krankenhausmanagement beginnen, Profite zu steigern, indem Folgelasten an ambulante Einrichtungen und andere soziale Träger ausgegliedert werden. So können die fachärztlichen Interessenverbände die Auseinandersetzung um den Wert der DRGs als standespolitische Kampfbzonen nutzen, und selbst die Pflegekräfte beginnen zu ahnen, dass man sich einer betriebswirtschaftlichen Zurichtung nicht in jedem Fall erwehren sollte, da Leistungserfassungssysteme auch genutzt werden können, um die eigene Stellung im Kampf gegen Ärzte und Verwaltung zu stärken.

DRGs fördern komplexe institutionelle Arrangements stationärer und ambulanter Kooperationen, in denen dann etwa vorbereitende Diagnostik, Akutbehandlung, nachsorgende Pflege oder palliativ gelindertes Sterben nicht mehr nur nach Behandlungs-, sondern auch nach Kostengesichtspunkten zergliedert werden.³¹ DRGs bieten ein Medium an, über das unterschiedliche Akteure netzwerkartig zusammenfinden, um dann über wechselseitige Kontrollversuche eigene Identitäten zu stärken.

Aus netzwerk- wie auch systemtheoretischer Sicht ist bei all diesen Prozessen nicht per se mit einer höheren Rationalität in Hinblick auf die volkswirtschaftliche Effizienz oder die Eleganz der Organisation von Behandlungsprozessen zu rechnen. Mit der DRG-vermittelten ökonomischen Zurichtung der Krankenbehandlung wird gleichsam ein ökonomisches Spiel gestartet, ohne jedoch von vornherein wissen zu können, wer die Gewinner und wer die Verlierer sein werden.³²

30 Vgl. Schubert/Vogd (2008).

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

32 Hier lohnt der Blick auf die USA als dem diesbezüglich wohl dynamischsten Gesundheitssystem. Dass in den USA an die 31 % der Kosten einer stationären Behandlung für Verwaltungsaufgaben anfallen (gegenüber 16,7 % in Kanada), hat wohl seine Gründe auch in den immens gestiegenen Ansprüchen an Kontrolle und Gegenkontrolle durch die wirtschaftlichen Akteure, die mit der betriebswirtschaftlichen Zurichtung des Krankenhauses erst entstanden sind (Himmelstein et al. 1996; Woolhandler et al. (2003).

Machen wir uns nun nochmals mit Blick auf die unterschiedlichen, gesellschaftlichen Kontexturen die Wirkmächtigkeit der DRG-Technologie deutlich:

- Ein wissenschaftliches Verfahren des Qualitätsmanagements, das auf statistischen Überlegungen beruht, die den Mittelwert fokussieren, mutiert durch die Politik zu einem rechtlich verbindlichen Abrechnungssystem.
- Mittels Computertechnologie können die DRGs zu wirkmächtigen Einheiten heranreifen, die Behandlungsprozesse zeit- und entscheidungsnah durch ökonomische Abbildungen begleiten.
- Die Wirtschaft kann an den DRGs andocken, indem sie diese als Waren betrachtet und entsprechende Profit- und Verlustkalkulationen anschließen lässt.
- Die Politik gewinnt mit den DRGs ein Instrument, mit dem sie ihre gesundheitspolitische Steuerungshoheit wahren kann, um zugleich sozialpolitisch prekäre Rationierungsentscheidungen in den Intransparenzbereich der die Kranken behandelnden Organisationen verschieben zu können.
- Die Organisationen der Krankenbehandlung gewinnen mit den DRGs ein Reflexionsinstrument, mit denen sie sich in Vergleich zu anderen Organisationen setzen können, um dann gegebenenfalls Lasten an andere Partner des Behandlungsnetzwerkes auszulagern.³³ All dies ist wiederum in medizinische und rechtliche Beobachtungsverhältnisse eingelagert, entsprechend denen im Einzelfall auszutarieren ist, was jeweils den Beteiligten zumutbar ist.
- Hiermit einher geht eine Subjektivierung des Patienten, der sich in Anbetracht der neu aufgeworfenen Kontingenzen vermehrt auch als kontrollierender Teil des Behandlungsnetzwerkes zu begreifen beginnt.
- All dies zusammen genommen, entdecken wir auf den ersten Blick eine Dynamisierung der Krankenbehandlung, die mit Blick auf die starren Verhältnisse des alten bürokratischen Krankenhauses zunächst durchaus wünschenswert erscheint, jedoch in Hinblick auf ihre Folgen unberechenbar ist.

Medizin, Recht, Politik und Wirtschaft vermengen sich hier über die DRG-Technologie in einer spezifischen Weise. Oder um im Sinne der *actor network theory* zu sprechen: Erst die DRG-Technologie erzeugt

33 Dies kann beispielsweise auch dadurch geschehen, Patienten und Angehörige an der prä- und postoperativen Versorgung mitarbeiten zu lassen oder indem das Krankenhaus versucht, Lasten in den ambulanten Bereich zu verschieben, wenngleich der ambulante Bereich wiederum versucht, Lasten auf den stationären Bereich zu verlagern.

in Verbindung mit der modernen Computertechnologie durch das Symbolsystem ›Zahl‹ jene Abbildbarkeit, die ein neues Spiel möglich werden lässt, das eine Reihe von Akteuren dazu bringt, Dinge zu tun, die sie vorher nicht getan hätten.³⁴

›*Boundary Objects*‹ und ›*obligatory points of passage*‹

In der weicheren Variante fungieren Techniken oder Technologien als ›*boundary objects*‹, an die dann verschiedene Sinnzusammenhänge angebunden werden können.³⁵ Diese Objekte sind im Hinblick auf ihre Anschlussmöglichkeiten hinreichend plastisch und mehrdeutig, sodass aus verschiedener Perspektive mit unterschiedlichem Sinn angeschlossen werden kann. Die täglichen Routineuntersuchungen während eines Krankenhausaufenthalts erzeugen in diesem Sinne ein verbindendes Moment, das deutlich macht, dass die Krankheitsbehandlung weitergeht, wenngleich dies für die beteiligten Gruppen und Akteure Unterschiedliches bedeuten mag. Der Krankenkasse wird vermittelt, dass hier noch zu bezahlende Medizin stattfindet, der Arzt bleibt an den Fall angebunden, selbst wenn er nicht mehr an einen Behandlungsfortschritt glaubt. Der Patient und seine Angehörigen mögen sich wiederum ihr eigenes, vom medizinischen Sinn des Geschehens abweichendes Bild machen. Doch nichtsdestotrotz stiften die technischen Routinen einen Zusammenhang, an den man sich halten kann, selbst wenn sonst keine andere gemeinsame Sinnbildung mehr trägt.

Demgegenüber formuliert Fujimura mit der Idee der ›*standardized packages*‹³⁶ die Konzeption einer stärkeren Sinnbindung durch Techniken und methodische Verfahren. Diese dienen nun nicht mehr nur der Assoziation von unterschiedlichen Sinnsphären heterogener sozialer Welten, sondern strukturieren ihrerseits Sinn im Sinne einer paradigmatischen und methodologischen Einengung. Bestimmte technische und methodologische Entwicklungen prägen nun bestimmte Pfade, während andere Lösungsmöglichkeiten hierdurch ausgeschlossen werden. So ist dann beispielsweise der Behandlungsverlauf im Falle einer Krebserkrankung beim Besuch eines Onkolo-

34 Gerade die ›Zahl‹ zeigt hier einen diabolischen Charakter, denn sobald Sachverhalte ins Zählbare überführt worden sind, umgibt die Universalität des Mediums Zahl die durch sie erzeugten Wirklichkeiten mit einer solchen Aura von Faktizität, dass man sich den Konsequenzen kaum entziehen kann. Vgl. zur Semiotik des Zählens Krämer (1988).

35 Die Idee der ›*boundary objects*‹ wurde zunächst von Star und Griesemer (1989) am Beispiel der Kooperation von Laien und Professionellen bei einem Museumsbau formuliert und weiterentwickelt.

36 Siehe Fujimura (1992).

gen in einer anderen Weise determiniert, als wenn der Patient sich entscheidet, einen Heilpraktiker aufzusuchen. Während in alternativen Heilbehandlungen eine Fülle von sinnhaft nur locker aufeinander bezogenen Therapieangeboten angewendet werden können (Hypnose, Misteltherapie, Homöopathie, Nahrungsmittelergänzungen usw.), wird die schulmedizinische Behandlung (etwa eine Chemotherapie) einem ›standardisierten Paket‹ folgen, da der Konnex von diagnostischen Methoden, therapeutischen Konsequenzen und theoretischem Modell hier eine recht starre und in sich kohärente Sinnsphäre bildet, die zwar Abweichungen zulässt (man kann sich für oder gegen eine Therapie entscheiden), jedoch nur noch wenig Varianz in der übergreifenden Sinndeutung erlaubt. Diagnostische Verfahren, Therapieangebote sowie die schulmedizinischen Wissenskonfigurationen gehören zu ein und demselben Paket.

Ein noch weitergehendes Strukturierungspotenzial ergibt sich mit den ›obligatory points of passage (OPP)‹, wie sie zunächst von Callon formuliert und dann innerhalb der *actor network theory* vermehrt aufgegriffen wurde.³⁷ Während die ›boundary objects‹ eine eher lose Kopplung zwischen den unterschiedlichen Sinnsphären bahnen, gestaltet ein OPP – insofern einmal etabliert – eine nahezu irreversible Pfadabhängigkeit. Ein fokaler Aktant (sei es ein Gesetz, ein Konzept, eine Technologie oder eine organisationale Routine) definiert dann sozusagen einen Engpass, durch den alle anderen Aktanten hindurchmüssen. Auf diese Weise wird der fokale Aktant unentbehrlich. Gleichsam alle assoziierten sozialen Prozesse haben sich entsprechend seiner Logik einzufalten. Vieles spricht dafür, dass die Einführung der DRG-Technologie einen solchen *obligatory point of passage* darstellt, der die organisierte Krankenbehandlung nachhaltig und in seinen organisationalen Konsequenzen vermutlich irreversibel prägt.³⁸

Jenseits der Metapher von »Technik« als dem »Körper der Gesellschaft«³⁹ gestattet der techniksoziologische Blick, die komplexen Verwicklungen zwischen den nicht-menschlichen Artefakten und der substanzlosen Sphäre des Sinns besser zu verstehen. Wir gewinnen hierdurch ein Verständnis der Mechanismen *loser*, aber im Einzelfall auch *strikter Koppelungen* unterschiedlicher Sinnsphären durch technisch vermittelte Routinen. Gerade die organisierte Krankenbehandlung ist ohne die Berücksichtigung ihrer Technologien,

37 Vgl. Callon (1986).

38 Darüber, dass kaum ein anderes Instrument wie die DRGs die Krankenhauslandschaft in solch einem Maß verändert hat, sind sich unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Sprecher einig (vgl. Rau et al.; Samuel et al. 2005).

39 Joerges (1996).

methodologischer Verkürzungen und Verfahren zur Standardisierung nicht mehr angemessen zu verstehen. Die Kultur der modernen Medizin ist eine hochgradig technisierte und entsprechend lassen sich ihre gesellschaftlichen Konditionierungen nur unter Berücksichtigung der Eigendynamiken ihrer Techniken angemessen begreifen.

V PROFESSIONEN

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

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

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

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

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

Der Habitus des professionellen Akteurs entfaltet die Lösung des aufgeworfenen Paradoxons. Die Willkür des sich als hochgradig autonom verstehende Arztes zeigt sich im Angesicht der überfordernden Komplexität der Krankenbehandlung als die Lösung, nicht jedoch als deren Problem. Nur jemand, der es sich trotz seiner Wissenslücken und kognitiven Beschränkungen¹ zutraut, die Fülle an Mehrdeutigkeiten und Kontingenzen, welche die Krankenbehandlung aufwirft, mittels Entscheidung zu durchschlagen, eignet sich zum Arzt.

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

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

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

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

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

gordischen Knoten komplexer Lagerungen mit dem Schwert der ›Volition‹ zu durchschlagen.⁴

Pointiert wird diese Dynamik noch durch den deutschen Typus des Universitätsordinarius, der – anders als im angloamerikanischen Raum⁵ – zugleich in Forschung, Klinik und Lehre Exzellenz zu verkörpern hat. In Hinblick auf das hier inszenierte wissenschaftliche Standbein der universitären Medizin spricht zwar selbst die DFG in ihrer ›Denkschrift Klinische Forschung‹ von 1997 in Hinblick auf die medizinischen Fakultäten von »nicht-qualitätskontrollierter ›pro forma‹-Forschung ohne wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn und ohne eine weiterführende akademische Zielsetzung«. ⁶ Doch auch dies hebt wiederum nicht die Eigendynamik der wechselseitigen Konditionierung von Karrieremöglichkeiten und intra-professionellen Selbstbeschreibungen aus. Für Mediziner, die eine klinische Leitungsposition anstreben, bleibt die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz bislang unabdingbar. Aus Perspektive der Sozialisation der professionellen Spitzenkräfte heißt dies dann eben nur, dass man neben den anderen auch noch diese Überforderung zu bewältigen hat. Dass hierbei auch nur mit Wasser gekocht werden kann, ist dann kein Argument gegen, sondern eins für die Profession, denn schließlich kann nur der Professionelle beurteilen, wie es wirklich um die Dinge steht und was daraus für den klinischen Alltag zu folgern ist.

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

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

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

6 DFG-Denkschrift Klinische Forschung. Download 15.8.1998: www.dfg.de/aktuell/download/klinische_forschung.html.

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

Gerade in seiner Fähigkeit, die vielfältigen Unsicherheitslagen und die entsprechenden Inszenierungen sowohl zu managen als auch durchschauen zu können, gewinnt der professionelle Experte gegenüber dem Laien über seine Wissensexpertise hinausgehend weitreichende Autonomie: Es gibt gewissermaßen keinen Ausweg aus dem Paradoxon, dass man dem Experten ein objektives Deutungsmonopol zugestehen muss, gleichzeitig jedoch niemals der Verdacht ausgeräumt werden kann, dass hier Subjektives oder gar Willkür gepredigt wird. Der Spannung zwischen den konstativen und performativen Aspekten der Kommunikation⁸ ist nur durch den Rekurs auf Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Autorität des Gegenübers zu lösen.

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

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

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

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

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

Der Karriereweg zum professionell agierenden Mediziner erscheint in diesem Sinne als eine Form der Persönlichkeitsbildung, die den Arzt im Sinne von Oevermann als einen hochgradig autonom agierenden Charakter enaktiert¹⁰ und ihn hiermit von den Pflegekräften, aber auch den anderen Medizinalberufen grundlegend unterscheiden lässt. Der Professionelle hat im Angesicht existenzieller Lagen lernen müssen, komplexe Unsicherheitslagen durch Volition zu durchschlagen und die hiermit verbundenen psychischen Lasten zu bewältigen. Natürlich ist ärztliche Arbeit in hohem Maße (weitaus mehr, als Laien es sich vorstellen können) durch Routinen vorformatiert. Doch dies steht nicht im Widerspruch zu dem Befund, dass in jedem Moment – sei es in der Notfallsituation im Nachtdienst oder im Falle einer besonders verwickelten Beziehungsdynamik – eine Konstellation entsteht, die nur von Ärzten qua Entscheidung durchschlagen werden kann.

Der ›Dritte Stand‹

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

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

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

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

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

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

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

11 Oevermann (1990).

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

zu demaskieren¹³ – etwa indem man auf die Machtspiele ärztlicher Standespolitik verweist –, doch dies ändert nichts daran, dass für den Patienten, der eine medizinische Behandlung in Anspruch nimmt, unhintergebar ist, darauf zu vertrauen, aus medizinischen und nicht aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen behandelt zu werden.¹⁴

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

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

Verhältnis von Wissenschaft und klinischer Praxis

Medizinisches Wissen hat zwar, wie Stichweh formuliert, oftmals einen »wissenschaftlichen Status«, ist jedoch »in entscheidender Sicht insuffizient«, denn »der Tendenz nach gibt es eine Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose

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

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

Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen«. ¹⁵

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

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

15 Stichweh (1987, 228).

16 Ebd.

17 Ebd.

18 Stichweh (1987, 230).

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

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

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

Unsicherheiten im Klientelbezug

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

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

21 Stichweh (1987, 236ff.).

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

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

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

Unsicherheiten medizinischer Technologien

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

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

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

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

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

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

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

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

25 Siehe Schubert (2006; 2008).

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

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

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

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

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

27 Coy (2003).

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

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

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

In: Regula Valéria Burri (2008, 240).

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

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

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

müssen als kontingente Entscheidungsheuristiken aufgefasst werden, bei denen ein gewisses Maß an situationaler Unsicherheit notwendigerweise bestehen bleibt. Medizinische Technologie ermöglicht auf diese Art eine bestimmte Form der ärztlichen Behandlung, indem sie neue Einblicke in den menschlichen Körper gewährt, gleichzeitig schafft sie damit auch eine der apparativen Diagnose und Therapie inhärente Komplexität, die in der Praxis der Behandlung bewältigt werden muss³⁰.

Organisationale Unsicherheiten

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

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

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

30 Schubert (2008, 143).

31 Siehe Mayntz (1988, 137).

32 Statistisches Bundesamt, Personal im Gesundheitswesen, 2001.

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

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

Professionelle Ambivalenzen

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

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

34 Vgl. Badura (1994).

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

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

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

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

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

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

37 Balint (2001).

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

Einheit der Profession als Netzwerk

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

40 Freidson (1975a).

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

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

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

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

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

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

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

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

VI DIE ZUKUNFT DER MEDIZIN

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

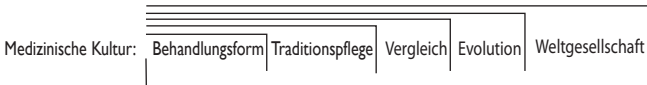
Hierzu war es zunächst nötig, sich von den Selbstverständlichkeiten und alltäglichen Selbstevidenzen medizinischer Praktiken zu lösen und die Krankenbehandlung abstrahierend als eine Kulturform zu betrachten. Nun geht es um die Frage, wie Gemeinschaften mit kranken Körpern umgehen, d. h. wie der hiermit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

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

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

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

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



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

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

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

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

¹ Siehe zur anthroposophischen Krebsymbolik Sanchez García (2002).

² Siehe zur mathematischen Katastrophentheorie Thom (1989).

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

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

Krankenbehandlung der Moderne

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

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

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

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

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

6 Rohde (1974, 397).

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

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

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

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

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

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

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

11.08.07 19:00

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

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

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

Weisenknabe

12.08.07 13:04

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

HomerJay8860

13.08.07 09:35

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

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

Grüße

the-caver

13.08.07 11:16

Hallo, The-Caver,

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

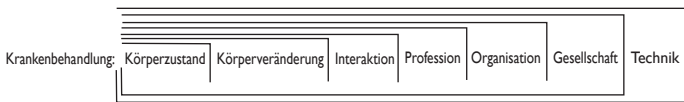
Schönen Gruss

Cha-Tu

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

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

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



ambulante Praxis <-> Krankenhaus <-> Netzwerk Gesundheitssystem

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

⁸ Hier im Anklang an Baecker (2007a).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interviewer: Klar, natürlich.

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

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

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

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

Krankenbehandlung in der nächsten Gesellschaft

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

Der Körper

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

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

Diese Eindeutigkeit medizinischer Kommunikation ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fraglicher geworden. Der eigentliche Grund hierfür liegt darin, dass – wie generell in der ›reflexiven Moderne‹⁹ – die mit dem Wissenszuwachs entstehenden Reflexionsmöglichkeiten in Bezug auf die Wissensanwendung und Wissensbewertung ihrerseits Unsicherheiten und Unschärfen generieren. Man weiß nun, dass man sich auf Wissen nicht mehr per se verlassen kann und dieses nun zugleich auch in Hinblick auf sein Nicht-Wissen zu reflektieren hat.

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

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

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

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

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

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

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

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

12 Siehe Esposito (2007).

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

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

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

Körperveränderung

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

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

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

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

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

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

¹⁷ Illich (1995).

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

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

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

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

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

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

19 Goebel (1997).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Auf dem Gang)

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

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

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

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

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

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

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

24 Vgl. Haubl und Liebsch (2008).

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

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

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

25 Siehe Kettner (2008).

26 Vgl. Rose (2003).

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

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

Interaktion

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

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

29 Vgl. Kieserling (1999).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34 Coy (2003).

35 McLuhan (2001).

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

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

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

³⁷ Tezcan-Güntekin (2010).

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

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

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

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

Interviewer: »Wie passiert dieses Herausfordern?«

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

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

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

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

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

Professionen

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

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

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

39 Parsons (1958b).

40 Siehe hierzu ausführlich Vogt (2004b).

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

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

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

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

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

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

42 Vgl. Luhmann (2000d).

43 Fox (1969).

44 Vgl. Hafferty/Light (1995).

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

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

Organisationen

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

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

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

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

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

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

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

46 Baecker (2008b, 56).

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

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

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

Gesellschaft

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

47 Kühl (1994, II).

48 Kühl (1994, II).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

53 Siehe für Deutschland die so genannten IGeL-Leistungen.

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

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

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

Technik

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

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

54 Vgl. Bodenheimer (2005b).

55 Siehe zur Diskussion der derzeitigen Möglichkeiten und deren sozialen

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

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

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

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

und ethischen Konsequenzen Merkel et al. (2007).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft

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

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

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

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

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

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

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

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

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

dass die Revision ihrer kulturellen Selbstverständlichkeiten längst im Gange ist.

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

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

Zusammenschau

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

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

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

62. Siehe Diesfeld et al. (1993).

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

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

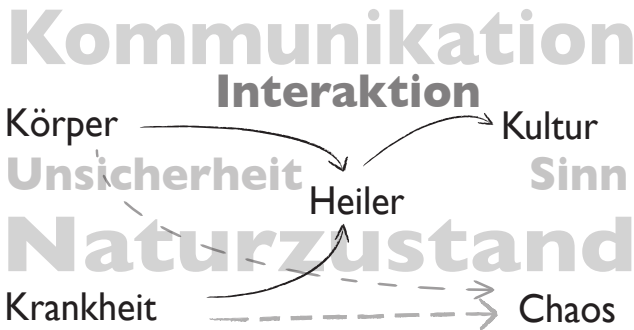


Abbildung 3: vormoderne Krankenbehandlung

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

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

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



Abbildung 4: Krankenbehandlung der Moderne

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

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

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

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

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



Abbildung 5: Krankenbehandlung der nächsten Gesellschaft

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

69 Brandom (2000).

VII EVIDENCE BASED MEDICINE

PROFESSIONALISIERUNGSSCHUB ODER AUFLÖSUNG ÄRZTLICHER AUTONOMIE

Die folgende Studie, im Jahr 2002 in der Zeitschrift für Soziologie veröffentlicht, stieß in Folge einer Rezension in der FAZ durch Christian Geyer (2002) auf eine außerordentliche innermedizinische Resonanz. Bemerkenswerterweise gab es von ärztlicher Seite überwiegend positive, während von gesundheitswissenschaftlicher Seite ablehnende Reaktionen zu vernehmen waren, die so weit gingen, dass ein Vertreter der evidence based medicine bei meiner damaligen Chefin Adelheid Kuhlmei anrief, um zu fragen, warum man mir nicht verboten hätte, diesen Beitrag zu veröffentlichen. Die Polarisierung, welche dieser Text hervorgerufen hat, lässt die unterschiedlichen, inkommensurablen Orientierungen zwischen ärztlichen Orientierungen und der dem wissenschaftlichen Feld zuzurechnenden biostatistischen Reflexionsmodi überdeutlich werden. Die unterschiedlichen, beiderseits die soziologischen Implikationen des Textes missverstehenden Reaktionen stellen gleichsam einen ›Beweis‹ für die zentrale wissenssoziologische Aussage dieses Textes dar. Die in einem Feld entwickelten semantischen Figuren mutieren in der Tat durch die Rezeption auf Basis eines anderen instruierenden Codes, einer anderen handlungsleitenden Orientierung. Das Missverstehen zeigt hier gewissermaßen System und in diesem Sinne ist es kein Zufall, in welcher Weise der Text von welcher Gruppe missverstanden wird. Gleichzeitig wird aber hier ebenfalls deutlich, dass auch die totalisierende Weltsicht wissenschaftlicher Beobachter in der Gesellschaft vielfältig gebrochen wird.

Sei es der Zeitungsredakteur eines Qualitätsmediums, der die komplexe Analyse eines Soziologen feuilletonistisch aufarbeitet, die Ärzte, welche sich durch einen Soziologen affirmativ bestätigt fühlen und seinen Text als Kampfschrift gegen eine weitere Bürokratisierung anführen oder aber die Gesundheitswissenschaften, welche seine zentrale Botschaft ausblenden, um den blinden Fleck ihrer eigenen Ideologie nicht beleuchten zu müssen, niemand wird hier Diskurshoheit erlangen können.

Oder anderes herum: Wahrgenommen zu werden ist in einer polykontexturalen Gesellschaft nur um den Preis zu haben, dass die

eigentlichen Anliegen korrumpiert werden. Vermutlich ist das gut so, denn alles spricht dafür, dass die Verhältnisse klüger sind als das Bewusstsein.

Unter dem programmatischen Titel *evidence based medicine* (EBM) entwickelte sich Anfang der 90er-Jahre eine zunächst innermedizinische Initiative der ›Medizinrationalisierung‹ mit dem Anspruch, klinische Praxis auf die jeweils beste ›externe Evidenz‹ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen. Als Bewegung der Medizinmodernisierung möchte EBM dabei aktiv den Prozess der ärztlichen Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität verändern. Dies soll unter anderem über veränderte Formen der Arbeitsorganisation (etwa EDV-gestützte Formen des Informationsmanagements), die ärztliche Weiterbildung (insbesondere in Methoden der klinischen Epidemiologie), über die Entwicklung so genannter evidenzbasierter Leitlinien und nicht zuletzt über diesbezügliche Eingriffe in die Finanzierung von Gesundheitsleistungen geschehen. Auf dem Boden der so genannten ›Kostenexplosion im Gesundheitswesen‹ in Verbindung mit dem statistischen Befund, dass die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben im Hinblick auf die Gesamtpopulation keinesfalls den erwarteten Gesundheitseffekten zu entsprechen scheinen, konnte die Bewegung der EBM im Gesundheitswesen eine bis heute ungebrochene Resonanz finden. ›Rationalisierung statt Rationierung‹¹ schien nun unter dem Druck knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung eine willkommene Devise, unter deren Zielsetzung sich auch die anderen Funktionssysteme (Recht, Wissenschaft, Ökonomie und Politik) bereitwillig an die Felder der ärztlichen Profession ankoppelten, sodass sich diese Bewegung heute keinesfalls mehr als nur ein innermedizinisches Phänomen betrachten lässt. Auf den ersten Blick scheint EBM durchaus eine vernünftige Antwort auf eine Vielzahl der durch das moderne Gesundheitssystem aufgeworfenen Probleme zu geben. Was für berechtigte Einwände kann es auch dagegen geben, in der ärztlichen Arbeit wissenschaftliche Evidenz anstelle von Wildwuchs und Quacksalberei einzufordern, zumal mit dem verlockenden Stichwort ›Kosteneffizienz‹ auch noch eine ökonomische Perspektive aufgezeigt wird?

Unabhängig von der verständlichen Euphorie des Aufbruchs sollte der soziologische Beobachter – im prekären Verhältnis von Theorie

1 »Prinzipiell bieten sich zwei Möglichkeiten an, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen: die Rationierung und die Rationalisierung. Erstere orientiert sich primär an den Kosten, letztere primär am Nutzen der medizinischen Maßnahmen« (Porzsolt 1996, 608).

und Praxis geschult – auch einen zweiten Blick wagen, wenn unter dem Namen *evidence based medicine* eine neue Bewegung der Verwissenschaftlichung von Medizin damit beginnt, sich umfassend in Wissenschaft, Politik und Gesundheitsversorgung zu institutionalisieren. Wäre hier nicht vermehrt aus einer sozialen und gesellschaftlichen Perspektive heraus zu untersuchen, ob die erhofften großen Rationalisierungsgewinne wirklich zu erwarten sind oder ob nicht – über einige unbeabsichtigte bürokratische Nebenfolgen hinausgehend – sogar mit paradoxen Effekten zu rechnen wäre? Könnte nicht – wenn der Bogen überspannt wird – eine an sich plausible Idee gar zu einem technokratischen Schema mutieren, das langfristig tiefgreifend in das Selbstverständnis und die Identität der medizinischen Professionen einwirken würde?

Zumindest im deutschsprachigen Raum scheint dieses Phänomen aus einer originär soziologischen Perspektive bisher nicht näher beleuchtet, obschon die Gesundheitswissenschaften, das (Medizin-) Recht und natürlich die Ärzteschaft seit einigen Jahren erregt das Pro und Kontra im Hinblick auf die Bedeutung für die medizinischen Professionen debattieren. Die Gründe für das mangelnde soziologische Interesse mögen vielleicht auch darin liegen, dass sich die Medizinsoziologie, in ihrer großen Nähe zu den medizinischen Fakultäten, allzu leicht den »*taken-for-granted contrast between the cultural and the natural*« (Atkinson 1995, 35) zu eigen gemacht hat. Sie fühlt sich eher für die ›weicherer‹ Themen zuständig, während den biologischen Aspekten der Medizin (»*by default*«) eine weitgehend unhinterfragbare technisch-wissenschaftliche Einheit zugesprochen wurde (Atkinson 1995, 27). Die technokratischen, fragmentierenden und vom Menschlichen wegführenden Aspekte der Medizin wurden zwar oft beleuchtet und kritisiert, ihre inhaltliche Dimension als naturwissenschaftliche Wahrheit schien aber trotz alledem nicht weiter thematisiert werden zu müssen.² Dieser Beitrag möchte gleichsam als Kontrapunkt hierzu die eher verborgen bleibenden sozialen Dimensionen der *evidence based medicine* herausarbeiten. Auch wenn in einigen Passagen bei manchen Lesern durchaus ein anderer Eindruck entstehen könnte, besteht mit

2 Einige wenige diesbezügliche Studien zeigen auf, dass der naturwissenschaftliche Entdeckungsprozess selbst als ein konstruktiver Fabrikationsprozess verstanden werden muss (Knorr-Cetina 1991), der der Dichotomisierung von personalem Subjekt und Medizinobjekt, der spezifischen »Eigenaktivität, die in der Expressivität des Lebens oder des Bewußtseins liegt«, nicht gerecht wird (Lindemann 2001) und die medizinische Fallrekonstruktion selbst als ein aktiv konstruktiver Prozess begriffen werden muss (siehe etwa Berg 1992; 1996 sowie Atkinson 1995).

dieser Studie keinesfalls die Absicht, den Sinn und den Nutzen von randomisierten multizentrischen Therapiestudien, intelligenter Wissensorganisation und Qualitätssicherungsmaßnahmen grundsätzlich infrage zu stellen. Vielmehr geht es hier darum, die in diesen Rationalisierungsbemühungen selbst verborgenen ideologischen Momente herauszuarbeiten, die aus der vorschnellen Tilgung der Differenz von Theorie und Praxis, aus der Vermischung verschiedener Systembezüge und aus der unterschiedlichen Position beteiligter Akteure im Feld resultieren.

Die Analyse der hier aufgeworfenen Probleme geschieht mithilfe des eigentlichen Gegenstands dieser Untersuchung, nämlich der Frage der ärztlichen Professionalisierung im Spannungsfeld der aktuellen Medizinmodernisierung (hier allerdings nur im Hinblick auf die Bewegung der *EBM*). Mit dem soziologischen Konzept der Professionalisierung wird hierbei gleichsam automatisch der Fokus auf die soziale Dynamik dieser Bewegung gelenkt. Den theoretischen Rahmen dieser Studie bilden drei *professionalisierungstheoretische* Konzeptionen, die jeweils unterschiedliche empirische Dimensionen des Phänomens erschließen, dabei jedoch zumindest soweit kompatibel sind, dass sie in ihrer Rekonstruktion des Professionellen – wenngleich über verschiedene Wege – zum gleichen Schluss kommen, nämlich dass der Professionelle sich dadurch auszeichnet, *autonom* zu sein.³ Die Methode der Analyse besteht dabei in der Zusammenschau der sich aus diesen verschiedenen Blickwinkeln ergebenden eigenständigen sozialen Dimensionen. Erst hierdurch scheint es möglich, zu einer gehaltvolleren Analyse, unter Umständen gar zu Ansätzen einer Synthese, zu gelangen. Zunächst wird hierzu mit Stichweh und Luhmann ein *systemtheoretischer* Standpunkt gewählt, über den insbesondere die Problematik der Inklusion juristischer, wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Funktionsbezüge in die Welt der medizinischen Professionen mit ihrem Funktionsprimat der Krankenbehandlung betrachtet werden kann (2). Der zweite professionstheoretische Ansatz fokussiert anhand von Oevermanns professionstheoretischen Überlegungen die hieraus resultierende Professionsdynamik im Hinblick auf die »Struktur des autonom handlungsfähigen Subjektes« (3). Die dritte Perspektive schließlich beleuchtet das Phänomen der professionellen Autonomie unter dem Blickwinkel der *Inszenierung* (Hitzler) bzw. der *Wissensinszenierung* (Kiener und Schanne). Der Rekurs der medizinischen Professionen auf die *EBM* wird hier hinsichtlich einiger performativer Aspekte abgeklopft (4). Im letzten Teil werden die Ergebnisse der drei jeweils unterschiedlichen Analyseebenen im Zusam-

3 In dem hier verstandenen Sinne ist der Professionelle nicht unbedingt mit dem Experten gleichzusetzen (allgemein zur Professionalisierung s. Abbott 1988).

menhang diskutiert (5). Hieraus abgeleitet wird die These entwickelt, dass speziell im Hinblick auf die Dimension der Wissensinszenierung paradoxe Effekte durchaus zu erwarten sind. Die *Entdifferenzierung* medizinischer Funktionsbezüge und ein Rationalitätsgewinn, der nur um den langfristigen Preis der *Dekonstruktion* der wissenschaftlichen Vertrauensbasis zu haben wäre, scheinen hier eine durchaus zu erwartende Folgeerscheinung, falls der Bogen der *evidence based medicine* zu sehr überspannt wird. Um die Argumentation im Folgenden in inhaltlich begründeter Form entfalten zu können, muss einerseits teils auf empirische Beispiele, teils auf explizit formulierte Positionen verschiedener Fachautoritäten zurückgegriffen werden, andererseits dürfen auch einige erkenntnistheoretische Aspekte nicht vollkommen außer Acht gelassen werden. Wohl wissend, dass die hier getroffene Auswahl immer auch bedeutet, dass aus der Vielzahl anderen relevanten Materials Wichtiges ausgeschlossen ist, so hofft der Autor dennoch, dass trotz der hieraus resultierenden unvermeidbaren Verzerrungen die Grundlinie der Argumentation deutlich hervortreten kann. Zunächst folgt jedoch eine kurze Einführung in die Grundgedanken der *EBM* (1).

1. Grundlagen der evidence based medicine

Mit der *Evidence Based Medicine Working Group*, einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Epidemiologen und Biostatistikern fand die *EBM* zu Beginn der 90er-Jahre im Health Sciences Centre in Hamilton, Ontario ihre konzeptionelle Grundlegung sowie ihren Namen.⁴ *EBM* hat den großen Anspruch, sowohl die Klinik als auch die Gesundheitspolitik mit bester »evidence« aus klinischer und epidemiologischer Forschung zu versorgen und hierfür überzeugende und einfach handzuhabende Hilfsmittel zur Verfügung stellen zu können. Das letztlich ausschlaggebende inhaltliche Kriterium für die »evidence« einer therapeutischen Intervention ist nicht ihre theoretische Plausibilität, auch nicht ihr praktischer Erfolg, sondern die biostatistische Überprüfung gegenüber unspezifischen Wirkungen (in der Regel dem Placeboeffekt). In ihrem umfassenden Anspruch stellt *EBM* zugleich ein pädagogisches, politisches und wissenschaftliches Programm dar, das seine Basis einerseits in der ärztlichen Grundhaltung, andererseits in einer veränderten Wissensorganisation finden soll (Porzolt 1998a: 3021). Dieses beinhaltet zunächst eine kritische Bewertung klinischer Ergebnisse im Hinblick auf die Zweckmäßig-

4 Siehe hierzu die Einführung der Evidence-Based Medicine Working Group (1992) sowie Oxman/Sackett/Guyatt (1993).

keit und Effizienz in Bezug auf das Therapieziel. Nicht mehr allein die *Wirkung* einer Intervention zählt, etwa in der ›Verbesserung‹ einzelner Laborparameter messbar, sondern der klinische Erfolg, ausgedrückt in den Maßzahlen Lebensqualität und Lebenslänge. Diese Zielkriterien sind dann idealerweise durch den ›Goldstandard‹ einer randomisierten multizentrischen Therapiestudie zu bestimmen, denn nur hier wäre der Nachweis zu erbringen, dass die Therapieerfolge nicht durch zufällige Verzerrungen (›*biases*‹) oder durch irgendwelche Mitursachen (›*confounding*‹) hervorgebracht worden sind. Da natürlich nicht alle medizinischen Fragen mittels eines optimalen wissenschaftlichen Studiendesigns beantwortet sind und sich Studienergebnisse gar widersprechen können, sollte zumindest die »*best evidence*« ermittelt werden. Im Idealfall geschieht dies mittels einer systematischen Metaanalyse, aus der – entsprechend der bestehenden Datenlage, die natürlich auch Studien minderer Qualität einschließt – die therapeutischen Erfolgsaussichten als Kontrapunkt zur Logik der Erfahrungsheilkunde abgeschätzt werden (Sackett et al. 1997).⁵ In diesem Sinne möchte EBM auch hinsichtlich der Vielzahl von Therapieformen, für die noch keine Ergebnisse aus optimal durchgeführten Studien bekannt sind, handlungsleitend sein.

Die Organisation medizinischen Wissens wird dabei zu einem tragenden Pfeiler der *EBM*, denn ihre Methode steht und fällt damit, eine klinische Frage so formulieren zu können, dass schnell und überzeugend »*the best evidence*« als Antwort gefunden werden kann, um diese dann am konkreten Einzelfall abgleichen zu können. Da nun der Mediziner mit einer immensen Datenflut konfrontiert ist⁶ und selbst die Lektüre der wichtigsten medizinischen Fachzeitschriften ein mehrstündiges tägliches Literaturstudium voraussetzt, stellt diese Aufgabe für den einzelnen Arzt eine zunächst unlösbare Herausforderung dar, zumal zusätzlich von ihm noch die Glaubhaftigkeit und Qualität der jeweils gelesenen Informationen zu beurteilen wären. Der Wissensstand der Medizin scheint heutzutage unüberschaubar.

5 »Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis, durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz ›tyrannisiert‹ zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen« (Sackett et al. 1997, 12ff.).

6 Raspe et al. stellen fest: »Die Gesamtzahl aller bisher durchgeführten kontrollierten Therapiestudien, d. h. der einzig experimentell wirklich abgesicherten klinischen Wissensbasis, wird auf zwischen 250 000 und 1 000 000 geschätzt« (Raspe/Stange 1998, 13).

Den Weg aus diesem Dilemma sieht die *EBM* in der systematischen Erstellung von Reviewartikeln, in denen die vorhandene Wissensbasis qualifiziert aufgearbeitet wird. Die Ergebnisse sollen von den jeweiligen Ärzten vor Ort über moderne Kommunikationssysteme in Sekundenschnelle abgerufen werden können. Die elektronische *Library* der *Cochrane Collaboration*, die sich 1993 als internationaler Zusammenschluss von Medizinern gründete, stellt gleichsam die Speerspitze in dem Bemühen dar, die Daten klinischer Studien aufgearbeitet zusammenführen zu können.

Eine weitere wichtige Säule der *EBM* besteht in der berufspolitischen Verankerung des gebündelten Wissens durch die Erstellung »*evidence*«-basierter Leitlinien durch die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften. An sich haben Leitlinien in Form von Behandlungsstandards eine lange Tradition in der Medizin. Sie dienen der Wissens- und Erfahrungsakkumulation in medizinischen Institutionen, doch erst durch *EBM* entsteht eine Bewegung, die von Region zu Region recht unterschiedlichen Standards anhand »objektiver« Kriterien zu vereinheitlichen. Allein auf der Homepage der AWMF können mittlerweile an die 600 Leitlinien abgerufen werden. Die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung offiziell verabschiedeten »Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung« wurden weitgehend an die *EBM*-Methodologie angelehnt (Hoffmann 1999, 4). Darüber hinaus erhält *EBM* mit dem seit Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetz im Rahmen des Health Technology Assessment eine herausragende Rolle hinsichtlich der Beurteilung gesundheitspolitischer Steuerungsmaßnahmen. Da *EBM*-basierte Leitlinien auch den Standard in sozial-, haftungs- und berufsrechtlichen Fragen setzen, wie im Folgenden ausführlicher diskutiert, ist ihr Einfluss auf die Professionalisierung der Medizin nicht zu unterschätzen.

2. Medizinische Professionalisierung im Spannungsfeld der Funktionssysteme

Zunächst folgen aus systemtheoretischer Perspektive einige allgemeine professionstheoretische Überlegungen zur Medizin, um dann jeweils die »Ankoppelungen« der Funktionssysteme Recht, Wissenschaft sowie Politik und Ökonomie genauer zu erörtern.

*Allgemeine professionstheoretische Überlegungen*⁷

Als gesellschaftlich ausdifferenziertes Funktionssystem stellt sich auch das Medizinsystem als ein autonom und nach eigenen ›Gesetzlichkeiten‹ operierendes gesellschaftliches Teilsystem dar, dessen originäre Aufgabe der Krankenbehandlung von keinem anderen System übernommen werden kann.⁸ Als System orientiert sich die Medizin natürlich am Funktionsvollzug und nicht an ihren Grenzen. »Hohe Unsicherheiten in Diagnose und Krankheit« mögen zwar vorhanden sein und »werden zugestanden«, spielen aber in der Praxis der Krankenbehandlung keine Rolle, »denn die Ärzte orientieren sich natürlich nicht an ihrer Unsicherheit, sondern an dem, was sie sehen und wissen« (Luhmann 1990, 183). Als ein modernes Funktionssystem entfaltet sich die Medizin »als ein Gesamtkomplex von Wissen, Forschung, Ausbildung und Behandlung, für den Leistungsabgabe eine Form der Regelung der eigenen System/Umwelt-Beziehungen« darstellt (Stichweh 1987, 263). Professionalisierung heißt in diesem Sinne auch, dass für die Medizin nun gerade nicht mehr der ganze Mensch (was immer das auch heißen mag) im Zentrum des Handelns steht, sondern der spezifische Leistungsvollzug überwiegend organbezogener Therapien und Diagnosen. Im institutionellen Rahmen des Krankenhauses wurde die Distanzierung vom Patienten erst möglich und erlaubte die Inklusion von Forschung in die Medizin. Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin ist jedoch keinesfalls trivial, denn die ›Experten‹ der akademischen Disziplinen generieren Wissen »eines relativ esoterischen Typs«, da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor-)Bedingungen erzeugen. Es hat zwar oft »wissenschaftlichen Status«, ist jedoch nach Stichweh »dennoch in entscheidender Sicht insuffizient«, denn: Der »Tendenz nach gibt es eine Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen« (Stichweh 1987, 228). Dabei erscheint aus systemtheoretischer Perspektive nicht nur das Verhältnis von Anwendungswissenschaft und Praxis, sondern auch der wissenschaftliche Fortschritt selber durchaus prekär, da die immens wachsende Differenzierung der Wissensbestände ihrerseits immer mehr Fragen und Unsicherheiten aufwirft. Klinische Professionalität besteht nun im Gegensatz zur wissenschaftlichen Professionalität gerade darin, dass man »nicht auf demonstrative

7 Im Hinblick auf neuere Diskussionsprozesse innerhalb der systemtheoretischen Professionalisierungstheorie siehe Kurtz (2000).

8 Grundsätzlich siehe hierzu auch Luhmann (1983a; 1990).

Offenlegung, das Mitkommunizieren des noch unsicheren Status des Wissens setzen kann. Eine solche Option, die gerade in der Relativität der Wahrheit die Unbegrenztheit des eigenen Fortschreitens erfährt, ist für die Professionen durch das Faktum oft existentieller Betroffenheit des Klienten ausgeschlossen, welches eher dazu zwingt, Unge- wissheit zu verdecken, sie in Formen abzuarbeiten, die das Vertrauen des Klienten nicht erschüttern« (Stichweh 1987, 228). Medizin ist im Sinne ihres funktionspezifischen Leistungsvollzugs unmittelbar dem Patienten gegenüber zum *Handeln* verpflichtet, kann sich jedoch in Bezug auf die *Begründung* für ihr Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen. Gewissermaßen konstituiert die Differenz zwischen Wissenschaft und Anwendung geradezu die Rolle des *autonomen* Professionellen. Gerade der Gegensatz zwischen wissenschaftlicher und klinischer ›Professionalität‹ lässt Autonomie- und Gestaltungsräume emergieren, die nicht nur auf der Arzt-, sondern auch auf der Patientenseite – etwa über ein bestimmtes Nachfrageverhalten – Diversifikationen der Medizinkultur ermöglichen. Die Diffusität an der Grenze zwischen Wissenschaft und Praxis gestaltet gleichzeitig die professionelle Autonomie gegenüber dem Zugriff anderer Funktionssysteme. Das Recht scheitert am mangelnden Verständnis medizinischen Wissens. Kostengründe lassen sich nicht gegen Heilungschancen aufrechnen, die Politik ist selber auf die Expertise ausgewiesener Mediziner angewiesen, und die akademische Wissenschaft weiß nichts vom Handlungsdruck der Praxis. Wenn nun *EBM* den Anspruch glaubhaft machen kann, diese Grenze in Richtung Gewissheit überschreiten zu können, dann könnte dies einen massiven Einfluss auf das Selbstverständnis der medizinischen Professionen mit sich bringen. Im Folgenden werden diese Konsequenzen aus der Perspektive der Funktionssysteme Recht, Wissenschaft sowie Politik und Wirtschaft ausführlicher thematisiert.

Recht

Das Recht stellt in vielerlei Hinsicht einen Schlüssel für den Durchgriff von Politik und Ökonomie auf das Medizinsystem dar. Aus diesem Grunde wird die rechtliche Seite im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt.

Die Ausformulierung »evidence«-basierter Leitlinien seitens der medizinischen Fachgesellschaften hat weitreichende medizinrechtliche Implikationen, denn die Probleme in der Anwendung von Berufs-, Haftungs- und Sozialrecht bestehen weniger in einer unzureichenden Rechtslage als in der Möglichkeit, medizinische Sachverhalte anhand inhaltlicher Kriterien angemessen beurteilen zu können. Entsprechend wundert es kaum, dass der Medizinrechtler Hart Leitlinien

als die »praktisch wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungen« ansieht, denn diese würden »aus der Sicht aller betroffenen Rechtsgebiete wichtige rechtliche Rezeptionsvoraussetzungen« schaffen, und damit auch die Chance, »die erforderlichen rechtlichen Bewertungen zu harmonisieren« (Hart 2000: 4). Willkommen für die juristische Handhabbarkeit erscheint dabei insbesondere die Ausräumung von Mehr- und Uneindeutigkeiten in der Beurteilungslage durch »das Clearingverfahren der Leitlinienerstellung, das die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verabredet haben« (Hart 2000, 4). In diesem Sinne erleichtert *EBM* den Zugriff des Rechts auf die fachlichen Aspekte der Medizin wesentlich, denn für den einzelnen Arzt gewinnt der Standard nun auch eine haftungsrechtliche Bedeutung: »Die Norm wirkt und rechtfertigt durch ihre bloße Existenz« (Hoffmann 1999, 13). Der Schritt vom allgemeinen Standard zum individuellen Fall, also die »Standardanwendung im Einzelfall« bedürfe zwar »einer individuell-sachverständigen Bewertung, weil die Leitlinie begründete Abweichungen« erlaube bzw. gebiete. Deshalb sei »eine Abweichung von einer bestehenden Leitlinie nie automatisch ein Behandlungsfehler. In ihrer Qualitätssicherungsfunktion« bewirke jedoch die »Befolgung der Leitlinie eine ›Haftungsimmunisierung‹. Wer die Leitlinie befolgt, dem [könne] prinzipiell kein Behandlungsfehler vorgeworfen werden, ausgenommen die Leitlinie sei ›veraltet‹, entspräche also nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft« (Hart 1998, 12f.). Ökonomische Belange sind dabei haftungsrechtlich nachrangig zu behandeln. Im Konfliktfall sei der Leistungserbringer deshalb verpflichtet, den Patienten über Konsequenzen einer Rationierungsmaßnahme aufzuklären, sodass diesem wegen seines »verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf Gesundheit die Möglichkeit eröffnet« würde, die notwendigen »Leistungen selbst zu finanzieren« (Hart 1999, 49). Im gleichen Sinne sei auch die Krankenhausorganisation verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, falls ein Standard, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu halten sei. Mittels Leitlinien lassen sich medizinische Fälle in juristische Probleme übersetzen und *rechtlich* behandeln. Bestehen beispielsweise zwei konkurrierende Leitlinien, über die kein Konsensus erzielt werden kann, so sei dieser Konflikt *juristisch* im Sinne der höchstmöglichen Patientenautonomie zu lösen: Wenn »medizinisch ein Nebeneinander beider Leitlinien nicht ausgeräumt werden kann«, habe der Mediziner »die arzthaftungsrechtliche Verpflichtung zur ärztlichen Aufklärung über Behandlungsalternativen. Immer dann, wenn die Medizin sich nicht auf eine Empfehlung verständigen kann, wird sich der Jurist dieser

Situation beugen und auf die Steigerung der Aufklärungsanforderungen ausweichen. Medizinisch bleibt eine ›Standardlücke‹, rechtlich wird sie für den Patienten autonomiesichernd geschlossen« (Hart 1998, 13f.).

Mit dem Gesetzlichen-Krankenversicherungs-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde EBM zum zentralen Maßstab für die qualitäts-, sicherheits- und wirtschaftlichkeitsbezogene Bewertung von Leistungen des Versorgungssystems. Dieses Gesetz bereitet die Basis für ein Health-Technology-Assessment (HTA) (Hart 2001, 1). Das HTA kombiniert EBM mit einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägung und ermöglicht über das Sozialrecht die umfassende ökonomische Steuerung des Gesundheitssystems, indem etwa therapeutische und diagnostische Maßnahmen, denen EBM nur fragliche Wirksamkeit zuweist, aus der solidarischgemeinschaftlichen Finanzierung ausgeschlossen werden. Die Kombination von Recht und Politik lässt vereinzelt Kritik laut werden, dass hier die Ärzteschaft letztlich selbst das Feigenblatt ›für Rationierungsmaßnahmen liefert, für die weder Kostenträger noch Politik die Verantwortung übernehmen wollen« (Hoffmann 1999, 8). Der Medizinrechtler Ulsenheimer vermutet im gleichem Sinne, dass es ›vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit« überwiegend ›um ›Strategien‹ im Umgang mit der Knappheit« gehe. Im Vordergrund stünden eigentlich ökonomische Zielsetzungen, wofür jedoch ›das überlieferte Ethos der Ärzte keine Kriterien« bereithalten würde. Die ›Leitlinien-Inflation« habe ihren Ausgangspunkt ›ganz eindeutig« bei den Gesundheitspolitikern und sei nicht eine Forderung der Mediziner gewesen. Wenngleich auch Ulsenheimer Leitlinien als nützliche Orientierungshilfe für den Juristen ansieht, überwiegen seines Erachtens die negativen Aspekte (Ulsenheimer 1998, 1). ›Eigenverantwortung«, ›die ärztliche Intuition«, ›der Wagemut, neue Wege zu gehen« würden ›gebremst« und demgegenüber ›ein Handeln nach ›Vorschrift‹ oder ›Schema‹ gefördert. Das Tor zur Defensivmedizin« sei ›aufgestoßen!« (Ulsenheimer 1998, 5). Dies führe dazu, dass der ›Freiraum ärztlichen Ermessens« zunehmend eingeengt würde und das ›ohnehin beträchtliche forensische Risiko des Arztes weiter« gesteigert würde. ›Denn je höher die medizinische Wissenschaft die Meßlatte« lege, ›um so größer ist die Gefahr, dass der einzelne Arzt ›nicht hoch genug springt‹« (Ulsenheimer 1998, 5). Im gleichen Sinne befürchtet Hoffmann, dass ›Leitlinien mit dem bisher bekannt gewordenen Verbindlichkeitsgrad« die Medizin ›zementieren« und ›die Freiheit ärztlichen Handelns« sowie ›die ärztliche Kunst« beseitigen und hierdurch letztlich zu einer ›Entakademisierung der Medizin« führen würden (Hoffmann 1999, 14).

Demgegenüber zieht Hart eher eine positive Bilanz der *EBM*. Sie zwingt die Ärzte »zur Kommunikation über Normziele und ihre Legitimation in Medizin und Recht« (Hart 2000, 4), sodass einem »falschen Verständnis« der ärztlichen Therapiefreiheit entgegengewirkt würde. Auch die Arzt-Patient-Beziehung könne gewinnen, denn anstelle der vermuteten »Regulierungshypertrophie« ermögliche »EBM eine qualitativ hochwertige Patienteninformation (therapeutische und Selbstbestimmungsaufklärung) über die Erkrankung, ihre Behandlung und mögliche Alternativen« und erlaube so »dem Patienten, entsprechend seiner eigenen Bewertungskriterien seine Entscheidung zu treffen« (Hart 2000, 5). Zwei nicht so leicht ausräumbare juristische Problemfelder würden sich hinsichtlich Normsetzung und Normanwendung ergeben. Bezüglich der Normsetzung verenge die »Vorzugsregel für wissenschaftliche Evidenz [...] tendenziell den medizinischen Standardbegriff« hinsichtlich der Normanwendung. Da wissenschaftliche Evidenz auf Aussagen unter Studienbedingungen beruhe, bedürfe die Behandlung individueller Patienten neben »einer abstrakten (probabilistischen)« einer »konkret-situativen Nutzen/Risiko-Abwägung«. Ärztliche Leitlinien seien eher dem ersteren, das Haftungsrecht »eindeutig dem letzteren« verpflichtet (Hart 2000, 5). Dieses Problem berge eine erhebliche Sprengkraft, denn wenn »EBM probabilistische Evidenz als Grundlage ärztlicher Behandlungsziele begünstigt, stellt sich medizinisch und rechtlich die Frage nach der Berücksichtigung individueller Behandlungs- und Sicherheitserwartungen von Patienten. Kann eine statistisch gut belegte Erwartung, wonach nur in 2 % der Fälle Kopfschmerzen Anzeichen für eine gravierende Gehirnerkrankung sind, das Hinausschieben oder die Abstinenz von individueller Diagnostik legitimieren oder – allgemeiner gesprochen – ist ›in dubio abstine‹ als Evidenz-basiertes Prinzip gleichzeitig ein individuelles Behandlungsprinzip? Rechtlich – haftungs- und sozial-rechtlich – wird eine individuelle Behandlung des Patienten geschuldet, und deshalb sind individuelle Abwägungsentscheidungen erforderlich. [...] Es steht insofern ein Prinzipienkonflikt der Normanwendungskriterien zur Debatte, der von erheblichen Implikationen ist und eine gründlichere Erörterung erfordert« (Hart 2000, 5). Die hier entfaltete Rechtsproblematik pointiert das in der *EBM* angelegte Spannungsverhältnis von Allgemeinem und Speziellem in der Form Individuum und Gesellschaft. Das Rechtssystem entfaltet hier seine ureigene Bezugsproblematik, die ihrerseits jedoch weder im Einklang mit den medizinischen Funktionsbezügen noch mit politischen oder wirtschaftlichen Interessen zu stehen braucht.

Abschließend: Evidence based medicine lässt die Medizin für das Recht handhabbar werden. Der Standard setzt die Norm, und das Abweichen von der Norm verlangt nach einer Begründung. Haftungs-

rechtlich wird das ärztliche Handeln greifbarer. Die Rechtsprechung kann ihre eigene Operationsweise, eben Recht zu sprechen, programmatisch an die Leitlinien ankoppeln. Gleichzeitig projiziert nun das Recht seine Paradoxien in das medizinische System. Die Spannungen zwischen ökonomisch Leistbarem und medizinisch Machbarem, Einzelfallinteressen und statistischem Mittelwert, Vertrauensbildung und Aufklärungspflicht werden in den sich widersprechenden Logiken von Sozial- und Haftungsrecht nochmals pointiert.

Wissenschaft

Evidence based medicine vertritt den Anspruch: weg vom Modell und hin zur Klinik (s. a. Raspe 1996, 556f.). Die wissenschaftliche Operationalisierung dieses Anspruchs ist nicht unproblematisch, da gerade der Goldstandard der randomisierten klinischen Studie auf ausgewählten, wohl diagnostizierten und klar indizierten Behandlungsfällen beruht. Schon aus Gründen eines eleganten Studiendesigns werden etwa die in der Praxis häufig anzutreffenden problematischen multimorbiden Patienten in der Regel ausgeklammert. Entsprechend kann hier gerade nicht davon ausgegangen werden, dass der idealtypische Studienpatient die Herausforderungen des klinischen Alltags eins zu eins abbildet. Dennoch sieht *EBM* zu Studien dieser Art keine Alternative, denn die »randomisierten klinischen Studien« würden eine »regulative Idee« verwirklichen, »die auch für andere Studientypen eine immense Bedeutung« habe (Raspe 1996, 555). In der Zwickmühle, entweder die ganze Bandbreite an klinischer Varianz betrachten zu müssen und – entsprechend als Preis für die Komplexität – keine allgemeingültigen Aussagen mehr treffen zu können, oder aber – mittels »vereinfachender Eleganz« idealtypischer Studien – klinisch relevante Bereiche ausblenden zu müssen, entscheidet sich *EBM* für den letzteren Weg. Diese Lösung birgt unbestreitbar einiges an suggestiver Evidenz, denn wenn die abhängigen und unabhängigen Variablen erst einmal definiert sind und die Daten präsentiert werden, treten die oftmals schwierigeren Probleme der Auswahl und Definition der Variablen angesichts der Faktizität der durch die Studie präsentierten Ergebnisse in den Hintergrund. Aus statistischen Gründen gibt es keine Intervention, die nicht einer Evaluation unterzogen werden könnte, natürlich nur unter der Voraussetzung der Definition entsprechender Stichproben und Kontrollgruppen. Raspe stellt in diesem Sinne fest: »Es ist tröstlich zu sehen, daß diesem strengen Design auch sehr komplexe und auch »heterodoxe« Interventionen unterworfen werden können wie z. B. Mammographie- oder Rehabilitationsprogramme oder Psychotherapien auf der einen und anthroposophische oder homöopathische

Verfahren auf der anderen Seite« (Raspe 1996, 555). Jegliche Intervention – auf welcher (Mikro-, Meso-, Makro-)Ebene sie auch immer angelegt wird – kann durch Evaluation die Weihen der klinischen Berechtigung verliehen bekommen, natürlich um den Preis der Tilgung von natürlicher Varianz und Komplexität, die in den weitgehend eindimensionalen Studiendesigns ausgeblendet werden müssen. Auf diese Weise lassen sich selbst komplexe Handlungssysteme wie etwa die Vor- und Nachteile eines Primärarztmodells ihres kulturellen und soziodynamischen Ballasts entledigen, auf wenige Begriffe reduzieren und so einer ›begründbaren‹ Interventionsentscheidung zuführen.

Der methodologische ›Taschenspielertrick‹ besteht darin, die prekären Schnittstellen zwischen Theorie und Praxis, Interventionsmodell und den komplexen Bedingungen der realen Handlungsvollzüge *nur* als ein vernachlässigbares Randproblem zu betrachten, sodass die Beziehung zwischen theoretischer Reflexion und sinnvoller Praxis unproblematisch zugunsten der Empirie auflösbar erscheint. Ganz in diesem Sinne charakterisiert Raspe *EBM* mit den Worten von Evans als eine ›reformierte und neu gestaltete Manifestation der Religion [...] des englischen Empirizismus« (zit. nach Raspe 1996, 555). Unter der Polemik: »›Es ist alles sehr nett in der Praxis, aber wird es theoretisch funktionieren?‹« stellt aus der ›induktivistischen‹ Perspektive des *EBM* selbst »die biologische Plausibilität therapeutischer Beobachtungen« nur »ein schwaches Argument« dar (Raspe 1996, 557). Die von Popper herausgearbeitete erkenntnistheoretische Problematik der Induktion wird seitens der *EBM* einfach durch den Hinweis auf die Praxis ausgehebelt: Denn ein Erkenntnismodell, das sich an Nichtwissen und Falsifikation orientiere, würde kaum das benötigte Anwendungswissen liefern können. Zwischen der lähmenden *Skylla* des Skeptizismus und der *Charybdis* des naiven Positivismus suggeriert die *evidence based medicine* einen praktikablen Mittelweg, der Praxis und Wissenschaft auf elegante Weise vereint.

In ihrem Rekurs auf die Biostatistik folgt *EBM* zwar dem Popperschen Falsifikationspostulat, denn nach der strengen statistischen Logik können Hypothesen nicht bewiesen, sondern nur statistisch widerlegt werden. Für die evidenzbasierte Intervention oder Leitlinie ist jedoch nur positives Wissen anschlussfähig. Das Transferproblem von Theorie zur Praxis bleibt virulent und kann nur induktiv geschlossen werden, denn im Sinne eines biostatistischen ›Induktionismus‹ bleibt als handlungspraktischer Schluss nur der Weg offen, die ins Positive gewendeten Ergebnisse der Studie – gleichsam als ›unbewiesener‹ Beweis – auf andere Kontexte und Fragen zu übertragen, denn allein schon aus Kosten- und Zeitgründen kann das Ideal der multizentrischen kontrollierten Studie nicht beliebig ausdifferenziert und rekontextualisiert werden, um zu gehaltvolleren Hypothesen zu

gelangen. Dies würde jedoch streng genommen im Popperschen Sinne bedeuten, dass alle weitergehenden Aussagen nichts weiter darstellen als die induktive Bestätigung der eigenen Vorurteile. Unabhängig davon, dass eine solche Logik handlungspraktisch durchaus sinnvoll sein kann, sind hier die Probleme im Verhältnis von Wissenschaft und Praxis keinesfalls grundsätzlich überwunden, wie seitens der EBM-Vertreter in der Regel suggeriert wird.

Das hier erscheinende Paradox der Statistik – Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewissheit im Einzelfall – ist jedoch nicht das einzige erkenntnistheoretische Problem der EBM. Ein weiteres Konfliktfeld zeigt sich in der Datenbasis der so genannten Metastudien selber, denn die Ausgangsstudien zeigen nicht selten eine erhebliche Heterogenität auf, die über Zufallsschwankungen weit hinausgeht. Unterschiedliche Studiendesigns mit verschiedenen Ausschlusskriterien und differierenden Randbedingungen zeigen unterschiedliche Ergebnisse, wie beispielsweise die Diskussion um das in letzter Zeit umstrittene Herzglycosid Digitalis aufzeigt.⁹ Ob hier mit dem Instrument der Metaanalyse abgeholfen werden kann, ist fraglich: Der Internist Bock stellt dieses Vorgehen mit dem Verweis auf den ›Erhaltungssatz‹ »*garbage in – garbage out*« (Bock 1993, 74) grundsätzlich in Frage: »Man rekurriert hierzu u. a. heute auf Metaanalysen in dem Glauben, mit größeren Zahlen käme man der ›Wahrheit‹ näher. Bei den ›Score-Based‹ Metaanalysen werden die Einzelpublikationen in Bezug auf ihre methodische Qualität mit einem Punktesystem klassifiziert. [...] Jedenfalls kommt man dem ›wahren‹ Ergebnis wohl kaum nahe, indem man die mehr oder weniger richtigen oder falschen Ergebnisse verschiedener Untersucher als Messreihe betrachtet und sie statistisch bearbeitet. Denn die unterschiedlichen Ergebnisse der einzelnen Studien beruhen nicht wie bei einer Messreihe mit gleicher Methodik an gleichem Material auf der zufälligen Streuung um einen Mittelwert, sondern auf der durch methodische Differenzen bedingten Heterogenität der Studien. [...] Die durchschnittliche Odds Ratio ist eine Fiktion der Wahrheit. [...] Der Vergleich der Ergebnisse von Metaanalysen vieler kleinerer Studien mit den Ergebnissen von

9 Bock fasst die Diskussion resümierend zusammen: »Und wenn jetzt an 6.800 Patienten gezeigt worden sein soll, dass Digitalis keinen Überlebensvorteil bringe, so ist diese Aussage in dieser allgemeinen Form unzutreffend: Bei den genannten schweren, vermutlich auch bei nicht ganz so schweren Fällen hat Digitalis zweifellos gegenüber der Nichtbehandlung das Leben verlängert. Dass dies bei leichteren Fällen, die heute vielfach überhaupt nur mit apparativen Methoden erfasst werden, anders sein könnte, steht auf einem anderen Blatt, auch dass Digitalis u. a. wegen seiner geringen therapeutischen Breite durch andere wirksame Substanzen teilweise ersetzt werden könnte« (Bock 2001, 302f.).

einzelnen randomisierten Großstudien mit Tausenden von Patienten ergab teils Übereinstimmung, teils Diskrepanzen. Was ist dann das ›richtige‹ Ergebnis? Auch das Resultat der Großstudie könnte falsch sein, z. B. wegen methodischer Mängel oder wegen der notwendigen Beteiligung zahlreicher verschiedener Prüfer« (Bock 2001, 303).

Ein weiteres Problem, Studienergebnisse biostatistisch vergleichen zu können, ist der so genannte ›publication bias‹: »Wenn es so ist – und die Insider wissen, dass es so ist –, dass Studien mit negativen oder anderweitig unerwünschten Ergebnissen oft nicht publiziert werden, weil industrielle Sponsoren dies verhindern oder die Redaktionen sie nicht akzeptieren, so ist dies ein zu verurteilender Mischstand. Er geht die Forscher an, die sich auf solchen Handel einlassen, oder die Redaktionen und Reviewer der Zeitschriften. Man wird auch in Zukunft nicht darum herumkommen, jede einzelne Studie für sich zu bewerten und nur die beste(n) für eine Urteilsbildung heranzuziehen [...]. Der dabei ins Spiel kommende subjektive Faktor wird auch durch die scheinbare Exaktheit und Objektivität der Rechenoperationen mit Metaanalysen nicht eliminiert werden. Diese Kritik darf keinesfalls als Plädoyer gegen die große Bedeutung randomisierter kontrollierter Studien für die Qualität eines wichtigen Teils unserer therapeutischen Entscheidungen missverstanden werden« (Bock 2001, 303).

Die grundsätzliche Bedeutung dieser Studien für den medizinischen Fortschritt möchte Bock jedoch relativiert wissen, denn die meisten der oftmals lebensrettenden Therapien zeigten ihre Relevanz und Wirksamkeit eher innerhalb einer sauberen klinischen Kasuistik und die sinnvollen Interventionen erschlossen sich aus rationalen Überlegungen. Eine kontrollierte randomisierte Studie mit einer unbehandelten Kontrollgruppe wäre in diesen Fällen auch »ethisch nicht zu rechtfertigen«. Die eigentliche Leistung und Aufgabe der Biometrie läge demgegenüber vielmehr bei den fragwürdigen Interventionswirkungen, welche »vom einzelnen Arzt« nicht mehr »von Placeboeffekten abgegrenzt werden« könnten, etwa bei den Befindlichkeitsstörungen, »bei der Festlegung von Schwere oder Dauer eines Heuschnupfens oder einer Bronchitis« und bei »Pharmaka mit schwacher Wirkung« (Bock 2001, 301).

Der bisherigen Argumentation folgend würde *EBM* weitaus mehr als allgemein erwartet anfällig für subjektive Einflüsse. Zum einen sind die Vergleichskriterien einer Metaanalyse ebenso wie die Entscheidung für ein Studiendesign von den Präferenzen der Untersucher abhängig. Zum anderen bergen gerade die ›weichen‹ medizinischen Interventionen unter dem Zielkriterium ›Patientennutzen‹ vielfältigen Raum für Interpretationen.¹⁰

10 Hinzu kommen die grundsätzlichen Probleme nutzentheoretischer Über-

Die auf den ersten Blick recht plausibel erscheinende Logik der EBM zeigt sich beim Blick hinter die Kulissen äußerst anfällig für die Probleme und Paradoxien einer hyperkomplexen Wissenschaft. Der vermeintliche Rationalitätsgewinn der Medizin kann leicht in Verunsicherung umschlagen: Dass die Ergebnisse einer Metaanalyse ins Gegenteil umschlagen können, falls die Randbedingungen in unkonventioneller Weise variiert werden, zeigt die in ›Prevention and Treatment‹ geführte Debatte um das Fluxin ›Prozac‹. Ein breit angewendetes Psychopharmakon der neuen Generation wird hier ›metaanalytisch‹ dekonstruiert. Kirsch und Sapirstein (1998) weisen nach, dass sich der positive Effekt des Antidepressivums gegenüber einem Placebo weitgehend herunterrechnen lässt, wenn neben dem passiven auch der *aktive* Placebo-Effekt, Nicht-Behandlungs- und Wartelisteneffekte, *pre-post effect sizes* sowie andere nicht-spezifische Effekte einbezogen werden.

Ein zweites Beispiel stellen die Verdünnungen der homöopathischen Hochpotenzen dar. Entsprechend dem biophysikalischen Modell ist hier im buchstäblichen Sinne des Wortes *keine Substanz* mehr vorhanden, die wirken könnte. Dem Postulat der EBM folgend, dass nicht der kausale, sondern der epidemiologische Wirksamkeitsnachweis entscheidend sei, lassen sich homöopathische Interventionen jedoch in kontrollierten Studien überprüfen. Die Ergebnisse diesbezüglicher Metastudien, veröffentlicht in einer Reihe angesehener Journale,¹¹ wie auch eine Analyse der *Cochrane Review* zur Influenza-Therapie¹² lassen jedoch ungeachtet der theoretischen Plausibilität des homöopathischen Wirkmodells einen ›wirklichen‹ Effekt gegenüber dem Placebo vermuten.¹³ Unweigerlich stellt sich die Frage nach der in-

legungen. Versuche, über *healthy-years equivalents* und *quality-adjusted life years* (Mehrez/Gafni 1993) ökonomisch handhabbare Kosten-Nutzen-Kalküle zu etablieren, lösen nicht das generelle Problem der Willkür der Zielkriterien, die diesen Berechnungen zugrunde liegen. Entsprechend entfalten diese Überlegungen nur weitere Paradoxien. Siehe hierzu auch Feuerstein (1998).

11 Linde et al. (1997, 884) kommen in Lancet nach einer Review von 107 kontrollierten Studien zu folgendem Schluss: »The results of our meta-analysis are not compatible with the hypothesis that the clinical effects of homoeopathy are completely due to placebo«. Taylor et al. (2000) kommen im British Medical Journal zum selben Ergebnis.

12 Auch hier schließen die Reviewer mit einem tendenziell positiven Ergebnis zugunsten der homöopathischen Intervention: »Oscillococinum probably reduces the duration of illness in patients presenting with influenza symptoms [...]« (Vickers 2001).

13 Schuck et al. (2001) müssen diesbezüglich im Deutschen Ärzteblatt anerkennen: »Eigentlich befinden sich die Homöopathen in einer für vie-

haltlichen Interpretation der Ergebnisse. Da zu vermuten ist, dass anerkannte wissenschaftliche Journale bei unorthodoxen Therapien hinsichtlich ›unerwarteter Ergebnisse‹ noch strengere Kriterien an die Studienqualität stellen als bei schulmedizinisch plausiblen Verfahren, wird eine Kritik am Ergebnis dieser Studien in der Regel nur das Verfahren der Metaanalyse selbst treffen können, es sei denn, das homöopathische Medikament wäre gegenüber dem Placebo ›wirklich‹ überlegen. Nun würde sich jedoch unweigerlich die Frage nach dem Wirkmodell stellen. Würden aber die Gesetze der Homöopathie in der von Hahnemann formulierten Form gelten, dann hätte das, wie Skrabanek und McCormick schildern, »für die Wissenschaft verheerende Folgen«. Für die »Physik wären die Konsequenzen tiefgreifender« als »z. B. die Entdeckung, daß die Erde in der Tat flach ist. Man hätte Wissenschaft, so wie wir sie kennen, über Bord werfen müssen« (Skrabanek/McCormick 1992, 130). Der Verzicht auf die begründende Kausalität erscheint insbesondere für den naturwissenschaftlichen Zweig der Medizin gravierend. Die Ergebnisse stehen nun gleichsam als sibyllinisches Buch erklärungslos im Raum. Da durch das Doppel-Blind-Design tendenziell die unspezifischen Effekte eines »ganzheitlichen Behandlungssettings« (etwa intensivierete Arzt-Patient-Beziehungen oder spezifische Reaktionserwartungen) statistisch ausgemittelt werden, verschwindet auch der Platz für alternative Erklärungsmodelle.¹⁴

Abschließend: Auch mittels ausgefeilter Biostatistik lässt sich nicht vermeiden, ein Wespennest erkenntnis- und wissenschaftstheoretischer Probleme anzustechen. Die Verhältnisbestimmung von Induktion zur Deduktion (Falsifikationspostulat), von Allgemeinem zum Speziellen (Paradox der Statistik), von Untersuchungsvariablen zum Ergebnis, von Empirie und Rationalität (Frage der Ergebnisdeutung) bleibt unter den Postulaten des logischen Empirismus weitestgehend ausgespart. Gleichsam durch die Hintertür könnte *EBM* gerade durch ihren Anspruch, eine höhere Rationalität in die Medizin einzuführen, dazu beitragen, dass die Probleme des Konstruktivis-

le beneidenswerten Position: [...] Ihr Ansinnen könnte sich zumindest formal auf eine empirische Wirksamkeitsevidenz berufen, von der viele andere in der Schulmedizin angewandte ›einfache‹ oder ihr oft viel näher stehende komplexe Therapieformen, wie zum Beispiel die Kur oder die Rehabilitation, nur träumen können, die aber (noch) im Erstattungssystem sind«.

14 Zurzeit werden in einer Anzahl von Modellversuchen evaluative Daten zu heterodoxen medizinischen Verfahren erhoben (vgl. Gibis et al. 2001).

mus in die diesbezüglich bisher resistent geglaubten medizinischen Wissenschaften mehr und mehr eindringen.

*Politik und Wirtschaft im Verhältnis zur
medizinischen Praxis*

Evidence based medicine pointiert das Spannungsfeld von Allgemeinem und Besonderem. Im unmittelbaren Kontakt mit einem konkreten Patienten stehend befindet sich der behandelnde Arzt am äußersten Ende dieser Polarität. Ärztliches Handeln ist immer der individuellen Kasuistik des Einzelfalls verpflichtet. Der einzelne Arzt muss hier mit den ihm aktuell zur Verfügung stehenden institutionellen, ökonomischen und handlungspraktischen Möglichkeiten individuelle Lösungen (er-)finden. Gerade unter Einbeziehung soziokultureller Faktoren, individueller Patientenbedürfnisse und begrenzter lokaler Ressourcen stellt das Problem der *practice variation* weiterhin eine Herausforderung für die Ärzte dar, denn selbst wenn Leitlinien von ärztlicher Seite akzeptiert und angenommen werden, bedeutet dies nicht unbedingt, dass sie in der Praxis umgesetzt werden können, wie etwa der Versuch, mittels einer sorgfältig entwickelten Leitlinie die in Kanada gegenüber England doppelt so große Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich zu senken, gezeigt hat. Die Implementation der Leitlinie führte zwar bei den Ärzten zu einem hohen Bekanntheitsgrad und einer weitgehenden Übereinstimmung in Bezug auf ihren Inhalt sowie auch zur subjektiven Empfindung, der Leitlinie in der geburtsärztlichen Praxis Folge zu leisten. Die Evaluation zeigte jedoch in der Praxis keine Verminderung der Sektio-Rate (Gerlach et al. 1998, 1021).

Nichtmedizinische Entscheidungsgründe (Angst vor juristischen Konsequenzen, Wunsch nach einer schmerzfreien Geburt, fehlende ökonomische Anreize, kulturelle Präferenzen) scheinen hier eine wichtige Rolle zu spielen. Ebenso könnte sich aber auch eine prinzipielle Kluft zwischen der theoretischen Reflexion und der habitualisierten alltagspraktischen Dimension ärztlichen Handelns, dem »praktischen Sinn« (Bourdieu 1997, 106f.) zeigen. Für die Praxis würden dann andere Gesetze gelten. In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse von Siering et al. (2001), die in einer qualitativ empirischen Studie die Auswirkungen der Richtlinien zur interventionellen Koronartherapie auf den Behandlungsalltag untersucht haben. Der Bekanntheitsgrad der Leitlinie unter den Kardiologen ist zwar hoch, die inhaltlichen Kenntnisse sind jedoch gering und ihre Auswirkung auf die klinische Praxis ist begrenzt. Demgegenüber besitzt die Einzelfallorientierung einen hohen Stellenwert, es wird auf den Wert der

persönlichen beruflichen Erfahrung verwiesen, und die Freiheitsgrade, die die Richtlinie offenlässt, werden geschätzt. Nur wenige qualitativ-empirische Arbeiten haben die wissenssoziologische Dimension ärztlichen Handelns bisher genauer in den Blick genommen.¹⁵ Wie auch immer, das Verhältnis von Leitlinientheorie und Praxis erscheint unvermittelt und verlangt aus der Sicht des Gesundheitsmanagements nach ›pädagogischen‹ Interventionen, etwa in Form verschiedener Qualitätssicherungsprogramme¹⁶ oder externer Beratungsangebote.¹⁷ Aus einer wissenssoziologischen Perspektive würden jedoch auch diesbezügliche Bemühungen nur bedingt auf die unmittelbare Praxis wirken können, da Medizin zunächst als eine durch kollektive Praxis vermittelte habitualisierte Handlungspraxis angesehen werden muss, die sich zwar in theoretischem Wissen fundieren lässt, deren Kunst aber wesentlich auch auf atheoretisch vermittelten Wissensbeständen beruht (*tacit knowledge*), die sich unter den komplexen Bedingungen der Alltagspraxis bewährt haben.

Als angewandte Wissenschaft kann Medizin nicht an Unsicherheit oder Unwissen anschließen, sondern muss mit der ›Fiktion des Wissens‹ arbeiten. Da die medizinischen, ethischen und ökonomischen

- 15 Bergs Arbeiten weisen etwa in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Praxis der Diagnose einen hoch konstruktiven Prozess darstellt, der nicht einfach als ein passiv-rezeptiver Vorgang der Datenermittlung verstanden werden kann. Vielmehr wird gerade auch im Schreiben des Patientenprotokolls die (Zweck-)Rationalität des Handelns erst post hoc konstruiert (Berg 1992; 1996, 518f.). Atkinson zeigt auf, dass medizinisches Wissen aus einer Vielzahl von Dimensionen besteht, wobei in der Alltagspraxis ›medizinische Narrative‹ und die ›apodiktische Vermittlung‹ von Maximen durch Erzählungen von anerkannten und vertrauenswürdigen Autoritäten innerhalb der medizinischen Hierarchie eine bedeutsame Rolle spielen (Atkinson 1995, 147f.).
- 16 Gerlach et al. (1998, 1021) sehen im Deutschen Ärzteblatt ein Missverständnis darin, dass die »Existenz zentraler Leitlinien bereits mit einem Qualitätsmanagement innerhalb einer Versorgungseinrichtung zu verwechseln« sei. Stattdessen müsse diese auf »Prinzipien wie interner partizipativer Organisationsentwicklung, Schwachstellenanalyse sowie konsequenter Patientenorientierung« und dem Streben nach so genannten »Null-Fehler-Zielen« beruhen. Siehe in einem ähnlichen Sinne Lauterbach (1998, 104f.).
- 17 Aus organisationssoziologischer Sicht ist dieses Phänomen bisher kaum angemessen empirisch untersucht. Die bisherigen Untersuchungen von Beratungsprozessen im Krankenhaus leiden bis auf wenige Ausnahmen unter der Schwäche, dass sie in der Regel von dem gleichen Personenkreis evaluiert werden, der die Beratung durchführt (s. als Ausnahme: Iding 2000).

Entscheidungsprämissen ihrerseits »in vielen Bereichen unsicher sind und Spielräume zur Interpretation und Handhabung bieten« (Schüp- pel 1996, 423), müssen die Rationalisierungslücken durch ein soziales System zurechenbarer Erwartungen und Erwartungserwartungen geschlossen werden. In dieser Hinsicht stellt EBM an die konkrete ärztliche Entscheidungspraxis zunächst nur eine weitere Erwartung neben anderen dar, die erfüllt oder auch abgelehnt werden kann.

Gravierender scheint sich jedoch der Einfluss der *EBM* auf die Machtkonstellationen innerhalb des Gesundheitssystems und seiner Organisationen auszuwirken. Zum einen können nun prekäre gesundheitspolitische Entscheidungen an vermeintlich unpolitische, jedoch außerordentlich machtvolle Gremien delegiert werden. So kann etwa der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (damals BÄK, heute in G-BA umbenannt) im ›stillen Kämmerlein‹ und fernab der öffentlichen (partei-)politischen Diskurse weitreichende Entscheidungen zur Rationierung von Gesundheitsleistungen treffen. Der durch »ökonomische Interessen überdeterminierte Aushandlungsprozess des BÄK« wird hier gerade dadurch verschleiert, dass er »›auf das Trivialpostulat [...] einer wissenschaftlich fundierten Medizin‹ reduziert wird« (Urban 2001, 66).

Zum anderen verschieben sich die innermedizinischen Kräfteverhältnisse zu Ungunsten der Ärzte und zum Vorteil neuer administrativer und technischer Eliten, die nun zusätzliche Anforderungen an die medizinische Arbeit herantragen, etwa in Form von Dokumentationsprotokollen und Qualitätsmanagementprogrammen (Hafferty/Light 1995, 135). Mit der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften (›Public Health‹) in den 80er-Jahren konkurrieren nun zwei akademische Professionen um die Position der Experten, welche über Belange der Gesundheitsversorgung entscheiden dürfen. Dies führt zwangsläufig zu Konflikten, da die einen auf individuelle Diagnose und Behandlungsprozeduren, die anderen auf die gesellschaftlichen, insbesondere auch ökonomischen Dimensionen der Gesundheitsversorgung fokussieren (Hafferty/Light 1995, 138).

Auch wenn sich die neuen Funktionsebenen oftmals selbst aus der Ärzteschaft rekrutieren, heben sich diese in der Regel relativ schnell von dem gemeinen Klinikarzt ab, deprofessionalisieren gewissermaßen und verfolgen ihre neuen Gruppeninteressen, wie die Untersuchungen von Montgomery (1990) aufzeigen. Ganz im Sinne von Bourdieus Feldtheorie agieren sie als Positionsinhaber und nicht entsprechend ihrer früheren ärztlichen Identität. Da aus dieser Position die Politik näherliegt als die Medizin, wird vieles, was unter dem Namen Qualitätssicherung läuft, äußerst anfällig für ökonomische und politische Interessen (Hafferty/Light 1995, 143). Beziehungen zwischen Leitlinien-Autoren und der pharmazeutischen Industrie

sind üblich und mittlerweile nachgewiesen (Choudhry et al. 2002). Ganz in diesem Sinne kritisieren auch Haycox und Walley (1999) im *British Medical Journal* den naiven Glauben, dass etwa formelle Komitees zur Richtlinienbestimmung die massiven äußeren Interessengruppen heraushalten könnten. Unter politischem Handlungsdruck und der Erwartung schneller Ergebnisse bleibt, wie auch Macintyre et al. (2001) aufzeigen, das Label ›evidence based medicine‹ noch bestehen, handlungspraktisch gründet sich die Konsensfindung eher auf dem Meinungsaustausch der Gutachter als auf der kritischen Bewertung aktueller wissenschaftlicher Literatur. Auch Raspe muss feststellen, dass die »Praxis von EBM [...] nicht zu widerspruchsfreien Lösungen« führt. »Jeder, der bei Konsensuskonferenzen aktiv mitgearbeitet hat, weiß, wie ausgedehnt diese Grauzone ist« (Raspe/Stange 1998, 18). Im gleichen Sinne kommt Porzsolt anhand eines ›Delphi Experiments‹ zur Expertise in verschiedenen Tumorzentren zu dem Schluss, dass »die Entscheidungen zur Selektion von Leitlinien auf keiner einheitlichen Grundlage getroffen werden« (Porzsolt 1998, 583).

Ungeachtet dieser inneren Widersprüche sehen Hafferty und Light als politische Konsequenz einer im Gesundheitssystem positionierten Verwaltungselite die Freiheitsgrade klinischer Arbeit eingeschränkt und einen deutlichen Autonomieverlust ärztlichen Handelns zugunsten des statistischen Mittelwertes. Die Medizin laufe in diesem Sinne Gefahr, keine Profession mehr darzustellen, sondern ein technisches Unternehmen zu werden (Hafferty/Light 1995, 143). Die Balance verschiebe sich zugunsten der organisatorischen Interessen der Versorgungsdienstleistungssysteme, und der Preis der Standardisierung der Medizin bestehe dann möglicherweise gerade darin, dass zwar gut durchdachte Serviceprodukte entwickelt würden, deren Gewinn für die Praxis (für den Patienten und den Arzt) jedoch keineswegs gesichert sei (Hafferty/Light 1995, 146). In diesem Sinne fordern Hafferty und Light, die Rolle der Autonomie als Dreh- und Angelpunkt der Professionalisierung neu zu überdenken. Insbesondere der Soziologie käme die Aufgabe zu, die weitgehend unhinterfragte Verbindung von einer zur Medikalisierung der Gesellschaft neigenden Gesundheitspolitik mit der elitären wissenschaftlichen Expertise kritisch zu beleuchten. Die ›Evaluation‹ von Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen dürfte sich dann nicht nur darauf beschränken, dass diese erfolgreich implementiert worden sind, sondern entgegen der dem politischen System geschuldeten naiven Voraussetzung, dass die Reformen an sich schon gut sind, sollten auch die impliziten Konsequenzen diskutiert werden.

Haycox zeigt in einer der wenigen diesbezüglichen Studien auf, dass hier durchaus mit verdeckten Folgekosten zu rechnen sei. So

könne die Steuerung ›von oben‹ gleichsam die evolutionäre Selbstregulation in der Adaption angemessener therapeutischer und diagnostischer Verfahren ausschalten und hierdurch Fehlentwicklungen mit dramatischeren Konsequenzen möglich werden lassen (Planungs-Paradox). Etwa könnten teure neuere Prozeduren viel zu schnell flächendeckend eingeführt werden, als es ihrem begrenzten Nutzen später in der Praxis angemessen erscheinen würde (Haycox/Walley 1999, 391). In diesem Sinne könnten Richtlinien gar die Kosten explodieren lassen, da ihre zunächst unsichtbaren Begleitkosten nicht mehr rechtzeitig innerhalb einer behutsam vorstattengehenden Rezeption durch die Praxis erkannt würden. Haycox zitiert hier das Beispiel der britischen Leitlinien zur Endoskopie bei Dyspepsie (Reizmagen), deren *Nichtbefolgen* seitens der Ärzte im Nachhinein als der einzig vernünftige Ausweg erschien, um die Überlastung der Fachärzte durch unnötige Endoskopien abwehren zu können (Axon et al. 1995).

Abschließend: *Evidence based medicine* erscheint für die Politik wie auch für die Kostenträger zunächst ein willkommen Partner, um ihre Interessen nach gesundheitspolitischer Steuerung durchsetzen zu können. Die Bestrebungen der ›externen‹ Verwissenschaftlichung der Medizin verpufft jedoch zu einem Teil an den Gegenstrategien professioneller Fachverbände, zum anderen Teil agieren sie schlicht an den Bedingungen der Praxis vorbei. Der Politik dient *EBM* dennoch als Reservoir für ›wissenschaftliche‹ Begründungen ihres Handelns. Aus wirtschaftlicher Perspektive dient sie als Legitimation für Rationierungsmaßnahmen, wengleich durchaus verdeckte Kosten zu erwarten sind. *EBM* nährt in diesem Sinne vorrangig medizinfremde Funktionsbezüge. Nicht zuletzt entstehen durch die Professionalisierung neuer Verwaltungseliten weitere Mitspieler im Gesundheitssystem, die ihrerseits Bezüge und Identitäten aufrechterhalten und konstituieren wollen.

3. Der Arzt im Interaktionszusammenhang

Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Recht nutzen *evidence based medicine* entsprechend ihrer eigenen Funktionslogik, indem sie ihrerseits vermehrt Ansprüche und Erwartungen an die Medizin stellen können. Im Folgenden wird anhand von Oevermanns professionstheoretischen Überlegungen versucht, die hieraus resultierende Interaktionsdynamik im Hinblick auf den einzelnen Arzt und seine Struktur als autonom handlungsfähiges Subjekt herauszuarbeiten. Hierdurch wird die systemtheoretische Erörterung auf den konkre-

ten Handlungszusammenhang realer Ärzte heruntergebrochen. Das ›polykontexturale‹ Gebilde unterschiedlicher Sinnbezüge würde dann in Oevermanns Terminologie als ›objektive Sinnstruktur‹ eines Interaktionszusammenhangs erscheinen, der sich zunächst unabhängig vom subjektiven Bewusstsein wie auch von persönlichem Wissen des konkreten Arztes darstellt: Unabhängig von seinem psychischen Zustand ist vom Arzt zu *erwarten*, dass er etwa den rechtlichen und den wissenschaftlichen Aspekten seiner Tätigkeit gerecht wird.

Über das Spannungsfeld von Psychischem und Sozialem hinaus ist das Problem der ›Irreversibilität der Zeit‹ ein weiterer Ausgangspunkt für Oevermanns professionstheoretische Überlegungen. Die professionelle Praxis verlangt, im ›Hier und Jetzt‹ der Realzeit zu handeln. Die Begründung für eine konkrete Handlungspraxis kann jedoch unter dem ›Zeitdruck‹ der Praxis in der Regel immer nur *post hoc* getroffen werden. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass die psychische Bewusstheit über Dimension und Konsequenzen der Entscheidung immer nur im Nachhinein in ihrer Gänze deutlich wird. Besonders für den Professionellen ergibt sich hieraus eine verschärfte Dynamik von ›Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung‹, denn vom Professionellen wird erwartet, dass er sein Handeln an rationalen und wissenschaftlichen Kriterien ausrichtet und zumindest im Nachhinein sein Tun diesbezüglich begründen kann.

Während der Wissenschaftler – vom akuten Handlungsdruck entlastet – sich weitgehend mit der Überprüfung und Reflexion von Modellen begnügen kann, steht die ärztliche Profession gleichsam im spannungsreichen Zentrum von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung und sieht sich hierin vor der Aufgabe, die grundlegenden Widersprüchlichkeiten einer Praxis balancieren zu müssen, die immer auch soziale Dimensionen mit beinhaltet: »Professionen haben es in ihrer in sich widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mütterlichen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihren gesunden Anteilen andererseits, wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun, ohne daß sie dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen« (Oevermann 1990, 15).

Das praktische professionalisierte Handeln ist aus dieser Sicht die »Sache einer Kunstlehre und die Professionalisierungstheorie ist bestenfalls eine gültige Rekonstruktion des in der Kunstlehre eingeübten praktischen Handelns und eine gültige theoretische Begründung dieser Kunst- oder Handlungslehre« (Oevermann 1990, 15).

Kompetentes ärztliches Handeln besteht im Sinne einer »Logik der Risikoabwägung« im Wesentlichen darin, dass »auch unter den Bedingungen des Nicht-Wissens oder der Unklarheit darüber, welche Krankheit genau vorliegt bzw. welche therapeutische Maßnahme genau passen könnte, eine Entscheidung getroffen werden« kann und muss (Oevermann 1996, 50).

Oevermanns interaktionstheoretische Rekonstruktion der professionsethischen Grundlagen erlaubt es, über systemtheoretische Analysen hinausgehend ›Pathologien‹ zu beschreiben, die als ›entwicklungstypische‹ Option im Prozess der Professionalisierung angelegt sind. Denn: Der konkrete Schritt hin zur professionellen Autonomie im Sinne berufsethischer Eigenverantwortlichkeit kann zugunsten einer »technokratischen Regression«¹⁸ vermieden werden. Dies kann Oevermann entsprechend unter folgenden Voraussetzungen geschehen:

- »Auflösung der kategorialen Differenz zwischen Wissenschaft und Praxis und als Folge davon De-Autonomisierung von Wissenschaft einerseits und Technokratisierung von Praxis andererseits«,
- »Technokratische Schließung der wesentlich durch wissenschaftliche Forschung offen gehaltenen Zukunft und darin Verabsolutierung bestimmter Prognosen«,
- »Selbstabdankung der Autonomie von Praxis«, indem den Wissenschaften eine »Omnipotenz« bezüglich der Zukunftsprognose zugewiesen wird,
- und indem der »Wissenschaft die ethische Verantwortung für mögliche Folgen der Anwendung ihrer Forschungsergebnisse zugeschlagen wird«, wird »die Autonomie der Praxis eingeschränkt« und ein »undemokratisches Entscheidungselement« eingefordert (Oevermann 1990, 16).

Welche Bedeutung spielt nun die Verbreitung und Institutionalisierung der *evidence based medicine* hinsichtlich der Chance, professionelle Autonomie fördern und aufrechterhalten zu können, denn in ihrem Anspruch, Wissenschaft und Praxis verbinden zu können, scheint sie genau in dem hier formulierten Sinne der Abdankung der Letzteren Vorschub zu leisten? Auf den zweiten Blick stellt sich die professionelle Interaktionsdynamik jedoch etwas komplizierter dar: Die *technokratische Schließung* der Geltungsbereiche der Medizin

¹⁸ Oevermann (1995, 94) bezeichnet die »Selbst-Szientifizierung durch Selbst-Subsumption unter wissenschaftliche Theorien« als eine »technokratische Regression«, in der »die Autonomie zugunsten einer Aufgeklärtheit aufgegeben wird«.

stößt heute schon auf ihre eigenen Grenzen. Der Versuch, den medizinischen Wildwuchs der »besonderen Therapieeinrichtungen«, zu denen auch die Homöopathie gehört, mittels kontrollierter Studien auszumerzen, scheint *ad absurdum* geführt. Es ist zu vermuten, dass das sibyllinische Buch der Metastudie in seiner Referenz auf Biostatistik und seinem Verzicht auf inhaltlich semantische Kausalität weitere Überraschungen präsentieren wird.

Die *De-Autonomisierung der Wissenschaft* stellt für den Mediziner zunächst, wenn überhaupt, nur ein peripheres Problem dar. Für die Identität und Legitimität der Wissenschaft könnte sich dieses Problem jedoch auf die Dauer als folgenschwer herausstellen. Die Fusion von Wissenschaft und Praxis zugunsten anwendungsbezogenem Wissen führt ihrerseits zum Zwang der Selbstinszenierung und macht parallel hierzu korrumpierbar zugunsten von Drittinteressen. Einhergehend damit würde auch die medizinische Wissenschaft an Glaubwürdigkeit verlieren. Innerhalb der medizinischen Profession könnte diese Vertrauenslücke in den medizinischen Organisationen und Institutionen durch den vermehrten Rekurs auf glaubwürdige Autoritäten aufgefangen werden. Die Gefahr der *Selbstabdankung der Autonomie von Praxis* scheint insbesondere durch die juristischen Implikationen erhöht. Wenn das Befolgen einer Leitlinie Haftungsimmunisierung bewirkt, dann fördert dies zumindest die Tendenz zur Unterwerfung unter eine Kochbuchmedizin.

Dörner etwa stellt in diesem Sinne fest, dass »Sachzwänge der Büro- und Expertokratie immer mehr Handlungsbereiche in das Befolgen von Ratschlägen, das Ausführen von Aufträgen, das Umsetzen von Leitlinien und das Ausüben von Funktionen« verwandeln würden, »wodurch die reflexive Kraft des Gewissens« in ihr Gegenteil, in die gewissenlose Gewissenhaftigkeit der präzisen Leistungsperformance umzuschlagen« drohe (Dörner 2001, 295). Insbesondere beim chronisch Kranken scheint die strenge Indikationsstellung, nur »evidenzbasierte« Maßnahmen zu erlauben, leicht in die Irre zu führen, denn hier kann der Arzt oft nur begleiten und *per se* wenig heilen. Es bleibt jedoch die Frage offen, inwieweit Medizin die Zugriffe zulasten ihrer Autonomie von außen abwehren kann. Bisher scheint es ihr immer gelungen, sich gegenüber Recht und Ökonomie eigene Spielräume zu wahren.

Die Überschreitung der biomedizinischen Indikationsstellung ist in der Medizin weithin üblich, wenngleich das illegale Zur-Geltung-Bringen der sozialen Indikation durchaus seine eigene Problematik birgt (s. hierzu auch Rohde 1974, 475). Als Beispiel sei hier etwa der kassenrechtlich nicht indizierte Regelfall genannt, dass alte Menschen zum Sterben ins Allgemeinkrankenhaus kommen. Entscheidend für die ärztliche Absicherung ist das Protokoll, dessen Rationalität in

der Regel erst *post hoc* konstruiert wird (Berg 1996, 518f.). Der unmittelbare Durchgriff des Rechtssystems auf die Medizin wird nur begrenzt möglich sein und die Medizin kann sich ihrerseits prospektiv absichern, etwa durch geschickte Protokollführung und so genanntes ›*defensive testing*‹.¹⁹

Gravierender scheint hier der Eingriff der Ökonomie mit den Mitteln des Rechts. Mittlerweile ist es durchaus übliche Praxis einiger Krankenkassen, Ärzte oder Krankenhäuser für Therapien in Regress zu nehmen, deren Evidenz nicht ausdrücklich ausgewiesen ist. Über das Sozialrecht wird es entsprechend der im Health-Technology-Assessment ausgewiesenen ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägung möglich, Maßnahmen, denen EBM nur fragliche Wirksamkeit zuweist, aus der solidargemeinschaftlichen Finanzierung auszuschließen. In diesem Sinne ist hier das Beispiel einer onkologischen Abteilung eines Universitätsklinikums zu nennen. Der Abteilung drohen nun nach Verordnung einer in Deutschland noch nicht etablierten Therapie Regressforderungen in Millionenhöhe. Während ein Assistenzarzt vorschlägt, zunächst nur die ›erlaubten‹ Therapieformen zu verschreiben, besteht die Leitungsebene auf der besonderen Rolle eines Universitätsklinikums im Sinne der Qualitätssicherung in der Onkologie, nicht einfach ein Medikament zu verschreiben, weil seine Indikation zugelassen ist, sondern stattdessen über dem Rahmen dessen, was in Deutschland üblich ist, nach dem Therapiekonzept zu suchen, das am meisten Erfolg zu versprechen scheint. Um das Problem der Regressverantwortung jedoch in den Griff zu bekommen, ordnet der Chefarzt an, diesbezüglich Patienten über die Versorgungslage aufzuklären und sie mit entsprechenden Formularen zur Krankenkasse zu schicken, um dort persönlich die Therapieeinwilligung einzufordern.²⁰

19 *Evidence based medicine* könnte nun im Sinne von DeKay und Asch (1998) fragen, ob *defensive testing* gut oder schlecht für den Patienten sei.

20 Zur Illustration Ausschnitte aus einem Beobachtungsprotokoll des Autors, das im Dezember 2001 während einer ärztlichen Teambesprechung einer onkologisch-hämatologischen Station eines Universitätsklinikums entstand:

Chefarzt: jetzt eine weitere wichtige Sache [...] die Mittelprobleme, für die Bereitstellung von Medikamenten für die Versorgung von Tumorpatienten [...] jetzt kommen schon die Regressforderungen der Krankenkassen ... nur Medikamente mit Zulassungsdiagnose werden jetzt erstattet ... wenn jetzt Medikament X bei Krankheit Y zugelassen und es bei Krankheit Z geben, dann haben wir Regressforderungen in horrenden Ausmaßen auf dem Tisch [...] ist jetzt schon ein Urteil gefallen, da haben wir jetzt Widerspruch eingelegt [...] haben dann ja oft teure Zytostatika

Der Weg der Mediziner, die Zugriffe der Krankenkassen abzuwehren, besteht hier darin, die Verantwortung für die Entscheidung

verabreicht, und nur um die Stationskosten niedrig zu halten, die dann ambulant gegeben [...] die Medikamente sollen zwar wirken, aber jetzt auch die wirtschaftliche Dimension [...] das medizinisch Notwendige müssen wir jetzt beweisen [...] das geht jetzt nur mit dem Patienten [...] ihn müssen wir dann über die Versorgungslage informieren [...] den Patienten dann aufklären und dann zur Krankenkasse schicken und sich von denen die Behandlung bestätigen lassen [...] ist dann auch im Sinne der Patientenrechte [...] bleibt jetzt nichts anderes übrig, als die Patienten wohlinformiert zur Krankenkasse zu schicken [...]

Oberarzt 1: Gibt jetzt auch schon ein Merkblatt für den Patienten ... und dann auch ein vorgefertigtes Schreiben mit der Bitte zur Kostenübernahme ... dann eine Anlage für eine Begründung [...] sind dann etwa auch die Studien der Phase 1 zu nennen [...] die Argumentation lautet dann immer ›wegen fortlaufender Therapienotwendigkeit‹ ... wenn die Krankenkasse zustimmt, ist es ok [...]

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn die das liegen lassen?

Chefarzt: Dann muss der Patient [...] der ist es jetzt, der gefordert ist [...] will die Politik ja auch, den mündigen Patienten, deswegen ist der gefordert.

Assistenzärztin: Was ist jetzt, wenn der Patient keine Angehörigen hat und nicht mehr laufen kann?

Chefarzt: Da können wir jetzt nichts mehr machen [...] ist jetzt einfach so, die Kasse legt dann die ganze Verantwortung auf den Arzt [...] der bekommt mit der Ausstellung des Rezeptes die Verantwortung, weil er regresspflichtig ist [...] können wir jetzt nicht machen [...] haben wir ja anfangs drüber gesprochen [...] geht nur über den Patienten, so ist die Situation [...] wer das jetzt nicht versteht, ist vielleicht Idealist [...] naiv [...] aber die Kasse argumentiert jetzt: ›die Patienten sind Versuchskaninchen, und wir sollen es bezahlen‹.

Ärztin: Die Einwilligung muss jetzt nur vorliegen, wenn die Indikation außerhalb der roten Liste. [...]

Chefarzt: [...] ist ja dann etwa so [...] das Beste, was wir für das Kleinzellige haben [...] ist nach einer Studie aus Japan das (nennt die Medikamentennamen) [...] und das steht da nicht drin. Wenn Sie das jetzt beim Patienten verordnen, dann müssen Sie ihn auch zur Krankenkasse hinschicken [...].

Assistenzärztin: Die (liest die Namen einiger Medikamente ab) sind jetzt zugelassen [...] die anderen nicht [...] könnte man doch sagen, ›nehmen wir erst mal die?‹

Chefarzt: Dann sind wir ja wieder beim Aldi-Einkauf.

Leitender Oberarzt: Die primäre Intention ist jetzt die Qualitätssicherung in der Onkologie ... nicht der Sinn, dass die Leute sagen: Carboplatin ist zugelassen, also unbedenklich, das wollen wir jetzt gerade nicht!

an den Patienten zu reattribuieren, der sich nun eigenständig um die Finanzierung seiner Therapie zu kümmern habe. Patientenautonomie bedeutet in dieser Lesart, dass die Last der Finanzierung tendenziell individualisiert und privatisiert wird.

Abschließend: Nichtsdestotrotz erhöht die Existenz *evidence-basierter* Leitlinien unweigerlich den ›Rationalisierungsdruck‹ für den Mediziner. Die oftmals unter der Logik der Praxis getroffenen Entscheidungen verlangen nun eine ausführlichere Begründung, die auch den strengen juristischen und wissenschaftlichen Kriterien standhalten muss. Als ein weiterer Belastungsfaktor erscheint die *Technokratisierung der Praxis*. Diese läuft gleichsam parallel mit und belastet den einzelnen Arzt mit weiteren Routinen. Praxisprotokolle, zur Ritualisierung neigende Weiterbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie andere Technikfolgeprobleme stellen an das ohnehin knappe Zeitbudget der Ärzte zusätzliche Anforderungen, denen vermutlich nur um den Preis verkürzter Arzt-Patient-Kontakte Folge zu leisten ist. Für den Arzt entwickelt sich hier gewissermaßen eine verschärfte Bewährungsdynamik, die dieser – kompetenztheoretisch gesprochen – entweder in Richtung von mehr Autonomie oder zum Preis der technokratischen Regression lösen kann.

4. Wissensinszenierung: Medizin – auch eine Kultur des Performativen

Entsprechend Luhmanns wissenschaftstheoretischem Diktum, dass es unter den gegebenen Bedingungen leichter ist, »Konstruktionen zu entwerfen und nachzuvollziehen als richtige Realitätswahrnehmungen zu behaupten und durchzusetzen« (Luhmann 1998c, 634), weckt der Anspruch der *EBM*, einfache Lösungen anbieten zu können, den Verdacht, es hier auch mit anderem als Wissenschaft zu tun zu haben. Während Letztere den Gegenstand ihrer Analyse üblicherweise komplexer erscheinen lässt, als dieser in der Praxis verhandelt wird und werden kann, werden in der *EBM* umgekehrt die sozialen und technischen Dimensionen medizinischer Praxis, ihre komplexe Situationslogik ebenso wie ihre impliziten Wissensdimensionen (*tacit knowledge*) zugunsten vereinfachender didaktisch gut präsentierbarer Programme getilgt. Wenn diese nun jedoch differenztheoretisch hinsichtlich der Spannung von Inhalt, Mitteilung und Verstehen gelesen werden, erscheint *EBM* auch als *Wissensinszenierung*. Aus dieser Perspektive würde sich die Frage stellen, was die Medizin bzw. ihre Akteure hierdurch an Autonomie gewinnen könnten? Aus einer eher handlungstheoretischen Sicht würden sich hier insbesondere

Anschlüsse an Goffman ergeben, dessen Arbeiten die Probleme der Selbstdarstellung und Imagearbeit ausführlich thematisieren. Unter dem Blickwinkel der Theatermetapher würden hier die professionellen Akteure zusätzliche Freiheitsgrade gewinnen, indem sie *so tun als ob* und Dinge *in anderen Zusammenhang stellen*. Als Grenzfall solcher Modulationen erscheinen *Täuschungsmanöver*, die oftmals in durchaus *guter Absicht* durchgeführt werden können (s. hierzu Goffman 1996).

Besonders für einen Mediziner, der eine Leitungsposition anstrebt, ist die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz unabdingbar. Der Fall der Arbeitsgruppe des Hämatologen Friedhelm Herrmann macht deutlich, dass diesbezüglich im Einzelfall sogar mit einem Wissenschaftsbetrug gravierenden Ausmaßes zu rechnen ist, dessen Aufdeckung zur Inkriminierung von um die hundert hochrangigen Fachpublikationen sowie der Infragestellung mehrerer Habilitationen führte.²¹ Massive Verstöße wie diese führen zwar seitens der Wissenschaft zu Bemühungen vermehrter Selbstkontrolle und entsprechender Richtlinien.²² Dennoch muss auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie bekennen, dass unter der gängigen Praxis der Eigenselektion medizinischer Führungspositionen die Motivation zu kleineren und größeren Täuschungen durchaus nachzuvollziehen sei, zumal die Mediziner angesichts ihrer oftmals unheilbaren Patienten sowieso hinsichtlich eines pragmatischen Umgangs mit Exaktheit und Wahrhaftigkeit geübt seien.²³

21 Siehe hierzu ausführlich den DFG-Abschlussbericht der »Task Force F. H.« (http://www.dfg.de/aktuell/download/abschlussbericht_fh.pdf). Download 22.1.2001

22 Siehe hierzu die Empfehlungen der DFG-Kommission »Selbstkontrolle in der Wissenschaft« (<http://www.dfg.de/aktuell/download/empfselbstkontr.htm>) (Heruntergeladen am 7.9.2001).

23 Im DGHO-Mitglieder-Rundschreiben 03/2000 heißt es diesbezüglich: »Die wichtigste Ursache für diese Motivation liegt in der zentralen Bedeutung, die die Veröffentlichungen für das berufliche Fortkommen in der Medizin haben. Im Gegensatz zu Disziplinen wie etwa den Rechts-, Wirtschafts- oder Ingenieurwissenschaften ist eine eindrucksvolle Publikationsliste für Ernennungen in klinische Chefarztpositionen mindestens genauso wichtig wie Erfahrung, genuin individuelle Kreativität und besonderes Engagement in der täglichen Berufspraxis [...] Hinzu kommt die allgemeine Gefahr des Integritätsverlustes der Persönlichkeit des unter kontinuierlichem Produktionsdruck stehenden jungen Wissenschaftlers (»publish or perish!«), da an hochkarätigen klinischen Institutionen oft ein übertriebener Leistungsdruck eines ehrgeizigen Chefs von oben zu einem Klima der Angst und ungesunder Selbstüberforderung unter den Mitarbeitern führt. [...] Wie Blum et al. weiter ausführen, bietet die Medizin

Ärzte wiederum, mit diesen im Rahmen medizinischer Dissertationen durchaus üblichen ›Kavaliersdelikten‹ vertraut, sind gewohnt, auch ›evidence-basierte‹ Studienergebnisse zu relativieren und auch entsprechend zwischen den Zeilen zu lesen, wie etwa auch diesbezügliche Experteninterviews mit chirurgischen Oberärzten aufzeigen.²⁴

Medizinische Experten können und müssen gleichzeitig in verschiedenen Kontexten bestehen. In den Kreisen der wissenschaftlichen Reputation gelten andere Inszenierungsregeln als dem Patienten gegenüber, während im vertrauten *peer-group*-Zusammenhang auch der Blick hinter die Kulissen gestattet sein muss. Gerade in seiner Fähigkeit, Inszenierungen sowohl zu beherrschen als auch durchschauen zu können, gewinnt der professionelle Experte gegenüber dem Laien über seine Fähigkeit der Wissensvernetzung hinausgehend

weitere Rahmenbedingungen, welche diese Tendenz noch verstärken können: Der Umgang mit Patienten, etwa bei der Erörterung der Prognose unheilbar Kranker, kann zu einem eher laxen und verschwommenen Umgang mit der Wahrheit und noch mehr mit der Wahrhaftigkeit führen, da man aus vermeintlich gerechtfertigter ärztlicher Sicht dem Patienten sowieso nicht immer die Wahrheit sagen könne. [...] Die Neigung zu ›ärztlichen Kavaliersdelikten‹ auch in wissenschaftlichen Belangen, etwa im Sinne des ›Grantsmanship‹, wird hierdurch gefördert.«

- 24 Zur Demonstration dieser Haltung die folgenden zwei Zitate von zwei Chirurgen in Leitungsfunktionen eines Allgemeinkrankenhauses. Diese stammen jeweils aus Leitfadeninterviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes »›Ärztliche Entscheidungsprozesse‹ des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität« geführt wurden. Die Antworten folgten jeweils auf die Frage nach der Bedeutung der so genannten *evidence based medicine* für den klinischen Alltag:
- Oberärztin:* »[...] und für mich ist das schon immer sehr interessant, dann die Ergebnisse zu lesen oder zu hören, aber das reicht eben nicht aus, weil die halt massivst gefälscht sind und es ist halt ... es wäre schon wichtig [...] das wirklich zu kontrollieren wie's wirklich ist [...] ich hab ja Doktorarbeiten laufen gehabt und hab auch zwei laufen und ich weiß, meine sind jetzt noch nicht abgeschlossen, aber ich weiß ja, die ehemaligen, ja klar, die ich betreut habe, ich weiß doch, wie das gemacht wird. Das ist so nicht echt [...] ich weiß, ich kenne die echten Zahlen.«
- Leitender Oberarzt:* »[...] man weiß ja zum Teil auch, wie solche Studien entstehen, die Ergebnisse von solchen Studien; also ich bin da schon sehr skeptisch im Glauben an die Wissenschaft, weil bestimmte Dinge im Prinzip so als These und Provokation hingestellt werden und dann quatschen das alle Kliniken erst mal nach und komischerweise ist es sehr häufig, dass die gleichen Ergebnisse, die eine Pilotstudie erzielt hat, im Prinzip ja in den Folgestudien nie wieder erreicht werden, und das gibt mir schon zu denken; Stichwort Datenmanipulation gibt es ja auch 'ne ganze Reihe von Beispielen.«

weitreichende Autonomie: Denn nur er kann die Täuschungsmanöver durchschauen. Es gibt gewissermaßen keinen Ausweg aus dem Paradoxon, dass man dem Experten ein objektives Deutungsmonopol zugestehen muss, gleichzeitig jedoch niemals der Verdacht ausgeräumt werden kann, dass hier Subjektives oder gar Willkür gepredigt wird (Hitzler 1994, 26). Der Widerspruch zwischen den konstativen und den performativen Aspekten der Kommunikation ist nur durch den Rekurs auf Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Autorität des Gegenübers zu lösen, denn wenn man fragen müsste, woran man die Expertenschaft erkenne, »dann stößt man auf solche Phänomene wie: auf eine bestimmte Art und Weise sprechen, bestimmte Embleme und Symbole verwenden, ein bestimmtes Erscheinungsbild abgeben, bestimmte Rituale – auch Antirituale – vollziehen usw., dann stößt man also sehr schnell auf *Inszenierungsleistungen*. Dann erscheint der Experte eben nicht als jemand, der besondere Kompetenzen *hat*, sondern als jemand, der es versteht, sozial zu *plausibilisieren*, daß er über besondere Kompetenzen verfügt« (Hitzler 1994, 27).

Das Phänomen der *Wissensinszenierung* stellt in diesem Spiel um glaubhafte Präsentation von Kompetenz nochmals eine Doppelung dar, denn über die Professionalität hinaus, die ja immer für sich schon wissenschaftliche Rationalität in Anspruch nimmt, wird diese nun ein weiteres Mal, diesmal pädagogisch, präsentiert. Jede Pädagogik, ihrerseits Inszenierung, »ist gezielte Auswahl, bestimmter Ausschnitt«, muss vereinfachend selektieren, um sich dem Laien plausibilisieren zu können. Darüber hinaus muss sie »im Verhältnis von Wissen und Praxis die Kontexte verwischen«, um damit das »Problem der Übersetzung« auszublenden (Kiener/Schanne 1999, 450). Inszenierung muss als eine Kommunikation unter zwei Partnern verstanden werden, die eine »Art (stillschweigenden) Pakt« voraussetzt, denn »Inszenierungen des Wissens ziehen Wissen um Inszenierungen nach sich. In einem Zustand etablierter Inszenierung verwischt sich die Differenz zwischen dem Übersetzten und der Übersetzung, zwischen Selektion und Gestaltung, zwischen dem Inhalt und seiner Inszenierung. Inhalt und Anwendung verschmelzen in ihrer Inszenierung« (Kiener/Schanne 1999, 451). Wohl wissend, dass hier die »Grenzen zwischen dem Wissenschaftssystem und seiner Umwelt aufgeweicht« werden und hierdurch »die ›Wissenschaft‹ an Kontur« verliert, da »wahr«, »objektiv« und »nützlich« nicht zusammenfallen müssen (Kiener/Schanne 1999, 447), scheint dennoch für die Medizin aus verschiedenen Gründen keine Alternative zu bestehen, um mittels vermehrter Inszenierung auf der politischen Bühne Terrain zu gewinnen. Unter knapper werdenden öffentlichen Mitteln, aber auch in der Hinsicht auf internationale Systemvergleiche, die aufzeigen, dass *mehr* Medizin nicht automatisch mehr Lebenslänge und Gesundheit

bedeutet, steht die Medizin in ihrer jetzigen Form vermehrt unter Legitimationszwang. Nicht zuletzt ist die medizinische Wissenschaft selbst aufgrund vermehrter Drittmittelabhängigkeit gezwungen, ihren gesellschaftlichen Nutzen herauszustellen, zumal auch die Gesundheitswissenschaften ihre bisherige Monopolstellung hinsichtlich Fragen der medizinischen Versorgung zunehmend angreifen. Nicht nur der einzelne Arzt, auch medizinische Institutionen als organisatorische Einheiten stehen auch im Hinblick auf diesbezügliche Programme und Forderungen der Politik – etwa seitens der WHO – zunehmend unter Zugzwang, ihre Qualität nach außen hin zu präsentieren. Wie Iding (2000) jedoch in der qualitativen Analyse zweier Projekte zur Organisationsentwicklung im Krankenhaus aufzeigt, kann die Qualitätsentwicklung als die eigentliche Zielsetzung schnell zugunsten des ›sekundären Gewinns‹ einer öffentlichkeitswirksamen Präsentation der Krankenhausleitung und der Beraterfirma verloren gehen.²⁵

In diesem Sinne kann *EBM* (wie in vieler Hinsicht auch der Diskurs um den Segen der Gentechnologie) als eine Form der Wissensinszenierung einer Medizin verstanden werden, die in unterschiedlichsten Bereichen an Autorität verloren hat. Politisch kann es ihr hierdurch gelingen, sich erneut zu legitimieren und sich dabei institutionell einen normativen Status positiven Rechts zu geben. Dies geschieht

- 25 Iding arbeitet in seiner mikropolitischen Analyse zweier Beratungsprojekte heraus, dass diese zwar als inhaltlich gescheitert gesehen werden müssen, die Mehrzahl der beteiligten Akteure dennoch im Sinne ›sekundärer Gewinne‹ von dem Projekt profitieren: »Formal wurden beide Beratungsfälle gemäß den Auflagen der WHO durchgeführt und beendet. Schaut man auf die wenigen Ergebnisse, dann wird klar, daß hier zwei OE-Prozesse als gescheitert betrachtet werden können. [...] Im westdeutschen Krankenhaus [...] wurde mit viel Euphorie begonnen, wollte der Hauptberater ein OE-Projekt ›state of the art‹ realisieren und landete schließlich frustriert beim Gegenteil, einer nach und nach sich entpuppenden Rationalisierungsmaßnahme. Im ostdeutschen Krankenhaus [...] verlor das Projekt gleich am Anfang seine Machtpromotoren und kollidierte in seiner partizipativen Ausrichtung mit den Kontrollverlustängsten des Krankenhaus-Managements« (Iding 2000, 168f.). »Auf der anderen Seite zeigen die Fallstudien, daß viele Beteiligte von einem Projekt profitieren, das zwar durchgeführt wurde, aber von den Ergebnissen her als gescheitert betrachtet werden muß. Die Krankenhäuser konnten ihr Image und die Öffentlichkeitsarbeit verbessern. Es wurde hier und da auch etwas für die Gesundheitsförderung getan. Die beteiligten Krankenhaus-Manager haben ein großes Projekt geleitet und konnten mit den Beratern zusammen das Projekt in wissenschaftlichen Artikeln vermarkten. Die Berater haben in der Prozessberatung Erfahrungen gesammelt und Geld verdient« (Iding 2000, 179f.).

hier paradoxerweise mithilfe von hypothetischen Modellen, denn Wissenschaft im guten Sinne hat es immer mit Hypothesen zu tun. Des Weiteren kann im Zuge der Einführung von Marktelementen in das Gesundheitswesen die Medizin kaum auf die Imagearbeit der Qualitätssicherung und -zertifizierung verzichten. Wenn die ›Droge Arzt‹ durch das »evidence«-Label weiter an Autorität gewinnt, erscheint auch für den Patienten die immer mitschwingende Dimension der symbolischen Heilung unter einer strahlenderen Aura suggestiver Faktizität. Inszenieren von Wissen bedeutet immer auch »Versprechen von Sicherheit, und sei es kommunikativer Sicherheit«. Die »Spannung zwischen Sicherheit und Unsicherheit, Wissen und Nicht-Wissen, Anwesenheit und Abwesenheit« wird zugunsten verarbeitbaren, gezähmten, bekannten Wissens geschwächt (Kiener/Schanne 1999, 454). In diesem Sinne sind *evidence*-basierte Leitlinien dem einzelnen Arzt willkommen, und aus dieser Perspektive scheint der empirische Befund, dass dieser deren Existenz gutheißt, ihren Inhalt aber in der Regel kaum zur Kenntnis nimmt,²⁶ nicht verwunderlich. Medizin stellt trotz – oder parallel zu – ihrer Verwissenschaftlichung immer auch eine Kunst des Performativen dar.²⁷ Vermehrte Wissensinszenierung ist jedoch langfristig nur um den Preis zu haben, das zu unterhöhlen, auf was sie sich Wissenschaft gründet. Die moderne Medizin würde dann gleichsam den Ast, auf dem sie sitzt, dekonstruieren, nämlich die Basis ihrer wissenschaftlichen Autorität. Die Bewegung der *evidence based medicine* müsste sich – falls sie der ihr innewohnenden Tendenz zur Wissensinszenierung zu sehr nachgeben würde – langfristig ihrem eigenen Paradoxon stellen müssen: Ihre Evidenz würde sich nicht zeigen lassen.

5. Diskussion

In vielen Bereichen angewandter medizinischer Forschung sind biostatistische Verfahren weit verbreitet und haben entsprechend dort auch ihre Berechtigung; in der Arzneimittelforschung etwa sind kontrollierte randomisierte Studien ein unersetzliches Instrument. All dies wäre für einen soziologischen Beobachter nicht weiter bemerkenswert, wenn nicht unter dem Namen *evidence based medicine* seitens ihrer Protagonisten gleichsam eine neue Philosophie der Medizin verkündet würde. Der hier vertretene umfassende Anspruch, zumindest

²⁶ Hier sei nochmals auf Siering et al. (2001) verwiesen.

²⁷ Anknüpfungspunkte ergeben sich hier besonders an die kulturanthropologischen Arbeiten zur symbolischen Heilung. Siehe etwa Dow (1986) und Moerman (1979).

der in Totalität vollzogene Kurzschluss von Wissenschaft und Praxis, politischer Programmatik und wissenschaftlicher Begründung, müsste geradezu die Reizworte zu einer Ideologiekritik liefern, denn wird hier nicht – zumindest rhetorisch – die Überkomplexität der Theorie gegenüber der Praxis verschleiert und, damit verbunden, die Professionalität konstituierender Autonomie zugunsten einer technokratischen Regression getilgt? Im Sinne von Dörner würden dann all die nicht oder nur schwer rationalisierbaren Aspekte ärztlicher Praxis einem szientifischen Missverständnis zum Opfer fallen.

Konkretes ärztliches Handeln und Entscheiden stellt immer eine komplexe Gemengelage von ethischen, sozialen, medizinischen, organisatorischen und auch wirtschaftlichen Aspekten dar, die miteinander abgewogen werden müssen. Die Frage etwa, ob weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen für chronisch Kranke sinnvoll sind, aber auch eine scheinbar triviale Situation wie der Krankschreibungswunsch eines Patienten mit Erkältung, kann schon zu »ethischen Spannungslagen« führen, »die nicht ohne Rest aufgehoben werden können« (Dörner 2001, 22). Professionelles Handeln verlangt immer auch nach einer beziehungsethischen bzw. diskursethischen Einbindung, denn es kann nur als ein soziales Phänomen vollends verstanden werden. Unter der Ausgangsdisposition der wechselseitigen Unsicherheit bei gleichzeitiger Abhängigkeit und den hieraus folgenden Mustern von Erwartungen und Erwartungserwartungen stellen Vertrauen und vertrauensbildende Maßnahmen gleichsam die *conditione sine qua non* in der Beziehung zwischen dem medizinischen Experten und dem Laien dar. Unter diesem sozialen Blickwinkel ist EBM zunächst einmal *auch* Inszenierung von Wissenschaftlichkeit, denn allein der Begriff suggeriert schon positives Wissen und Sicherheit.

Die hoch entwickelte Medizin ist nicht nur in ihren esoterischen Grenzbereichen, sondern in ihrer alltäglichen Praxis, etwa im Umgang mit multimorbiden chronisch kranken Patienten, gezwungen, reale Ungewissheit in konkretes Handeln umzuwandeln. Insbesondere an den Grenzen ihrer hohen Leistungsfähigkeit muss sie hierzu vermehrt auf symbolische Formen rekurrieren, denn neben einer Welt des Wissens und des prinzipiell Machbaren existiert im ärztlichen Alltag die Welt der Unsicherheit und erwartbarer, aber auch unerwartbarer Grenzen weiterhin fort. In diesem Sinne könnte EBM auch als kultureller Mythos einer Wissensgesellschaft verstanden werden, mit dessen Hilfe Ärzte aus dem Chaos der Fakten eine für Patienten und Politik verständliche Welt der Ordnung zaubern können. Langfristig würde sich jedoch auch die Medizin vermutlich vermehrt die Paradoxien des Konstruktivismus einhandeln und sich diesen stellen müssen.

EBM verwischt jedoch nicht nur die Grenze zwischen Theorie und Praxis, sondern lässt auch die Beziehung zwischen den Funktionssystemen durchlässiger werden, sie kann in gewisser Weise gar zu einer Entdifferenzierung derselben führen. Für die Medizin ergibt sich normalerweise ein klarer Funktionsbezug: Instruktiv ist für sie die Krankheit. Hieraus folgen Diagnose und Therapie als ihre anschlussfähigen Handlungen. Die wissenschaftliche Wahrheit ihrer Methoden, die Einhaltung gängigen Rechts wie auch die ökonomische Kosten-Nutzen-Bilanz ihrer Bemühungen stellen für sie sekundäre, wenngleich nicht unwichtige Probleme dar. *EBM*, auch als politische, ökonomische und rechtliche Programmatik verstanden, bewirkt einen merklichen Druck hinsichtlich der Prioritätensetzung. Ins Extreme ausbuchstabiert könnte dies dann bedeuten, dass im Zuge der Ökonomisierung des Sozialen und des Therapeutischen Qualität nur noch zählt, »wenn sie sicherbar, kontrollierbar, messbar, also in Quantität umgewandelt, somit positiv oder negativ bewertbar und daher bei Bedarf wegrationalisierbar ist. Nicht-meßbare, d. h. eigentliche Qualität existiert dann einfach nicht und entfällt als unersetzbarer Wirksamkeitsanteil ärztlicher, pflegender (bzw. sozialer) Beziehung und Handlung« (Dörner 2001, 211).

Von ihrem Grundgedanken stellt die am Gesetz der großen Zahlen ausgerichtete Epidemiologie den Gegenpol zur ärztlichen Ethik der Einzelfallorientierung dar. Die professionalisierten Gesundheitswissenschaften projizieren mit der *EBM* nochmals das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum in das Funktionssystem der Medizin hinein. Würde dieser ›Auftrag‹ seitens der Medizin unbearbeitet angenommen, so hätte dies massive professionsethische Konsequenzen. Medizin könnte wieder verstärkt von einem utilitaristischen Moment durchdrungen werden. Für den Arzt wäre dann nicht nur – wie bisher – die konkrete Krankheit instruktiv, sondern auch ›gesamtgesellschaftlicher Nutzen‹, was immer das auch heißen mag, und wer (oder welches Funktionssystem) auch immer sich anmaßt, hier für ›die Gesellschaft‹ zu sprechen.

Da die *EBM* jedoch als Wissensinszenierung nicht nur hinsichtlich ihrer inhaltlichen Aspekte, sondern auch im Hinblick auf die performative Dimension bewertet werden muss, bleibt zum Abschluss die Frage offen, wie und unter welchen Bedingungen sich die Medizin

als Profession in diesem Spiel selber restabilisieren kann. Unter Umständen könnte sie gar gestärkt und ohne wesentlichen Identitätsverlust aus diesem Prozess herausgelangen. Langfristig könnten die Kosten der Inszenierung eher zulasten einer dekonstruierten Wissenschaft gehen, während es innerhalb der Medizin zu einem guten Arzt weiterhin (noch) keine Alternative geben wird. Die Beurteilung des Einflusses der *EBM* kann letztlich nicht losgelöst von den anderen Wandlungsprozessen im Gesundheitswesen und in der medizinischen Wissenschaft gesehen werden. Neue Technologien, insbesondere die Molekularbiologie und die mit ihr an den medizinischen Hochschulen neu institutionalisierten wissenschaftlichen Eliten, ändern den Proporz hinsichtlich dessen, was innerhalb der Medizin geforscht und gelehrt wird. In der Suggestion sinnvoller Anwendungen einer modernen Wissenschaft verschieben sich auch hier die Kräfte innerhalb der Medizin. Des Weiteren bleibt, kompetenztheoretisch gesprochen, die Frage offen, wie die Ärzteschaft selber mit der Bewegung der *EBM* umgehen wird. Die intendierten positiven Effekte einer höheren Handlungsrationalität und besseren Wissensorganisation liegen auf der Hand und lassen durchaus auch eine Rezeption im Sinne eigener Weiterbildungswünsche möglich erscheinen.

Als verborgene negative Begleiteffekte erscheinen demgegenüber, wie in dieser Studie aufgezeigt, einerseits die Gefahr der *Deprofessionalisierung*²⁸ von Medizin – hier im Sinne eines ärztlichen Autonomieverlustes verstanden – und andererseits die Umformung des intendierten Anspruchs der *EBM*, zugunsten von Selbstdarstellungsinteressen einzelner Akteure oder Gruppen – was wiederum die ursprüngliche Zielsetzung der *EBM*, mehr Wissenschaft in die Praxis zu bringen, ins Leere laufen lassen könnte. Die beiden Pole ›technokratische Regression‹ und ›gekonnte Inszenierung bei Restabilisierung der eigenen Professionalität‹ liegen hier nahe beieinander.

Um die praktischen Konsequenzen der ›externen‹ Verwissenschaftlichung der Medizin auf die ärztliche Profession jedoch wirklich im Detail verstehen zu können, fehlen qualifizierte empirische Untersuchungen, in denen die Bedingungen und Rahmungen ärztlicher Praxis sorgfältig rekonstruiert werden. Hierzu kann es nicht ausreichen, sich auf die kommunikativen Interaktionszusammenhänge im Sinne Oevermanns ›objektiver Sinnstrukturen‹ zu beschränken, denn die

28 Innerhalb medizinsoziologischer Diskurse wird der Begriff der Deprofessionalisierung vielfach auch in einem anderen, emanzipatorischen Sinne verwendet, nämlich als eine Gegenbewegung aufgeklärter Patienten, die der ärztlichen Expertise eigenes Wissen über Körper und Gesundheit entgegensetzen und so die diesbezügliche Deutungsmacht der Medizin etwas aushebeln können.

Frage, inwieweit diesen innerhalb der konjunkativen Erfahrungsräume ärztlichen Handelns überhaupt ein Wirklichkeitscharakter zukommt, ist bisher weitgehend unbeantwortet. Insbesondere die Werte und Strategien der betroffenen Ärzte, auch im interkulturellen und interfachlichen Kontrast betrachtet, müssten sorgfältiger untersucht werden. Wie und in welchem Rahmen institutionelle und externe Zumutungen an die Medizin im Sinne einer professionsethischen Ethik angenommen oder – etwa verankert im kollektiven Habitus einer ›brauchbaren Illegalität‹ – ausgeblendet und ausgetrickst werden, kann bisher nur geahnt werden. Es ist jedoch zu erwarten, dass eine ausführliche Untersuchung der der alltäglichen habitualisierten Handlungspraxis zugrunde liegenden Prozessstruktur in Verbindung mit ihrer sozialisationsgeschichtlichen Entwicklung eine wichtige Rolle für die Antwort auf die hier aufgeworfenen Fragen spielen könnte.

VIII VON DER ORGANISATION KRANKENHAUS ZUM BEHANDLUNGSNETZWERK?

Die folgende Studie, im Jahr 2007 im Berliner Journal für Soziologie veröffentlicht, stellt gewissermaßen die Quintessenz der Arbeiten des Autors zu den Wandlungsprozessen im Krankenhaus dar. Diese Studien haben mit der Frage angefangen, wie die gesellschaftlichen Kontexturen (insbesondere Wirtschaft und Recht) in ärztliche Entscheidungsprozesse einfließen, und führten schließlich zu einem tieferen Verständnis der komplizierten Wechselbeziehung von Organisationen und der ärztlichen Profession. Dabei wurde auch deutlich, dass die neuen Abrechnungstechnologien in einer Weise in die Organisation der Krankenbehandlung eindringen, dass die professionellen Identitäten der behandelnden Ärzte neu austariert werden, und dass die diesbezüglichen Kontrollprozesse vor allem in die die Organisationsgrenzen überschreitenden Behandlungsnetzwerke ausgelagert werden.

Die bundesdeutschen Krankenhäuser erfahren zurzeit einen tiefgreifenden Wandlungsprozess. Zum einen ändert sich mit den im Januar 2003 eingeführten Diagnose Related Groups (DRG) die Form der Leistungsabrechnung grundlegend: Nicht mehr die Liegezeit, sondern die Fallpauschale wird zum primären Finanzierungsmodus. Zum anderen finden – oftmals verbunden mit der Privatisierung der Häuser – Konzepte moderner Unternehmensführung (EDV-gestütztes ›Controlling‹, ›Outsourcing‹ und Zentralisierung von wichtigen Betriebsfunktionen) Eingang in den Krankenhausalltag. Diese Prozesse verändern nicht nur die Kontexte ärztlichen Handelns, sondern beeinflussen vermutlich in nicht unerheblicher Weise die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse. Zudem sind Spannungen zwischen dem traditionellen ärztlichen Habitus und den neuen organisatorischen Anforderungen zu erwarten. Die Auswirkungen dieser Prozesse auf den ärztlichen Alltag wurden auf der Basis von Feldbeobachtungen und themenzentrierten Interviews auf einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser in einer qualitativen Längsschnittstudie

rekonstruiert.¹ Im Zeitraum Januar 2000 bis Januar 2002 wurden vier Feldforschungsaufenthalte in zwei städtischen und zwei universitären Kliniken durchgeführt (s. Vogd 2004b). Im Jahr 2004 wurden die städtischen Häuser ein zweites Mal aufgesucht.²

Die Auswertung des empirischen Materials erfolgte angelehnt an die dokumentarische Methode im Sinne von Ralf Bohnsack (2003) unter besonderer Beachtung von Rahmen und Rahmungsprozessen.³ Die Rekonstruktion der Veränderungsprozesse und ihrer interaktiven Dynamik geschah in einer dreifachen komparativen Analyse. Auf der ersten Ebene stand der Prä-post-Vergleich im Vordergrund. Auf der zweiten Ebene wurden die Beobachtungen bzw. Rekonstruktionen aus verschiedenen medizinischen Disziplinen und Kulturen verglichen. Auf der dritten Ebene stand das Verhältnis von beobachteter Handlungspraxis und Reflexion bzw. Kommentierung dieser Handlungspraxis durch die beforschten ärztlichen Akteure im Mittelpunkt. Mittels dieser Kontrastierung konnten die Spannungen zwischen ärztlichem Habitus und den neuen organisatorischen Anforderungen herausgearbeitet und die Bedeutung dieser Dissonanzen für die Ausgestaltung der Wandlungsprozesse thematisiert werden (s. ausführlich Vogd 2006).

Der Schwerpunkt der im Folgenden vorgestellten Teilergebnisse dieser Studien liegt zum einen auf dem impliziten, in die ärztliche Handlungspraxis eingelassenen Wissen, zum anderen auf einer organisationssoziologischen Perspektive, die sich nicht auf Aushandlungsprozesse und mikropolitische Spiele beschränken lässt, sondern die Besonderheiten einer funktional differenzierten Gesellschaft im

1 In den Feldbeobachtungsperioden von drei bis zwölf Wochen Dauer wurden einzelne Behandlungsverläufe synchron bzw. zeitnah mit dem Prozessgeschehen dokumentiert, in dem die am jeweiligen Behandlungsgeschehen beteiligten Akteure mit dem Notizblock in der Hand begleitet wurden (vgl. Vogd 2005b).

2 An dieser Stelle der Dank an die Deutsche Forschungsgemeinschaft für die Finanzierung der Folgestudie.

3 Ich verwende den Rahmenbegriff hier im Sinne von Gregory Bateson (1992, 241ff.), der in seinen Untersuchungen zum Spielverhalten von Tieren beobachtete, dass dasselbe Verhalten je nach Kontext eine vollkommen andere Bedeutung zeigen kann. Anders als dann später bei Erving Goffman (1996), dessen Rahmenanalyse durchaus auch im Lichte einer subjektphilosophischen Interpretation zu lesen ist, besinnen wir uns hier mehr auf die ursprünglichen Intention der Batesonschen Arbeiten und verstehen die Rahmungsprozesse als kollektiv hergestellte Vorgänge, die in ihrer Dynamik über die Präsentation einer sozialen Identität weit hinausgehen. Ob gespielt wird oder bitterer Ernst vorliegt, kann hier sinnvollerweise nicht mehr als die Rahmung eines einzelnen Akteurs begriffen werden.

Allgemeinen und ihrer Medizin im Besonderen zu berücksichtigen weiß. Da die Beziehung zwischen einer praxeologischen und der systemtheoretischen Perspektive nicht auf den ersten Blick auf der Hand liegt, folgen zunächst einige organisationssoziologische und methodologische Bemerkungen (1) zu den konzeptionellen und metatheoretischen Voraussetzungen unseres Projektes. Im Anschluss daran ist auf die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen (2) des Krankenhauses und auf die sich hiermit wandelnde Organisation der ärztlichen Arbeit (3) einzugehen. In dem Kapitel ärztliches Ethos (4) werden paradigmatisch am Beispiel einer medizinisch komplexen Fallproblematik die ärztlichen Handlungsorientierungen im Kontext ihrer organisationalen Entfaltung herausgearbeitet. In der Diskussion (5) wird es dann darum gehen, medizinsoziologische Empirie und soziologische Gesellschaftstheorie in ein fruchtbares Austauschverhältnis zueinander zu bringen.

1. Organisationssoziologische und methodologische Bemerkungen

Die Rekonstruktion der Prozesse einer Organisation wie dem Krankenhaus ist sowohl mit Blick auf die Methodologie als auch hinsichtlich der hierfür notwendigen theoretischen Konzeptionalisierung keine leichte Aufgabe. Es reicht nicht aus, das, was hier geschieht, unter den Blickwinkeln der »negotiated order« (Strauss et al. 1963) oder der Inszenierung von Expertenmacht (Freidson 1979) zu betrachten. Ungeachtet der Aufschlüsse, die uns die interaktionistische Perspektive immer wieder liefert, bleiben doch gerade all die strukturellen Zwänge, welche zugleich aber die Freiheitsgrade schaffen, die dann durch Aushandlung in Interaktion wieder geschlossen werden müssen, hierdurch ausgeblendet. Das Besondere von Organisationen kommt somit nicht in den Blick.

Entsprechend den klassischen Organisationstheorien sind Organisationen als »korporativer Akteur« darauf ausgerichtet, einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Ihr Bezugsproblem besteht dann in der Frage, wie die einzelnen Akteure, welche mit ihrer Organisationsmitgliedschaft eigene Zwecke verfolgen, die nicht unbedingt mit dem Organisationszweck übereinstimmen, zu effektivem koordiniertem Handeln gebracht werden können.

Aus systemtheoretischer Sicht stellt eine Organisation eine Einheit dar, die sich zunächst einmal einfach nur aufgrund ihrer eigenen Systemrationalität, aufgrund ihrer eigenen Operationen reproduziert. Darüber hinaus sind Organisationen soziale Einheiten, die sich selbst

beobachten und ihre eigenen Funktionsbezüge, sozusagen ihre Aufgaben, durch interne Entscheidungen setzen können (vgl. Luhmann 2000c).

Organisationen koppeln sich üblicherweise bevorzugt an ein gesellschaftliches Funktionssystem an – das Krankenhaus an das Medizinsystem. Ihr systemischer Reproduktionsbezug ist jedoch nicht als identisch mit dem jeweiligen Funktionsbezug zu sehen. Aus systemtheoretischer Perspektive ist nicht damit zu rechnen, dass die Leistungsangebote der Organisationen des Medizinsystems optimal an seine Funktionen angepasst sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass innerhalb von Organisationen ein Spannungsverhältnis von Zweck- und Systemrationalität besteht. Was von außen als Zweckrational erscheint, ist von innen nicht unbedingt vernünftig im Sinne des eigenen systemischen Vollzugs. Empirisch gesehen stellen Organisationen in diesem Sinne zunächst einen »Treffraum der Funktionssysteme« dar (Luhmann 2000a, 398), an deren jeweilige rechtliche, wirtschaftliche, medizinische und andere Semantiken sich eine Organisation auf ihre jeweils eigene Weise qua Entscheidung bezieht.

Darüber hinaus besteht aus Luhmannscher Perspektive eine Differenz zwischen Organisations- und Interaktionssystemen. Ärzte können beispielsweise in ihren Interaktionen in Distanz zu den Zielen ihrer Organisation gehen, etwa indem sie in informeller Kommunikation den ärztlichen Auftrag gegenüber den Entscheidungen des Managements hochhalten oder in stiller Allianz mit den Patienten bestimmte Diagnosen und Therapien simulieren, um anderes für notwendig Erachtete finanziert zu bekommen.

Wie unsere bisherigen Untersuchungen zum ärztlichen Entscheidungsverhalten aufzeigen (Vogd 2004b), ist die ärztliche Kommunikation im Krankenhaus wesentlich dadurch geprägt, eine Balance zwischen medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Kontexturen zu (er-)finden. Die Krankenbehandlung kann dabei – dies hat schon Parsons (1958a) gezeigt – nur dann als soziales System auf Dauer gestellt werden, wenn der Patient erwarten bzw. im Luhmannschen Sinn darauf vertrauen kann,⁴ dass es vor allem um seine Krankheit und nicht um Geld oder die Anbahnung einer Intimbeziehung geht. Umgekehrt wird sich der Arzt nur unter der Annahme, dass es dem Patienten um die Therapie und nicht um das Recht oder einen herrschaftsfreien Diskurs geht, die Brutalität und Schamlosigkeit seiner diagnostischen und therapeutischen Prozeduren erlauben können. Für die Krankenbehandlung muss beiderseits

4 Vertrauen beruht hier nicht auf Wissen, ebenso wenig auf Normen, sondern erscheint als eine notwendige wie auch sinnvolle Komplexitätsreduktion (vgl. Luhmann 2000d).

unterstellt werden, dass Medizin im Sinne von Goffman den »primären Rahmen« bildet und als die Situationsdefinition zu verstehen ist, welche erst in Erscheinung treten lässt, was der Fall ist (Goffman 1996, 31ff.). Mit Luhmann lässt sich nun der Goffmansche Rahmenbegriff von der individuellen Akteursicht abstrahieren hin zu einer gesellschaftstheoretischen Fassung (s. Vogd 2005a, 65ff.). Einem Rahmen entspricht nun jeweils eine spezifische gesellschaftliche Kontextur, die – in sich schlüssig – einer spezifischen Logik folgt, in der jeweils spezifische Klassen von kommunikativen Anschlüssen möglich sind. Die Pointe der Luhmannschen Gesellschaftsanalyse besteht bekanntlich darin, dass die moderne Gesellschaft polykontextural verfasst ist, also verschiedene Funktionslogiken, etwa die Wirtschaft, das Recht, die Wissenschaft und die Medizin sowie die sich durch ihre eigene Geschichte konditionierenden Organisations- und Interaktionssysteme, gleichzeitig miteinander und sich einander überlagernd bestehen.⁵

Während in der vormodernen Medizin die Heilung und die Konsequenzen der Nichtheilung nur in der Face-to-face-Interaktion ausgehandelt wurden – z. B. zwischen König und Leibarzt, Bauer und Wanderheiler –, erscheint die moderne Arzt-Patient-Beziehung zugleich in rechtliche, wirtschaftliche, politische und wissenschaftliche Bezüge eingebettet, deren Kausalitäten unabhängig von dieser Beziehung gelten. Ob z. B. eine Therapie durch die Krankenkassen bezahlt wird oder passive Sterbehilfe erlaubt ist, gilt unabhängig davon, was Arzt und Patient untereinander ausmachen. An dieser Stelle kommen nun wieder Organisationen mit ins Spiel. Strukturell zwar oberhalb der Interaktion angesiedelt, geht das Krankenhaus als Organisation weder in seinem medizinischen Zweckauftrag auf noch in wirtschaftlicher Rationalität und administrativem Vollzug politischer Vorgaben bzw. rechtlicher Vorschriften. Die Leistung von Organisationen besteht gerade darin, in der Innen-Außen-Differenz Freiheitsgrade zu gewinnen, um die unterschiedlichen gesellschaftli-

5 Mit Luhmann gilt dabei: »Codes sind 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). Um es mit Günther Ortman zu pointieren: »Handlungen, Operationen, Zahlungen, Transaktionen, Entscheidungen, Kommunikationen haben es an sich, mehrdeutig zu sein [...] und das scheint mir zu bedeuten, dass es keine distinkten Wirtschafts-, Rechts- und politischen Handlungen gibt und geben kann, es sei denn in dem Sinne, dass der wirtschaftliche, rechtliche oder politische Aspekt in diesem oder jenen Kontext dominiert, und vielleicht so deutlich, dass wir nicht zögern, von wirtschaftlichem, rechtlichem oder politischem Handeln zu sprechen« (Ortman 2003, 242).

chen Erwartungsstrukturen in einer Praxis zu vereinen. So wird das Krankenhaus der ökonomischen Logik oftmals nur dadurch gerecht werden können, dass es diese unterläuft, etwa indem es im Modus des ›Als-Ob‹ abzurechnende Diagnosen fingiert, um auf diesem Wege die für notwendig erachtete, aber ansonsten nicht bezahlbare Medizin zu betreiben. Das Krankenhaus kann im Falle terminal erkrankter Patienten nicht-therapierend Sterbebegleitung ermöglichen und dabei durch (medizinisch unsinnige) Diagnose und Therapie der administrativen und medizinischen Logik gerecht werden (vgl. Vogd 2002a). Es kann rechtlichen Ansprüchen Genüge tun, indem in der schriftlichen Dokumentation eine Geschichte präsentiert wird, die all die kleineren Rechtsverstöße unsichtbar werden lässt, die der ›praktische Sinn‹ (Bourdieu) unter dem Druck knapper Zeit verlangt.

Auf einer eher allgemeinen Ebene ergeben sich hier Bezüge zu den Untersuchungen aus dem Umfeld des so genannten Neoinstitutionalismus. Auch kann gezeigt werden, wie Organisationen zusätzliche Freiheitsgrade gewinnen, indem die Teilbereiche der Organisation bzw. die Darstellung der Praxis und die Praxis voneinander funktional entkoppelt werden (vgl. Powell/DiMaggio 1991), etwa indem die Qualitätssicherung nicht zu genau hinschaut und nur die Dokumentation, jedoch nicht die Praxis evaluiert (Power 1997; siehe für das Medizinsystem insbesondere Scott et al. 2000).

Zudem ergeben sich mit Blick auf das amerikanische DRG-System einige gegenstandsbezogene Anschlüsse an die Studien aus dem Umfeld der *accounting research*, insbesondere an die Arbeiten, welche im sozio-politischen Kontext marktbasierter Gesundheitsversorgung die Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenhausverwaltungen thematisieren (siehe etwa Doolin 2002; Kitchener et al. 2005; Kurunmaki 1999; Preston et al. 1997; Preston 1992). Die Accounting-Methoden erscheinen hierbei nicht mehr als feste Systeme mit gut definierten Zwecken, sondern als Konstruktionen, die sich erst mit der Dauer verfestigen und ihrerseits Möglichkeiten zu weiteren Entscheidungen und Verantwortlichkeiten eröffnen. Im Sinne der *actor network theory* erscheint das DRG-System dann selbst als unterbestimmter Teil eines Netzwerks, um das sich weitere Prozesse organisieren (Lowe 2001). Auch wenn die DRGs bislang weder zu einer Kostensenkung noch zu einem unmittelbaren Durchgriff auf die Praxis der medizinischen Entscheidungsfindung geführt haben, zeige sich doch, so Samuel et al. (2005), ein symbolischer Gewinn für die Protagonisten der Liberalisierung der Gesundheitsmärkte. Das ursprüngliche Ziel, die Gesundheitsausgaben zu reduzieren, wurde zwar nicht erreicht. Stattdessen habe nun jedoch die Gesundheitsökonomie mit den DRGs ein Instrument an die Hand bekommen,

Gesundheit als Ware zu betrachten und entsprechend kalkulieren und in Rechnung stellen zu können.⁶

All diese Studien zeigen auf, dass in Bezug auf das Verhältnis von Ökonomie, Controlling in medizinischer Praxis mit komplexen verschachtelten Verhältnissen zu rechnen hat. Das Potenzial der Luhmannschen Konzeption für eine empirische Analyse besteht nun gerade darin, dass sie mit *polyvalenten* Daten, die entsprechend in verschiedenen Funktionsbezügen unterschiedliche Anschlüsse finden und Bedeutung zeigen, analytisch umgehen kann.

Methode

Mit der dokumentarischen Methode, wie sie Ralf Bohnsack (2003) konzipiert und von Vogd (2004b; 2005a) in Auseinandersetzung mit der Systemtheorie als Methode zur Organisationsforschung weiterentwickelt wurde, steht ein Instrument zur Verfügung, die benannten Prozesse in ihrem Modus Operandi als auch die hiermit verbundenen Rahmungsprozesse zu rekonstruieren. Ihr methodologisches Primat liegt im Einklang mit den Zeitverhältnissen der Luhmannschen Perspektive darin, dass die propositionalen Gehalte einer Äußerung erst *post hoc* mittels der durch die in den kommunikativen Anschlüssen gewählten Rahmungen bestimmt werden.

Der hohe Anspruch, rekonstruktive Organisationsforschung nicht nur aus interaktionstheoretischer, sondern auch aus gesellschaftstheoretischer Perspektive zu betreiben, lässt sich erst hier methodologisch umsetzen, nämlich indem die Frage der diesbezüglichen Strukturen – Bohnsack spricht von ›Sinngeneese‹ – gestellt wird und die Frage, wie diese Strukturen auf Dauer gestellt werden können, also ihre ›Soziogenese‹ empirisch angegangen werden. Die Rekonstruktion dieser Prozesse kann nur über das Design einer umfangreichen komparativen Analyse erfolgen, in der dann systematisch das Tertium comparationis verschoben wird, also das, was jeweils als abhängige und unabhängige Variable behandelt und unter dem Blick

6 »By putting a price on the DRGs devised by engineers, the law created a commodity out of an industrial product. The engineers had transformed medical practice into a measurable product. The economists had theoretically elaborated reasons for thinking about professional services as if they were commodities. But it was the law that joined the product without a market to the market that had no product. The legalized market in DRGs ignited a simmering revolution in health care finance that swept ›through the health care system like fire through parched underbrush‹ [...]. DRG-PPS increased and strengthened such other innovations as hospital-specific contracts, deductibles and coinsurance, HMOs and PPOs that delivered medical services to the market« (Samuel et al. 2005, 269).

möglicher soziogenetischer Bedingungsfaktoren verändert wird. Auf diese Weise wird es schließlich möglich, zu einer multidimensionalen Typologie zu gelangen, mittels derer die untersuchten Phänomene als eine Überlagerung verschiedener Orientierungen beschrieben werden können (vgl. Bohnsack 2001). Erst ein solches methodologisches Vorgehen wird der Komplexität von Organisationen gerecht, in der sich dann nicht nur die Kontexturen der gesellschaftlichen Funktionssysteme treffen, sondern zudem mehrfache interne Differenzierungen stattfinden, in Hierarchien, Berufsgruppen, Milieus und verschiedenen Kommunikationssphären.

Am Beispiel der ärztlichen Entscheidungsprozesse des Krankenhauses können wir die organisationalen Dynamiken mittlerweile auf Basis einer mehrdimensionalen Typologie beschreiben. Im interorganisatorischen Vergleich wurden Abteilungen verschiedener medizinischer Disziplinen (Chirurgie, Internistische Medizin, Psychosomatik) und verschiedener Organisationsformen (Universitätsklinik vs. städtisches Krankenhaus) miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. Vogd 2004b).

Als Basistypik zeigte sich ein gemeinsames Bezugsproblem, das darin bestand, die differierenden Logiken der medizinischen, ökonomischen und organisationalen Orientierungen in einer Praxis zu verbinden. Auf Basis dieser Spannungslage zeigten sich dann durch die jeweilige medizinische Kultur geprägte Besonderheiten (markant insbesondere die Differenz zwischen den Chirurgen und den Internisten, vgl. Vogd 2004a). Im intraorganisatorischen Vergleich wurde am paradigmatischen Beispiel einer psychosomatischen Abteilung aufgezeigt, wie eine bestimmte soziale Struktur, die mit der paradoxen Figur der ›Kommunikationsvermeidungskommunikation‹ umschrieben werden kann,⁷ auf den unterschiedlichen hierarchischen Ebenen, zugleich im Bereich der Ärzte und der Pflege und nicht zuletzt über die Sozialisation von Novizen in einer Weise reproduziert wird, dass hier durchaus von einem Organisationshabitus gesprochen werden könnte (vgl. Vogd 2004c).

In der jüngst abgeschlossenen Längsschnittstudie wurde es schließlich möglich, die chirurgische und die internistische Abteilung des städtischen Krankenhauses erneut aufzusuchen, um die Bearbeitung

7 Das Bezugsproblem dieser Struktur liegt darin, dass die Dissonanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit sich hier in solch einer scharfen Form darstellen, dass sie nicht einfach durch kommunikative Riten überbrückt werden können, sondern auf allen Ebenen einer organisierten Vermeidung von Kommunikation bedürfen, etwa in dem Sinne, dass Chefvisiten nicht mehr stattfinden und Befunde unterschlagen werden. Die Orientierungsrahmen der unterschiedlichen Sphären der Organisation könnten anders sonst nicht mehr in Passung gebracht werden.

der mit dem ›Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser‹ von April 2002 verbundenen Strukturveränderungen in den Blick zu bekommen. Diese Untersuchung gestattet es, die strukturellen Anpassungen, welche die vergangenen und neuen Arbeitsprozesse prägen, systematisch in Beziehung zueinander zu setzen (vgl. Vogd 2006).

Gerade der Blick auf die zeitliche Entwicklung der medizinischen Abteilungen lässt deutlich werden, wie die ›Organisation Krankenhaus‹ Autonomie gegenüber ihrer gesellschaftlichen Umwelt (der Politik, aber auch den Patienten und Angehörigen gegenüber) bewahren kann, welche Orientierungen invariant sind, also auch unter Bedingungen erheblicher Personalkürzungen und veränderter Abrechnungsmodalitäten aufrechterhalten werden und mit welchen neuen Phänomenen (etwa mit der Verlagerung von Komplexität in Netzwerke) zur rechnen ist.

Im Folgenden werden Teilergebnisse der Längsschnittstudie vorgestellt. Da die Methodologie dieser Studie an verschiedenen Stellen vorgestellt wurde, verzichte ich hier auf weitere diesbezügliche Ausführungen. Um in der Beschreibung hinreichend in die Tiefe gehen zu können, beschränke ich mich an dieser Stelle auf die *restudy* der internistischen Abteilung.

2. Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen

Während des ersten Untersuchungszeitraums im Jahr 2001 befanden sich die aufgesuchten Kliniken noch in öffentlicher Hand, sind allerdings kurz darauf von privaten Trägergesellschaften (›Klinikkonzernen‹) übernommen worden. Mit der neuen Trägerschaft verbunden begann die Reorganisation der medizinischen Abteilungen. Abteilungen wurden nun zusammengelegt und Leitungsfunktionen häuserübergreifend konzentriert. Die Bürotechnik wurde modernisiert. Die Ärzte können nun leicht über Monitor, Tastatur und Datenbanken auf Patientendaten, alte Arztbriefe, Laborwerte etc. zurückgreifen.

Insbesondere im ärztlichen Bereich fanden in beiden Abteilungen Personalkürzungen im Umfang von 25-30 % statt. Aufgrund von veränderten Definitionen der Dienstformen, einer anderen Organisation der Spätdienste und der Kürzung von Weihnachts- und Urlaubsgeldern haben die Ärzte in beiden Häusern gegenüber dem Jahr 2001 zudem eine Gehaltseinbuße hinnehmen müssen, die sich – je nach Berechnungsgrundlage und Position – auf 20-25 % beziffern lässt.

Als wichtige Strukturveränderung ist hier kurz auf die Umstellung der Kostenabrechnung einzugehen. Die Krankenhausleistungen sind nun nicht mehr auf Basis der Liegezeit, sondern nach dem Fallpau-

schalensystem, der so genannten *diagnose related groups* (DRGs) abzurechnen. Entwickelt wurde das DRG-System in den 1970er-Jahren in den USA von Robert Fetter und wurde dort in den 1980er-Jahren mit dem politischen Ziel eingeführt, die Liegezeit in den amerikanischen Krankenhäusern zu verkürzen.

Voraussetzung für die abrechnungsrelevante Kodierung eines Patienten innerhalb des DRG-Systems ist einerseits die Verschlüsselung einer Hauptdiagnose sowie der behandlungsrelevanten Nebendiagnosen im ICD-Code (International Classification of Diseases and Related Health Problems) und der am Patienten durchgeführten Prozeduren, welche im ICPM-Code abgebildet werden können. Aus den Diagnosen und Prozeduren sowie dem Alter, Geschlecht, der Verweildauer und der Entlassungsart (z. B. normal, verlegt, verstorben) wird dann entsprechend einem Algorithmus am Computer eine DRG ermittelt. Zusätzlich wird zu jeder DRG das so genannte *Relativgewicht* – eine Kennzahl zum ökonomischen Schweregrad eines Falles – berechnet, mittels dessen dann auch die Erträge verschiedener DRGs miteinander verglichen werden können. Die DRGs stellen – dies ist hier zu betonen – in erster Linie eine ökonomische und nur bedingt eine medizinische Klassifikation dar, denn im Behandlungsprozess können sich beispielsweise auch eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Codiersystem nicht abgebildet werden können.

Für die meisten DRGs wurden eine obere und eine untere Grenzverweildauer festgelegt. Wird diese unterschritten, wird Geld abgezogen (um ›blutige‹ Entlassungen nicht zu belohnen), wird die durchschnittliche Liegezeit erheblich überschritten, erfolgt ein Zuschlag, um erst dann die Komplikationen zu vergüten. Zudem werden nun Zeiten festgesetzt, in denen eine wiederholte Einweisung ins Krankenhaus nicht vergütet wird. Hierdurch soll vermieden werden, dass einzelne Häuser den Behandlungsprozess in verschiedene Untereinheiten aufspalten, um mehrere DRGs abrechnen zu können. Darüber werden die einzelnen Erlöse für eine DRG gemindert, wenn ein Patient durch zwei oder mehrere Krankenhäuser behandelt wird. Die ökonomisch wie organisationspraktisch keineswegs triviale Frage, wie in der DRG-bezogenen Einzelfallabrechnung eine ›Kostengerechtigkeit‹ herzustellen ist, führt dazu, dass die Kodierungsregeln einer ständigen Änderung unterliegen.

Von seiner Intention her soll das DRG-System in der aktuellen Form Behandlungen mit kurzen Liegezeiten, welche keine erneute Einweisung nötig werden lassen, belohnen. Darüber hinaus eröffnet sich in Verbindung mit der EDV-mäßigen Aufarbeitung der DRG-Codierung eine Reihe von Möglichkeiten für das Medizincontrolling. So kann der einzelne Arzt nun bei jedem konkreten Behandlungsfall

am Computer sehen, ob der Fall in Bezug auf die ›verbrauchte‹ Liegezeit Gewinn verspreche oder ob Verlust drohe. Darüber hinaus können in externen und internen Krankenhausvergleichen einzelne Abteilungen, Stationen, Ärzteteams, im Prinzip sogar einzelne Ärzte zueinander in Beziehung gesetzt und einem *benchmarking* unterzogen werden.

3. Organisation der ärztlichen Arbeit

Einem oberflächlichen Blick nach scheint sich die Struktur und Arbeitsorganisation der untersuchten internistischen Abteilung im Jahre 2004 gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum nicht wesentlich verändert zu haben. Die Stationen werden weiterhin von den speziell hierfür vorgesehenen Stationsärzten betreut. Die Funktionsdiagnostik wie auch die Aufnahme greifen auf ihr eigenes Stammpersonal zurück. Die Zahl der Pflegekräfte auf der Station ist konstant geblieben und es besteht noch die internistisch geführte Intensivstation neben der chirurgischen Wache. Allerdings hat sich der Personalschlüssel verändert: Im Jahr 2001 waren auf der beobachteten Station noch 3,75 Stationsarztstellen für sechsunddreißig Patienten vorgesehen. Drei Jahre später waren nur noch 2,25 Ärzte für dieselbe Bettenzahl eingeteilt. Da sich zugleich gegenüber dem früheren Zeitraum die durchschnittliche Liegezeit eines Patienten von elf auf sieben Tage reduziert hat, ergibt sich allein aus rechnerischen Gründen eine erhebliche Intensivierung der ärztlichen Arbeit. Entsprechend lassen sich die Kürzungen beim ärztlichen Personal bei gleichzeitig höherem Patientendurchsatz aufgrund kürzerer Liegezeiten seitens der Stationsärzte nur bewältigen, indem konstant und ohne Unterbrechung ein hohes Arbeitstempo aufrechterhalten wird.

Im Prinzip teilen sich nun zwei Ärzte eine Station. Bei Vollbelegung wäre dann jeder Arzt für achtzehn Betten verantwortlich. Aufgrund von Urlaub, Zeiten für den Freizeitausgleich sowie insbesondere an den Tagen, wo einer der Kollegen dem Nachtdienst zugeteilt wird, entstehen regelmäßig Lücken in der Stationsbetreuung, sodass oft nur einer der vorgesehenen, an manchen Tagen sogar keiner der regulären Ärzte auf der Station anzutreffen ist. Gegebenenfalls muss dann ein Kollege aus der Nachbarstation bzw. der Funktionsabteilung einspringen.

Im Stationsalltag wird nun deutlich zwischen den komplizierten Fallproblematiken und den Routinefällen unterschieden. Letztere werden – anders als früher – nur noch oberflächlich untersucht. Während im Jahr 2001 jeder Patient auf der Station nochmals aus-

fürhlich von seinem Stationsarzt untersucht wurde und dieser ihn entsprechend medizinisch wie auch persönlich kennenlernen konnte, ist diese zusätzliche Leistung unter den heutigen Bedingungen nur noch in Ausnahmefällen möglich. Man verlässt sich ärztlicherseits nun auf die Diagnose, welche der Kollege von der Aufnahmestation gestellt hat.

De facto finden deutlich weniger Gruppenvisiten statt und die Dienstübergaben laufen in der Regel in schriftlicher und nicht mehr zusätzlich noch in mündlicher Form. Die stärkere Bedeutung der Schriftform korreliert jedoch nicht mit einer besseren Aktenführung, denn die Stationsärzte finden unter der großen Last der Routinearbeiten oftmals wenig Zeit, die Dinge ausführlich und ordentlich in die Patientenkurven einzutragen.

Da auf allen Ebenen Lücken gelassen werden müssen, haben die Ärzte nun alltagspraktisch und mit Blick auf die medizinischen Prioritäten zu entscheiden, wo man Defizite in Kauf nehmen kann und wann man kein Risiko eingehen sollte.

Üblicherweise bleibt ein Patient, der von einem abwesenden Kollegen aufgenommen wurde, ärztlicherseits nun solange »unbetreut«, wie dieser von der Station fernbleibt. Nur in Notfällen wird sich der vertretende Arzt dann in die für ihn zunächst fremde Akte einarbeiten. In den Phasen, wo dienstlich bedingt noch häufigere Personalwechsel in einer kurzen Zeit vorkommen, müssen dann Zwischenlösungen gefunden werden, um die Betreuungslücken nicht unvertretbar groß werden zu lassen.

Da auch bei den Chef- und Oberarztvisiten öfters nur ein Stationsarzt vor Ort ist, kommt es häufiger vor, dass Patienten aufgesucht werden, die den vorstellenden Stationsärzten unbekannt sind. Da auch die Oberärzte weniger Zeit finden, während der Chefvisite mitzulaufen, ändert sich hiermit der Charakter wie auch die Funktion der Chefvisite. Sie erscheint nicht mehr wie früher als ein Entscheidungsgremium, in dem sich das ärztliche Team – oftmals in Anwesenheit des Patienten – über mögliche Behandlungsoptionen austauschen kann. Vielmehr hat die Visite nun mehr den Charakter eines Kontrollforums, in dem qua Chefentscheid die besonders problematischen Fälle bearbeitet werden.

Die höhere Arbeitsintensität bei gleichzeitig geringerem Personalschlüssel hat zur Konsequenz, dass die Stationsärzte mehr Entscheidungsverantwortung zu tragen haben. Allein schon aufgrund der kurzen Behandlungszyklen können sie nicht mehr jeden Entschluss im Team absichern.

Eine Reihe von Routineprozeduren, z. B. die stationäre Vor- und Nachbetreuung von ambulant durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen, findet nun in solch knapp bemessenen Zeiträumen statt,

dass die klassische internistische Betreuung nicht mehr stattfinden kann, nach der sich der verantwortlich zeichnende Arzt ein umfassendes Bild vom Patienten zu machen hatte. So konnte mehrfach beobachtet werden, dass ein Patient nach einer kardiologischen Intervention von seinem ›betreuenden‹ Stationsarzt entlassen wurde, ohne dass dieser ihn ein einziges Mal persönlich gesehen hatte.

Im Sinne der nun geforderten innermedizinischen Arbeitsteilung kann der Internist unter den neuen Verhältnissen nur noch in Ausnahmefällen einen persönlichen Klientelbezug herstellen. Der alte Habitus des Internisten als umfassendem Denker und Interpretieren von Krankheit scheint zwar durchaus noch auf und kommt dann insbesondere bei den komplexen Fallproblematiken weiterhin zur Geltung, doch bei der überwiegenden Zahl der Behandlungen, bei den Routinefällen, wird nun nach Aktenlage und aufgrund der Standarddiagnostik entschieden. Nur bei den Problemfällen wird eine kommunikations- und reflexionsintensivere Expertise angefahren (siehe das folgende Kapitel).

Im Gegensatz zu früher ist nun die medizinische Logik von der Logik der Abrechnung deutlich dissoziiert. Da das DRG-System so angelegt ist, die gleichzeitige Abklärung mehrerer verschiedener Krankheitsbilder nicht zu belohnen, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der internistischen Orientierung, verschiedene Differenzialdiagnosen abzuklären, und der Forderung, die Untersuchungen auf die Hauptdiagnose der DRGs zu konzentrieren. In der Praxis ergibt sich deshalb nun eine Reihe von Situationen, in denen beispielsweise für den Internisten die Tumorsuche aufgrund der Blutarmut eines Patienten im Vordergrund steht, im Sinne einer kostendeckenden DRG-Verschlüsselung demgegenüber besser ein Herzinfarkt in Rechnung zu stellen wäre. Die Organisationsperspektive gebietet es den Ärzten, im Rahmen des medizinisch Plausiblen die am besten bezahlte Verschlüsselung zu codieren. Insbesondere bei komplizierten Fällen sind also nicht nur die Nebendiagnosen und vielfältigen Prozeduren zu verschlüsseln, was an sich schon einen erheblichen Zeitaufwand mit sich bringen kann.

Darüber hinaus ist von den Ärzten zu eruieren, welche Hauptdiagnose die beste Bezahlung verspricht, und parallel dazu ist dann in geschickter Weise ein Entlassungsbrief zu formulieren, der nicht den Verdacht nährt, dass man hier im Sinne einer gewinnträgigeren Abrechnung manipulieren wolle. Bei vielen der auf den internistischen Stationen anzutreffenden ›multimorbiden‹ Patienten kann es entsprechend schon mal dreißig bis vierzig Minuten dauern, bis die Codierung und der hierzu passende Arztbrief fertiggestellt sind (vgl. auch Vogt 2006, Kapitel III.5).

Am Beispiel der ›komplexen Fallproblematiken‹ wird nun im Folgenden die Frage zu stellen sein, inwieweit sich mit den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen auch die ärztlichen Orientierungen geändert haben.

4. Ärztliches Ethos

Mit komplexen Fallproblematiken sind anlehnend an die vorangehenden Untersuchungen (vgl. Vogd 2004b, 289ff.) medizinisch anspruchsvolle Behandlungsprozesse gemeint. In der Regel ist hier eine weitergehende, oftmals teure und aufwendige Diagnostik zu betreiben, um das Problem weiter einzukreisen und schließlich zu einer medizinisch begründeten Entscheidung zu gelangen. Nicht selten erzeugen solche Fälle eine Kaskade von Folgeproblemen – und diesbezüglich weiteren Entscheidungsbedarf – organisatorischer bzw. administrativer Art. An diesen Fällen stellt sich gleichsam die Gretchenfrage, ob man von ärztlicher Seite entsprechend dem *state of the art* mit hohem Aufwand eine anspruchsvolle Medizin verfolgt oder eine ›Schmalspurmedizin‹ betreibt und den Patienten ohne vollständige diagnostische Abklärung nach Überschreitung der Liegezeit entlässt. Aus diesem Grunde erscheinen diese Fälle für die hier entfaltete Fragestellung ›paradigmatisch‹, da hier Essenz wie auch Ethos guter ärztlicher Arbeit besonders berührt werden. Entsprechend kann gerade an den komplexen Fallproblematiken herausgearbeitet werden, welche Aspekte der ärztlichen Handlungsorientierung verhandelbar sind und welche stabiler und dauerhafter in die medizinische Praxis eingewoben sind.

Methodologisch wurde dabei so vorgegangen, dass vergleichbare Behandlungsprozesse aus den beiden Beobachtungszeiträumen gegenübergestellt und im Sinne einer komparativen Analyse durch weitere Fallkontraste beleuchtet wurden (siehe Vogd 2006). An dieser Stelle referiere ich auf einen Fallvergleich am Beispiel eines Patienten, der im Jahr 2001 *und* kurioserweise während des zweiten Beobachtungszeitraums nach gut drei Jahren erneut auf die beobachtete internistische Station aufgenommen wurde (Codename: ›Herr Spondel‹). Aus dem überraschenden Zufall, dass derselbe Patient wiederholt behandelt wurde, lässt sich zwar noch nicht folgern, dass die Voraussetzungen für einen thematischen Vergleich gegeben sind. In diesem Fall zeigte sich aber schon nach wenigen Beobachtungssequenzen, dass sich auch der zweite Behandlungsprozess als eine ›komplexe Fallproblematik‹ darstellen wird, was diesen Vergleich rechtfertigt und interessant erscheinen lässt.

Da die Rekonstruktion des ersten Teils des Fallgeschehens aus dem Jahre 2001 bereits an verschiedener Stelle veröffentlicht wurde (Vogd 2004a; Vogd 2004b; Vogd 2005a), wird hier auf eine Darstellung des ersten Behandlungsprozesses verzichtet. Die Darstellung beginnt, wenngleich in gekürzter Form, mit der Rekonstruktion der grundlegenden Handlungsorientierungen des Fallgeschehens aus dem Jahre 2004 (Siehe ausführlich unter Einbeziehung weiterer Fallkontraste Vogd 2006). Alle Namen wurden zum Schutz der Akteure verfremdet.

Herr Spondel, mittlerweile sechsundsiebzig Jahre alt, wird an einem Montagabend von Dr. Reinhardt, einem Nephrologen, der in der Nähe der Klinik eine Dialysepraxis betreibt, in das Krankenhaus eingewiesen. Der ambulante Arzt, mit den Abläufen des benachbarten Krankenhauses wohl gut vertraut, veranlasst für seinen Patienten eine nuklearmedizinische Untersuchung, ohne dass zuvor ein Stationsarzt eingeschaltet wird. Bevor Dr. Kardel, die diensthabende Ärztin, am nächsten Morgen zur Arbeit erscheint, ist der Patient schon zur Untersuchung abberufen worden. Gegenüber dem Beobachter benennt die Ärztin diesen Vorgang als »Super-GAU«, denn die anberaumte Prozedur sei sehr aufwendig und teuer. Zudem habe sie jetzt weder den Patienten noch seine Akte gesehen:

Dienstag, 11.8., 8:40 (auf dem Gang)

Frau Dr. Kardel (zum Beobachter): ... Heute Morgen hier schon der Super-GAU ... der Herr Spondel ... kommt hier aufs Gelände zur Dialysepraxis ... der [Dr.] Reinhardt, der hat den Patienten hier eingewiesen ... ist dann hier auf die Station gekommen ... wurde dann heute Morgen gleich zur Langzeitszintigrafie abgerufen ... ist jetzt eine sehr aufwändige und teure Untersuchung ... sollte ich dann heute Morgen den Zettel unterschreiben, obwohl ich weder den Patienten noch die Akte gesehen habe ... habe ich dann natürlich nicht gemacht ... jetzt ist der unten, kriegt die Untersuchung ... weiß auch nicht, wer jetzt den Zettel unterschreibt ...

Beobachter: Was ist das jetzt für eine Untersuchung?

Frau Dr. Kardel: Braucht man, um Entzündungsherde zu lokalisieren ... radioaktiv markierte Leukozyten, die sich dann an einem Entzündungsherd anreichern ... werden ihm dann wohl die eigenen Leukozyten erst abgenommen ... die muss er dann natürlich haben ...

Frau Dr. Kardel beginnt ihre Schilderung mit dem metaphorisch aufgeladenen Begriff »Super-GAU«, der in der Technikfolgenab-

schätzung den ›größten anzunehmenden Unfall‹ bezeichnet. Anders als vom Laien zunächst zu vermuten, ist hiermit jedoch nicht ein medizinisches Malheur, etwa ein irreversibler Kunstfehler gemeint, sondern eine teure nuklearmedizinische Untersuchung, die unter Umgehung der regulären Entscheidungslinien der Organisation von einem externen Arzt veranlasst wurde. Die Entscheidungsstrukturen der Organisation wurden hier sozusagen seitwärts umgangen. Der Ärztin bleibt letztlich nur noch übrig, die Untersuchung post hoc durch ihre Unterschrift formell zu legitimieren. Die eigentliche Katastrophe besteht zum einen darin, dass hier auf informellem Wege die Autonomie der Organisation, welche sich im Luhmannschen Sinne durch eigene, intern getroffene Entscheidungen reproduziert, durch informelle Kanäle unterlaufen wird. Zum anderen erscheint sie für die Stationsärztin auf personaler Ebene als Verantwortung für eine teure und unter Umständen nicht indizierte Untersuchung, für deren Veranlassung sie gegebenenfalls zur Rechenschaft gezogen werden könnte.

Frau Kardel steht hier vor einem Dilemma: Wenn sie die Untersuchung im Nachhinein durch ihre Unterschrift legitimiert, muss sie Verantwortung hierfür übernehmen. Wenn sie die Unterschrift verweigert, legt sie den Skandal offen, dass in diesem Fall Dinge geschehen sind, die nicht durch eine legitimierte Entscheidung zustande gekommen sind. Hierdurch würde sie allerdings den Leuten in den Rücken fallen, die den Vorgang durch ihre unbürokratische und informelle Hilfe möglich gemacht haben. Dies erscheint insofern problematisch, als dass sie ihrerseits von dem Wohlwollen der Röntgenabteilung, der Pfleger, der Diensthabenden abhängig ist, dass die Dinge gegebenenfalls auch einmal auf dem informellen Wege gelöst werden. Erst wenn man diese beiden Lesarten gleichzeitig einbezieht, wird deutlich, dass hier etwas geschehen ist, was man durchaus mit ›Unfall‹ charakterisieren kann. Das filigrane Arrangement zwischen formeller und informeller Kommunikation, von den offiziellen Entscheidungslinien der Organisation und der unbürokratischen Handlungspraxis auf der Vertrauensbasis persönlicher Interaktion scheint hier auseinanderzubrechen. In diesem Sinne misst die Ärztin den Vorgang auch nicht mit moralischen Kategorien, sondern rahmt ihn als technische Panne.

Wir wissen an dieser Stelle zwar noch nichts von den medizinischen Hintergründen des sich abspielenden Dramas, können jedoch ahnen, dass wir in diesem Beispiel möglicherweise das Herz der Handlungs- und Entscheidungsdynamik des modernen Krankenhauses berühren. Auf der einen Seite steht nun die ökonomische Belastung der Abteilung durch eine kostenintensive, nuklearmedizinische Untersuchung. Auf der anderen Seite dieses Spannungsfelds

sind medizinische Gründe zu vermuten, denn warum sonst sollte Dr. Reinhardt, der ambulante Nephrologe, diesen Durchgriff in das Zentrum einer Organisation wagen.

Ein wenig später wendet sich die Ärztin der Akte des neuen Patienten zu. Sie liest laut einige Details vor. Ein mithörender Kollege bemerkt, dass er auch nicht geahnt habe, dass die teure Untersuchung, ohne sie wieder stoppen zu können, anlaufen würde. Die Ärztin studiert weiter die Akte, formuliert einige differenzialdiagnostische Vermutungen und veranlasst ihrerseits weitere Laboruntersuchungen. Anschließend sucht sie den Patienten auf. Herr Spondel wird hinsichtlich seiner Beschwerden befragt sowie abgehört und abgetastet. Sie erklärt dem Patienten, dass noch einige Untersuchungen folgen werden, und dass man jetzt nicht wisse, wie lange er bleiben müsse.

Auf dem Gang bemerkt Frau Kardel, dass man hier eine »harte Nuss« zu »knacken« habe. Sie schaut nochmals in die Akte und liest laut vor. Dabei bemerkt sie, dass der Patient ja vor ein paar Jahren eine Wirbelkörperentzündung gehabt hat und dass unter dieser Voraussetzung die Leukozytenszintigrafie Sinn mache. Ihr Kollege, der zufällig vor dem Stationszimmer steht, wirft ein, dass eine Knochenszintigrafie möglicherweise ein besseres diagnostisches Mittel sei:

(draußen, auf dem Gang)

Frau Dr. Kardel: Tja, wird eine harte Nuss sein, dass zu knacken ...

(schaut in der Roten Liste einige Medikamente aus der vom Kollegen verschriebenen Medikation nach)

Frau Dr. Kardel: ... das ist jetzt das Schmerzmittel [Name des Medikaments wird benannt]

Dr. Elwert: Das macht ja süchtig ...

Frau Dr. Kardel: Steht jetzt bei Bedarf ... aber deswegen kann ich es jetzt nicht so ohne weiteres absetzen ...

(schaut vor dem Stationszimmer weiter in die Akte)

Frau Dr. Kardel: ... hatte jetzt eine Spondylodiscitis ... jetzt wieder in dem Bereich Schmerzen ... mache ich gleich ein CT ...

Dr. Elwert: ... ja dann auf jeden Fall ... wann hatte er die denn?

Frau Dr. Kardel (schaut in die Akte): o1 ... macht ja die Leukozytenszintigrafie doch Sinn, wenn er jetzt so Schmerzen an der Stelle hat ...

Dr. Elwert: Vielleicht noch besser eine Knochenszintigrafie ...

(weiteres Gespräch der beiden Ärzte über den Patienten)

Schrittweise eignet sich die Ärztin den Patienten an. Wie in medizinischer Arbeit üblich, wird ärztliches Behandeln und Entscheiden durch die Akte vorstrukturiert (vgl. Berg 1996). Üblicherweise wird dann im zweiten Schritt der Patient persönlich hinsichtlich seiner Beschwerden befragt und (mittlerweile nur noch) kurz untersucht. Anders als bei den Routinefällen, welche dann sofort in eine eindeutige diagnostische und therapeutische Bahn münden, indiziert der metaphorische Schluss der »harten Nuss«, dass der Patient nun zu den komplizierten Fällen gehört, bei denen laut Chefarzt dann »alle Ärzte der Station Bescheid wissen müssen«. Der Patient ist nun als komplexe Fallproblematik gerahmt und in diesem Sinne beteiligt sich auch der zweite Stationsarzt ›organisch‹ und ohne explizite Aufforderung am ärztlichen Diskurs. Unter dieser besonderen medizinischen Rahmung erscheint auch die extern veranlasste nuklearmedizinische Untersuchung unter einem anderen Licht, nämlich als ein durchaus sinnvoller Weg, die ›Nuss zu knacken‹. Zudem sind nun weitere Untersuchungen gerechtfertigt, etwa die Computertomografie (»CT«). Homolog zum Fallgeschehen vor drei Jahren scheinen die Ärzte auch unter den neuen Rahmenbedingungen bereit zu sein, hier hohen Aufwand zu treiben. Das Medizinische scheint bei den komplizierten Fällen gegenüber den organisatorischen und ökonomischen Knappheitszwängen in den Vordergrund zu treten.

Die Ärztin trägt auf dem ersten Blatt der Krankenakte die bereits bekannten Diagnosen sowie die diagnostischen Prozeduren ein. Als voraussichtliche Verweildauer werden vierzehn Tage angegeben:

(auf dem Leitzettel steht dann unter anderem):

Rö-Th im Liegen: großer Pleuralerguß

O-Sono -> Aerobilie, Splenomegalie

CT-LWS/Kreuzbein

Gelber Bogen:

Einweisungsdiagnose: R 63.4 Abnormale Gewichtsabnahme

Aufnahmediagnose: Einseitiger Pleuralerguss

Weitere Diagnosen:

Abnorme Gewichtsabnahme

Infektion v. u. U.

Terminale Niereninsuffizienz

Kongestive Herzinsuffizienz

Voraussichtlicher Verweildauer: 14 Tage

Die benannten Krankheitsbilder lassen auch dem Laien deutlich werden, dass es sich hier um einen so genannten multimorbiden Patienten handelt. Anders als vor drei Jahren findet sich nun in der Dokumentation eine Aussage über die geplante Verweildauer sowie die DRG-Kodierung der Aufnahmediagnose. An dieser Stelle fallen die Diskrepanzen zwischen der Einweisungsdiagnose »abnormale Gewichtsabnahme«, der Aufnahmediagnose »einseitiger Pleuralerguss« und der mit der nuklearmedizinischen Untersuchung anvisierten *diagnostischen Abklärung* des Entzündungsgeschehens im unteren Rückenbereich auf. Jeder der drei Vorgänge drückt eine andere Gewichtung aus, die jeweils unterschiedliche intra- und außerorganisatorische Kontexturen bedienen. Die Diagnose »abnormale Gewichtsabnahme« stellt sozusagen die Eintrittskarte ins Krankenhaus dar, da bei dieser Symptomatik als Differenzialdiagnose sofort eine Krebserkrankung anklingt, deren Abklärung eine stationäre Aufnahme gebietet. Dem Pleuralerguss entspricht das offensichtliche Symptom, unter dem der Patient leidet. Die Abklärung des Verdachts einer Spondylodiscitis erscheint demgegenüber als verdeckter Auftrag, als möglicher Kern einer harten Nuss, der jedoch nur mit erheblichem Aufwand durchführbar ist und deswegen mit Blick auf das Medizincontrolling besser nicht zu erwähnen ist, denn aus Sicht der Organisation des Akutkrankenhauses, welches von seinem offiziellen Auftrag wie auch seinen abrechnungstechnischen Möglichkeiten her auf akute Erkrankungen spezialisiert ist, sind chronische Erkrankungsprozesse eigentlich nicht weiter abzuklären.

Das Wechselspiel der unterschiedlichen Diagnosen erscheint in diesem Sinne keineswegs zufällig, sondern als intelligente kommunikative Anpassung an die jeweils unterschiedlichen systemischen Kontexturen. Homolog zum Fallprozedere vor drei Jahren gewinnen die Ärzte gegenüber den administrativen Vorgaben dadurch Autonomie, indem sie die Rahmen, in denen ein Fall erscheint, *modulieren* können.

Am Mittagstisch berichtet eine Kollegin von einer anderen Abteilung, die mittlerweile mit dreihunderttausend Euro im Minus stünde. Hierauf erwidert der Oberarzt, dass sie mit Herrn Spondel jetzt auch so einen Fall auf der Station hätten. Das Problem sei, dass die leichten Fälle, welche sich mittels einfacher Routinen behandeln lassen, von den ambulanten Praxen versorgt würden, während die kostenintensiven schwierigen Patienten auf der Station landen würden.

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Ärzte sich der mit komplexen Fallproblematiken verbundenen ökonomischen Dilemmata bewusst sind. Die Reflexivität der Ärzte hinsichtlich der systemischen Kontexturen führt jedoch, wie im Weiteren noch deutlicher werden

wird, nicht dazu, dass nun auf das diagnostisch-therapeutisch notwendig Empfundene verzichtet wird.

Am frühen Nachmittag telefoniert die Stationsärztin mit der Röntgenabteilung, um einen Termin für eine Computertomografie zu vereinbaren. Aus der Röntgenabteilung kommt die Information, dass die Untersuchung frühestens in sechs Tagen stattfinden könne. Daraufhin bemerkt die Ärztin, ob man nicht besser eine Magnetresonanztomografie anordnen solle, da man diese Untersuchung jetzt wahrscheinlich schneller bekommen könne.

Unter den neuen Bedingungen des DRG-codierten Fallpauschalensystems erscheint ein Behandlungsprozess nun immer auch als ein Spiel gegen die Zeit. Während vor drei Jahren ein längerer Krankenhausaufenthalt aus ökonomischen Gründen durchaus anzustreben war, unter der Voraussetzung, dass man diesen den Kassen begründen konnte, gilt nun auch bei den komplexen Fallproblematiken das Primat, den Patienten möglichst schnell wieder zu entlassen. Der Steuerungsparameter Liegezeit veranlasst die Ärztin zur Überlegung, ob man nicht auf die teurere MRT-Untersuchung zurückgreifen solle.

Die hier formulierten Handlungsalternativen erscheinen für unsere Fragestellung bemerkenswert: Wenn einerseits die Verwaltung im Sinne des ökonomischen Controlling den Parameter Liegezeit formuliert, andererseits jedoch die Kapazitäten der Routinediagnostik limitiert sind, bedeutet dies aus ärztlicher Sicht keineswegs, auf entsprechende »Medizin« verzichten zu können. Die Reduktion der Liegezeiten, dies zeigen auch die Beobachtungen auf der chirurgischen Abteilung (Vogel, 2006) und der Blick auf die US-amerikanischen Verhältnisse, führt keineswegs automatisch zu einer höheren ökonomischen Rationalität der Behandlungsprozesse. Während die alte internistische Kultur oft noch der Regel »watch and wait« folgte, also davon ausging, dass sich unter sorgfältiger klinischer Beobachtung manche Lösungen von selbst zeigen, wird die Zeit unter den neuen Rahmenbedingungen zur limitierenden Ressource. Unter dieser Perspektive werden aufwendige, invasive und teilweise kostenintensive Prozeduren auch für die Internisten attraktiver.

Beim Mittagessen drückt die Ärztin nochmals ihr Erstaunen darüber aus, dass Dr. Reinhardt von außerhalb eine Leukozytenszintigrafie anordnen konnte und dass die diensthabende Ärztin den Patienten zuvor nicht einmal gesehen habe. Dr. Elwert bemerkt, dass man während eines Dienstes als Arzt nicht mehr die Zeit habe, sich mit solchen Dingen zu beschäftigen.

Der Kollege argumentiert hier im Hinblick auf eine Zeitökonomie der ärztlichen Aufmerksamkeit. Unter den sich verschärfenden Bedingungen rationierter ärztlicher Arbeitskraft sind nun Prioritäten zu setzen: An erster Stelle steht die Nothilfe bei Krankheitsverläufen

fen, welche einer sofortigen medizinischen Intervention bedürfen. An zweiter Stelle stehen die so genannten Routinearbeiten. Hiermit sind dann all die ärztlichen Tätigkeiten gemeint, die auch dann zu leisten sind, wenn kein brennendes medizinisches Problem im Vordergrund steht. Hierzu gehören insbesondere Verwaltungsarbeiten wie ›Arztbriefe schreiben‹, ›Laborwerte kontrollieren‹, ›Befunde einheften‹, ›Diagnosen verschlüsseln‹ etc.⁸

Unter der fast immer geltenden Voraussetzung eines immer knappen Zeitbudgets agieren die diensthabenden Ärzte nun nach einer Handlungsorientierung, die man etwa folgendermaßen benennen könnte: Patienten mit komplizierten Fallproblematiken, bei denen kein akutes Geschehen im Vordergrund steht, werden im Dienst nicht weiter beachtet. Die zeitaufwendige Einarbeitung in die Fallgeschichte lohnt hier nicht, da sich am nächsten Tag der zuständige Stationsarzt intensiver in den Fall einarbeiten wird. Aus Sicht der jeweiligen Akteure handelt es sich hierbei keineswegs um verantwortungsloses Handeln, sondern um eine angemessene Setzung der Prioritäten. Ein Blick auf das Papier von der Aufnahmestation, auf dem die Einweisungsdiagnose steht, zeigt an, dass bis morgen gewartet werden kann. Im Sinne einer hochgradig arbeitsteiligen Organisation kann und muss nun darauf vertraut werden, dass das Urteil, welches die Ärzte in der Aufnahmestation getroffen haben, genügend Substanz hat. Man hat sich darauf zu verlassen, dass im Zweifelsfall die Pflegekräfte informieren, falls dann doch akuter ärztlicher Handlungsbedarf besteht.

Nachmittags informiert Frau Kardel den Oberarzt über den Fall. Sie erwähnt, dass Dr. Reinhardt die Leukozytenszintigrafie veranlasst habe und dass der Patient wohl von einem anderen Krankenhaus schon aufgegeben worden sei. Der Oberarzt antwortet, dass man den Fall ernst nehmen sollte, und erwähnt, dass der Patient der Abteilung schon einmal die »Statistik versaut« habe.

Mit der Einschaltung des Oberarztes ist nun diesbezüglich im ärztlichen Team ein kohärenter Handlungsrahmen hergestellt. Die ärztliche Orientierung bildet nun auch gegen ökonomische Gründe den primären Rahmen. Mit der Frage, ob man dem Patienten noch eine Zukunftschance geben wolle und sich entsprechend engagieren werde, erscheint der Behandlungsprozess nun in einer existenziellen Perspektive, aus der es um Leben und Tod geht.

8 Manche Autoren gehen davon aus, dass ein Internist unter den Bedingungen des DRG-Systems mehr als 40 % seiner regulären Arbeitszeit für Verwaltungstätigkeit aufwenden muss (vgl. Jachertz 2004; Linczak et al. 2003).

Am folgenden Montag liegen einige Befunde vor, die Ergebnisse der Leukozytenszintigrafie, ebenso ein schriftlicher Bericht zum Röntgen des Pleuralergusses. Dr. Kardel fragt telefonisch bei der Röntgenabteilung an, ob man den Pleuralerguss von Herrn Spondel während der noch anstehenden Computertomografieuntersuchung punktieren könne. Dem Beobachter erklärt sie, dass sie am Freitag selbst versucht habe, den Patienten während einer sonografischen Untersuchung zu punktieren. Dies sei ihr aber nicht gelungen. Daraufhin spricht die Ärztin ihren Kollegen hinsichtlich der in den Arztbriefen formulierten Medikation an. Sie bemerkt, dass sich bei einer Dosierung ein Fehler eingeschlichen habe, der sich in den verschiedenen Dokumenten wiederholen würde:

10:21 (vor dem Stationszimmer)

Frau Dr. Kardel (zu Dr. Elwert): ... sind jetzt auch die Dialysemedikamente immer mit aufgeführt? ... jetzt das Erythropoin ... bekommt er jetzt eine sehr hohe Dosis (nennt eine Zahl) ... jetzt bei dem Brief von Reinhardt muss es sich auch um einen Textbausteinfehler handeln ... denn der Fehler wird in dem Brief wiederholt ...

Ärztliche Arbeit gründet nicht unwesentlich auf der Patientenakte, also den Dokumenten, in denen die vergangenen Befunde festgehalten sind. Bemerkenswert in dieser Szene ist die Reflexivität, mit der die Ärztin das in der Akte verkörperte Wissen thematisiert. Die hier gelesenen Informationen können nicht einfach als gegebene Fakten genommen werden, sondern sind in Abstimmung mit dem eigenen Wissen nochmals auf ihre Plausibilität hin zu beleuchten und es ist eine Konsistenzprüfung der vorhandenen Daten zu leisten. Eine höhere Technisierung der Prozesse verlangt auch ein höheres Reflexionspotenzial, um die hierdurch bedingten Störungen balancieren zu können.⁹ Mit dem Begriff »Textbausteinfehler« weist die Ärztin auf eine für die Medizin neue Klasse von Fehlern hin, die durch EDV-vermittelte Abkürzungen in der Verwaltungstätigkeit verursacht werden. Diese »bürokratischen« Artefakte werden mit dem DRG-System wohl noch zunehmen, nicht zuletzt auch deswegen, weil hier

9 Insbesondere Wagner (1995) hat in seinen Untersuchungen darauf hingewiesen, dass die moderne Medizin genau in diesem Sinne reflexiv geworden ist, dass sie also unter den gegenwärtigen Verhältnissen nur noch dann gut arbeiten kann, wenn sie in ihren Entscheidungen mit einbezieht, welche Wirkungen, Störungen, Fehldiagnosen, Artefakte sie selber produziert hat.

eine Dissoziation zwischen medizinischer und ökonomischer Logik notwendig wird.

Während der Vormittagsvisite erwähnt der Patient, dass er Schwierigkeiten mit dem Luftholen habe. Die Ärztin hört seine Lungen ab und bietet dem Patienten abschließend noch ein Schmerzmittel an. Auf dem Gang erzählt sie dem Beobachter, dass sie am Freitag mit dem Oberarzt über die Frage gesprochen habe, wie viel Diagnostik man in diesem Falle betreiben solle. Da der Patient ja schon ein Colonkarzinom gehabt habe, könne man jetzt auch in dieser Richtung weitersuchen. Allerdings sei es von ärztlicher Seite fraglich, ob es angemessen sei, etwa noch eine Darmspiegelung durchzuführen, da der Patient nicht mehr »so gut beieinander« sei.

Die Ärzte sehen sich hier einem älteren Mann gegenüber, dem man nicht mehr unbedingt die komplette diagnostische Mühle zumuten will. Auch hier wird Medizin reflexiv. Die diagnostischen (und therapeutischen) Prozeduren erscheinen nicht mehr als bedingungslos gut, sondern sind ihrerseits mit Nebenfolgen behaftet: In diesem Sinne deuten sich nun zwei alternative medizinische Behandlungspfade an: Einerseits ließe sich im Sinne der kurativen Medizin alles Denkbare abklären. Andererseits kann auf einen palliativen Behandlungspfad eingeschwenkt werden, um die Symptome noch ein wenig zu lindern. In beiden Varianten bleibt jedoch die medizinische Rahmung im Vordergrund: Man agiert zum Wohle des Patienten und in diesem Sinne lässt sich auch das Angebot der Ärztin verstehen, dem Patienten gerne noch etwas gegen die Schmerzen geben zu wollen.

Während der Chefvisite am folgenden Tag stellt die Ärztin Herrn Spondel als einen »interessanten Fall« vor. Sie erwähnt, dass der Patient schon auf mehreren Stationen im Hause gelegen habe, und erzählt, was bisher diagnostisch gelaufen sei. Der Chefarzt erwidert, dass man jetzt auf das Befinden des Patienten schauen solle. Man solle die Sache jetzt nicht unbedingt »kompliziert machen, aber kompliziert denken«:

Dienstag, 17.8., Chefarztvisite

Frau Dr. Kardel: ... jetzt ein interessanter Fall ... Herr Spondel... dicke Akte ... Dialysepatient ...

Chefarzt: ... kennen wir den schon?

Frau Dr. Kardel: ... zwischen der [Station] 33 und 34 gewechselt ... Pleuralerguss ... versucht zu punktieren ... jetzt ein CT ... auch dort versucht zu punktieren ... sagen die, geht jetzt nicht ... keine Flüssigkeit ... könnte jetzt auch eine Raumforderung sein ... vor drei Jahren eine Spondylodiszitis ... aber in der Leukocytenszintigrafie ist jetzt nichts zu sehen ...

Chefarzt: Jetzt die Klinik sehen ...

Frau Dr. Kardel: Hat Schmerzen im Lendenwirbelbereich ...

Chefarzt: Sollte man jetzt das CT angucken ... vielleicht eine Schwarte ... die CRP-Erhöhung kann jetzt auch unspezifisch sein könnte jetzt auch eine Infektion ... Tuberkulose sein ... sollten wir testen ...

Frau Dr. Kardel: Das Stempelteil ...

Chefarzt: ... eine Tuberkulinprobe ... und nur wenn es jetzt sehr schnell positiv ist

Chefarzt: ... man muss jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken ... insbesondere bei den Infektionskrankheiten ... die kommen wieder ...

Gegenüber den Fakten, welche durch die diagnostischen Verfahren produziert werden, verweist der Chefarzt nun jedoch zunächst auf die so genannte »Klinik«. Hiermit sind die symptombezogenen Befindlichkeitsäußerungen des Patienten gemeint. In internistischen Fallbesprechungen kann die Polarisierung zwischen »klinischer Symptomatik« und »medizinisch-diagnostischer Symptomatik« oft beobachtet werden. Insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen, zu denen oftmals eine Vielzahl unterschiedlicher diagnostischer Befunde vorliegt, lässt sich auf diesem Wege manchmal schnell eine Entscheidung treffen. Die Inferenz wird dann entsprechend lauten: »Wenn es dem Patienten trotz ungünstiger Werte und Befunde gut geht, dann besteht kein Grund, allzu schnell weitere Aktionen zu veranlassen«. Unter einer funktionalen Perspektive leistet der Rekurs auf die »Klinik« auch die Bewältigung der Komplexität, welche durch die teils widersprüchlichen medizinischen Artefakte und Befunde aufgeworfen wird. Da die Erhebung von klinischen Symptomen, wie z. B. Schmerzen, einen wesentlichen Bestandteil der medizinischen Tradition des Internisten darstellt, bleibt man hier – anders als im diesbezüglich funktional äquivalenten Rekurs auf den Patientenwillen (Vogd 2004b, 378ff.) innerhalb des medizinischen Rahmens.

Beachtenswert im Zusammenhang unserer Fragestellung erscheint insbesondere die abschließende Bemerkung des Chefarztes (»jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken«). Hier drückt sich ein Kernelement internistischer Philosophie aus: Entscheidend ist weniger der Aktionismus, sondern die hohe Reflexivität der geleisteten Arbeit. Ein guter Arzt hat die Potenzialitäten wie auch die Kontingenzen mit im Blick. Welche Konsequenzen hieraus zu ziehen sind, ist jedoch eine andere Sache bzw. erst im Hinblick auf die jeweiligen Bedingungen des vorliegenden Einzelfalls zu spezifizieren. In diesem Sinne versucht der Chefarzt die »Ganzheitlichkeit«

der internistischen Haltung zur Geltung zu bringen. Ein guter Arzt sollte die ganze Medizin im Blick haben und im Zweifelsfall auch jenseits der in der bisherigen Krankheitsgeschichte ausgetretenen Pfade denken, beispielsweise an eine seltene Infektionskrankheit. In diesem Sinne wäre der Rekurs auf die Klinik nochmals anders zu verstehen. Hier zeigen sich dann hinsichtlich der chefärztlichen Orientierung einerseits Parallelen zum ersten Beobachtungszeitraum. Im Vergleich zeigen sich im Fall von Herrn Spondel homologe Sequenzen, in denen der Chefarzt versucht, die durch die Stationsärzte aufgespannte Überkomplexität zu reduzieren (s. Vogd 2004b, 292f.). Zugleich verweist die Argumentation des Chefarztes andererseits auf einen potenziellen Lösungsweg hinsichtlich des ökonomisch-organisatorischen Dilemmas in der Behandlung komplexer Fallproblematiken.

Die Kunst bestünde darin, die Komplexität im ärztlichen Denken weiter im Bilde zu behalten, dann aber in der Praxis konsequenter auf Abkürzungsstrategien zurückzugreifen. Mit Blick auf Aussagen, die während der Chefvisiten im Jahre 2001 getroffen wurden,¹⁰ finden wir hier eine tendenzielle Verschiebung der Handlungsorientierung. Der neue internistische Arzt würde also weiterhin kompliziert denken, aber nicht mehr immer wie früher die Dinge auch in ihrer vollen Komplexität abklären können.

Nachmittags telefoniert die Stationsärztin mit Dr. Reinhardt, dem Arzt, welcher den Patienten eingewiesen hat. Sie schildert ihm die aktuellen differenzialdiagnostischen Überlegungen sowie die geplanten weiteren diagnostischen Prozeduren. Zudem sprechen die Ärzte darüber, wie viel man dem Patienten im Hinblick auf die weitere Tumorsuche zumuten könne.

Die ärztliche Kommunikation greift hier hinsichtlich der Reflexion des aktuellen Behandlungsgeschehens über die Organisationsgrenzen des Krankenhauses hinaus. Gerade auch mit Blick auf die erste Beobachtungsphase ist dies eher untypisch und wäre üblicherweise erst im Hinblick auf die ambulanten Anschlüsse an eine Behandlung geschehen. In diesem Falle wird jedoch der einweisende Arzt als wichtiger Vertreter des Behandlungsnetzwerkes in den internen differenzialdiagnostischen Diskurs involviert (siehe hierzu schon Freidson 1975a). Hierdurch zeigt sich zum einen eine hohe Ernsthaftigkeit in

10 Siehe zum Beispiel folgende Aussage des Chefarztes der internistischen Abteilung:

»Jetzt lege ich Wert drauf, dass es so umfassend wie möglich gemacht wird ... jetzt die Gefäßkrankheit noch abklären ... dann die Schilddrüse ... und wenn wir das jetzt hier nicht schaffen, dann in den Brief schreiben, dass der Hausarzt das abarbeiten kann« (Dienstag, 3.4.2001, 11:10 Uhr Chefvisite).

der Auseinandersetzung über den Patienten. Zum anderen deutet sich hier möglicherweise auf einer grundlegenden Ebene ein Wechsel in der Organisation der Behandlungsprozesse an, die in Richtung von organisationsübergreifenden Behandlungsnetzwerken weisen (s. auch die abschließende Diskussion).

Im Anschluss an das Telefonat erzählt Dr. Kardel dem Beobachter, dass sie bei Herrn Spondel jetzt zusätzlich noch nach Tumormarkern suchen werde. Eigentlich solle man dies in solchen Fällen nicht tun. Wenn aber in diesem Fall ein positives Ergebnis herauskommen würde, hätte sie ein weiteres Argument in der Hand, doch noch eine ausführlichere Darmuntersuchung durchführen zu können.

Tumormarker sind biochemische Sonden, die auf bestimmte Erkennungsmerkmale von Tumoren reagieren. Das Problem dieser diagnostischen Methode liegt darin, dass die Ergebnisse durch eine hohe falsch-positiv Rate belastet sind, denn nicht selten verweisen die Marker auch bei gesundem Gewebe auf ein Krebsgeschehen. Wenn nun gar gleichzeitig mehrere Marker eingesetzt werden, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass auch bei einem Gesunden ein Tumor angezeigt wird. Der Einsatz dieses diagnostischen Verfahrens erscheint deshalb auch als performativer Akt, denn ein positives Ergebnis ist insofern instruktiv, als dass man hiermit gezwungen wird, den Befund ernst zu nehmen, sich also weitergehend (mit invasiven Verfahren) auf die Tumorsuche begeben kann. Auf der einen Seite mag man zwar die psychosoziale Situation des Patienten reflektieren und wissen, dass es sich um einen alten Mann handelt, bei dem bestimmte Diagnosen keine therapeutische Konsequenz mehr haben. Trotzdem bricht sich hier implizit das vertraute biomedizinische Paradigma einer Maximalmedizin die Bahn, die kompromisslos alles abzuklären fordert. In ihrer Totalität mag diese Orientierung zwar sowohl dem ökonomisch-administrativen Primaten nach effizientem Mitteleinsatz widersprechen (und auch aus Patientenperspektive zweifelhaft scheinen), dennoch scheint gerade bei den komplexen Fallproblematiken der »medizinische Blick« (Foucault 1988) gleichsam zu sich selbst zu kommen.

In den folgenden Tagen laufen einige weitere Untersuchungen, die jedoch zu keinem eindeutigen Ergebnis führen. Donnerstag schließlich liegen die ersten Ergebnisse der computergestützten Punktion des Pleuralergusses vor. Der pathologische Befund beschreibt einen tumorösen Prozess unklarer Genese. Auf Basis zusätzlicher Gewebefärbungen mit bestimmten Markern wird man jedoch die Diagnose spezifizieren können. Nachmittags berichtet der Oberarzt der Ärztin, dass nun ein gesicherter Befund vorliege. Der Patient habe ein Mesenchymom (ein Bindegewebskarzinom). Diese Diagnose habe derzeit allerdings keine therapeutischen Konsequenzen mehr. Vielmehr sei

eine adäquate Schmerzbehandlung angesagt. Die Stationsärztin bemerkt darauf hin, dass man den Patienten Anfang nächster Woche entlassen könne.

In der Morgenvisite am folgenden Tage fragt die Ärztin den Patienten zunächst nach seinem Befinden. Herr Spondel schildert, dass er ein Flimmern in den Augen habe. Die Ärztin schlägt vor, einen Augenarzt aufzusuchen. Darüber hinaus erwähnt sie, dass man nun »böartige« Zellen habe nachweisen können, ihm jedoch in seinem Zustand eine Operation nicht mehr »zumuten« könne. Sie erklärt, dass man jetzt aber wisse, wo die Beschwerden herkommen würden. Anschließend fragt sie den Patienten, wie er denn zu Hause versorgt werde. Herr Spondel antwortet, dass sich seine Freundin um ihn kümmere. Die Ärztin erkundigt sich beim Patienten draufhin, wann er denn entlassen werden möchte, und erwähnt, sich diesbezüglich »ein wenig nach ihm richten« zu wollen. Der Patient schlägt vor, nach dem Wochenende das Krankenhaus zu verlassen. Darüber hinaus schildert er seine Probleme beim Luftholen. Die Ärztin antwortet, dass die Beschwerden wohl vom Pleuralerguss kommen und dass man unter Umständen jetzt auch Sauerstoff geben könne. Hierzu müssten dann aber vorher einige Tests durchgeführt werden.

Die Aufklärung läuft hier unspektakulär und mit sanftem Übergang zu einem palliativen Behandlungsregime, in dem nun die Symptomlinderung im Vordergrund steht. Ein chirurgischer Eingriff scheidet nun als kurative Behandlungsoption endgültig aus, doch von ärztlicher Seite bezeugt man weiterhin Bereitschaft, sich für den Patienten zu engagieren. Diesem wird – entgegen der ökonomischen Rationalitäten – eine gewisse Autonomie im Hinblick auf den Zeitpunkt der Entlassung zugestanden und es wird ihm angeboten, bei Bedarf noch einmal ins Krankenhaus zu kommen.

Ein wenig später unterschreibt die Ärztin die Röntgenanforderung für die abschließende Röntgenuntersuchung. Der Patient wird schließlich nach einundzwanzig Tagen Krankenhausaufenthalt entlassen.

5. Diskussion

Medizin, dies zeigen unsere Untersuchungen, geht hier auch unter den verschärften wirtschaftlichen Bedingungen und knappen Personal- und Zeitressourcen keineswegs in einer betriebswirtschaftlichen oder volkswirtschaftlichen Rationalität auf. Vielmehr kommt die medizinale Orientierung hierdurch gewissermaßen zu sich selbst und findet insbesondere an den komplizierten Fallproblematiken

ihren höchsten Ausdruck. Entsprechend dieser Orientierung treffen die Ärzte unter knapper werdenden Ressourcen die Unterscheidung zwischen Routinefällen und schwierigen Fällen. Bei Ersteren können – medizinisch begründet – Lücken gelassen werden, während die Organsysteme der Letzteren höchste Aufmerksamkeit bekommen. Gleiches gilt für die untersuchte chirurgische Abteilung (s. Vogd 2006, 181ff.).

Die komparativen Analysen zeigen auf, dass diese Orientierung weitgehend unabhängig von der Person des Patienten auftritt, also nicht von den Sympathien oder Vertrautheiten, aber auch nicht von den Besonderheiten einer medizinischen Disziplin oder Abteilung abhängt. Der unsympathische Alkoholiker bekommt in der Regel die gleiche hohe medizinische Aufmerksamkeit, wenn der Verdacht eines Hirntumors im Raume steht (s. Vogd 2006, 181ff.).¹¹ Die Homologien zwischen den beiden Prozessen, die schon zu Beginn aufscheinen, beruhen also nicht darauf, dass man sich an den konkreten Fall wieder erinnert, diesen als Person besonders gut betreut wissen will, sondern sind einer generalisierbaren ärztlichen Orientierung zuzurechnen, die sich bei den komplexen Fallproblematiken darin manifestiert, das vermeintliche Patienteninteresse gegenüber den ökonomischen Interessen ihrer Organisation zur Geltung zu bringen.

Dem Patienten wird im Jahr 2004 wie im Jahr 2001 eine passive Rolle zugeschrieben. Ob beispielsweise Herr Spondel als multimorbider Patient nochmals eine Maximalmedizin anstrebt oder lieber auf belastende invasive Untersuchungen verzichten würde, ist eine Frage, die sich in den eingefahrenen Schienen der modernen Krankenbehandlung nicht stellt. Das Ausbrechen aus den diesbezüglichen Rollenerwartungen würde einen Kraftakt darstellen, der von einem schwerkranken Menschen nur in Ausnahmefällen erbracht werden kann, und würde dann im Behandlungssystem üblicherweise als Störung bearbeitet (vgl. Vogd 2004b, 365ff.).

Wider der *political correctness* können die Versuche, medizinische Praxis zu demokratisieren, etwa die Versuche, die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung in einem institutionalisierten *shared decision making* zu symmetrisieren, am ehesten geopfert werden. Ebenso werden unter dem ökonomischen Rationierungsdruck im Krankenhaus schnell die unspezifischen Ansprüche einer psychosozialen Medizin aufgegeben, welche über die Organmedizin hinaus die Bedeutung der

11 Dies schließt jedoch nicht aus, dass parallel dazu in der Organisation Krankenhaus unter dem Deckmantel der Dienstleistung bestimmte Patientengruppen in außermedizinischer Hinsicht besonders bedient und betreut werden (vgl. das Kapitel Distinktion zwischen Privat- und Kasenpatienten in Vogd 2006).

Lebenswelt für die Patho- und Salutogenese berücksichtigt wissen möchten. Unter der medizinischen Prioritätensetzung kann dann auf ausführliche Arzt-Patient-Gespräche verzichtet werden und die als Routinefälle eingestuft Patienten bekommen nun kaum noch einen Arzt zu Gesicht, denn hier kann auf Basis der Aktenlage entschieden werden.

Indem Medizin die Freiheitsgrade nutzt, welche die Organisation ihr durch die eigene operative Schließung ermöglicht, reproduziert sie ihre eigene Orientierung. So kann Medizin auch gerade deshalb geschehen, indem Medizin im Modus des ›Als-ob‹, im Modus der Täuschung (vgl. Goffman 1996, 98ff.) vorgeführt wird. Die immer weniger anwesenden Ärzte können dadurch präsent werden, indem die ärztlichen Kontrolltätigkeiten auf die hierfür umso mehr aufmerksamen Pflegekräfte verschoben werden, welche nun entscheiden müssen, wann der Arzt zu rufen ist, oder es kann mehr Technik eingesetzt werden, um Argumente für mehr Medizin und mehr ärztliche Expertise in der Hand zu haben.

Wenngleich die Ärzte in Bezug auf das Krankenhausmanagement einen deutlichen Verlust an Macht und Einfluss hinnehmen mussten (vgl. Hafferty/Light 1995), reifiziert sich mit dem Rückzug auf ihre medizinische Expertenrolle zugleich ihre Stellung innerhalb der Medizin. Deutlich wird dies mit der Anforderung einer höheren Reflexivität der Behandlungsprozesse. Nicht nur die diagnostischen Unsicherheiten (Fox 1969) und das Problem der therapeutisch erzeugten Artefakte (Wagner 1995) müssen nun bewältigt werden. Darüber hinaus verlangen die beschleunigten Verhältnisse zum einen ein Lückenmanagement, d. h. es ist nun darüber zu entscheiden, wo Lücken in Kauf genommen werden können und wie die hiermit verbundenen Risiken zu kontrollieren sind. Zum anderen erzeugen die Abrechnungsmodalitäten des DRG-Systems eine neue Komplexität. Nur der eingeweihte ärztliche Experte verfügt über das Wissen, die vielschichtigen Ebenen medizinischer Dokumentation – einschließlich ihrer Fehler – zu decodieren und hinter den vielfältigen administrativen Mogeleyen das Wesentliche des Behandlungsgeschehens zu rekonstruieren. Aufgrund einer weiteren ›Taylorisierung‹ seiner Arbeit mag zwar der einzelne Arzt die Kontrolle über das Krankenhaus wie über den Behandlungsprozess verlieren. Er bleibt aber dennoch als entscheidender Knotenpunkt eines Behandlungsprozesses, in dem auch auf fragmentarischer Basis entschieden werden muss, umsetzbar. Eliot Freidson (2001), der mittlerweile von seiner früheren ›Deprofessionalisierungsthese‹ Abstand nimmt, folgend, sprechen unsere Ergebnisse dafür, dass im modernen Krankenhaus die drei ›Logiken‹ »bureaucratism«, »economism« und »professionalism« gleichzeitig auf die Spitze getrieben werden. Im Einklang mit der

neoinstitutionalistischen Auffassung (vgl. Meyer/Rowan 1977) ist das Verhältnis von Ökonomie, Bürokratie und medizinischer Profession dann eher als lose gekoppelt zu betrachten. Dies stünde auch im Einklang mit der Modernisierungsthese von Rudolf Stichweh (1996), dass in modernen Organisationen mit fortschreitender funktionaler Differenzierung zunehmend der Professionelle alten Typs verschwindet, damit jedoch keineswegs die Expertenrolle.

Der Blick auf das US-amerikanische Gesundheitssystem, in dem die diesbezüglichen Ausdifferenzierungen weiter vorangeschritten sind, beleuchtet die hier angedeuteten Tendenzen nochmals in einem schärferen Licht. Bei kürzeren Liegezeiten, einer technisch aufwendigeren Medizin,¹² einem gigantischen Verwaltungsaufwand¹³ und einer besseren Stellung der Krankenhausärzte im System¹⁴ zeigt sich hier deutlich, dass die Verhältnisse vor allem komplexer, keineswegs jedoch in einem simplen Sinne ökonomisch effizienter werden.¹⁵

Über die benannten Aspekte hinaus deutet sich in unseren Untersuchungen noch eine andere Klasse von Veränderungen an. Während im ersten Beobachtungszeitraum der Konflikt zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rahmung innerhalb des ärztlichen Teams ausgetragen wurde, nämlich in die ärztliche Hierarchie hineinkopiert wurde (Vogd 2004a), spiegelt sich der Widerstreit der Interessen im zweiten Beispiel in einem das Krankenhaus übergreifenden Netzwerk von ambulanter und stationärer Versorgung wider.

Der Konflikt zwischen den beiden unterschiedlichen Orientierungen wird hier weniger im ärztlichen Rollengefüge ausgetragen (also in dem Sinne, dass die Stationsärzte tendenziell die Patientenseite und die leitenden Ärzte die Organisationsseite vertreten) sondern erscheint als Konflikt zwischen verschiedenen Organisationen bzw.

12 Dass die institutionellen Eigendynamiken der Versorger ebenso wie die technologisch-medizinische Innovation als die wesentlichen Kostentreiber des Medizinsystems anzusehen sind, zeigt etwa Bodenheimer (2005a; 2005b) auf.

13 Während in den USA 31 % der Kosten einer stationären Behandlung für Verwaltungsausgaben anfallen, sind hierfür in Kanada nur 16,7 % zu veranschlagen. Woolhandler et al. (2003) kommen hier im Vergleich mit Kanada zu dem Schluss, dass die USA auf 1,4 Millionen höhere Verwaltungsangestellte und Sekretäre im Gesundheitssystem gut verzichten könnte.

14 Wenn man die wesentlich bessere Honorierung der Ärzte als diesbezüglichen Indikator betrachtet: US-Ärzte aller Hierarchiestufen können in den USA mit einem zwei- bis dreifach höherem Gehalt rechnen als in der Bundesrepublik (s. Barham/Bramley-Harker 2004).

15 Das US-amerikanische Gesundheitssystem bleibt mit Abstand vor der Schweiz und der Bundesrepublik das teuerste Versorgungssystem.

Agenten innerhalb eines Versorgungssystems. Der ambulante Nephrologe lässt stationär einweisen und veranlasst so unter Umgehung der eigentlichen Entscheidungsverantwortlichen eine aufwendige Untersuchung auf Kosten des Krankenhauses.

Hier deutet sich möglicherweise eine Tendenz in der Verarbeitung diesbezüglicher Spannungslagen an: Auch unter der neuen Voraussetzung, dass manche Fälle für die behandelnde Organisation ein ökonomisches Risiko darstellen, werden die Ärzte entsprechend ihrer medizinisch-professionellen Orientierungen nicht auf eine Behandlung entsprechend ihres besten Wissens und Gewissens verzichten wollen. Es stellt sich nun jedoch für sie auch die Frage, welchen Einrichtungen innerhalb des Versorgungsnetzwerkes man welchen Aspekt der Behandlung einer komplexen Fallproblematik delegieren kann bzw. welcher Teil des Netzwerkes das mit diesen Behandlungsprozessen zu erwartende ökonomische Risiko trägt.¹⁶

Der Prozess der Krankenbehandlung erscheint nun weniger an eine Organisation gebunden und wird entsprechend auch weniger in der intraorganisationalen Dynamik ausgehandelt, sondern vollzieht sich in einem Behandlungsnetzwerk, das aus verschiedenen organisatorischen und personalen Einheiten geknüpft wird. Allein das Primat der kurzen Liegezeiten verlangt nach einer Kooperation mit ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, anderen Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Nicht zuletzt werden der Patient und seine Angehörigen selbst zu einem Teil des Netzwerkes, haben nun vermehrt selbst am Behandlungsprozess mitzuarbeiten, sei es in der Pflege, im Einfordern von Finanzmitteln oder in der Organisation von Beschwerdemacht, um den Irregularitäten in den Behandlungsprozessen eigene Kontrollversuche entgegenzusetzen.¹⁷ Während das alte Krankenhaus – wenngleich als inoffizielle gesellschaftliche Funktion – nicht nur Diagnose, Isolation und Therapie, sondern auch die sozialen Indikationen Pflege, Sterbebegleitung zu leisten hatte, verteilen sich diese Aufgaben nun in Behandlungsnetzwerken, die aus unterschiedlichen Organisationen und Einzelakteuren gebildet werden (siehe für die diesbezüglich weiter ausdifferenzierten Verhältnisse in den USA: Scott et al. 2000).

16 Entsprechend einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Hochrechnung ergibt sich für die Problemgruppe der Langlieger entsprechend dem Fallpauschalenkatalog von 2005 nur eine Kostendeckung von 50% (Billing 2005).

17 In diesem Sinne erscheint dann auch die Prozessfreudigkeit in den Vereinigten Staaten in einem anderen Licht, nämlich als Kontrollversuche innerhalb von Netzwerken, in denen jeder Part versucht, eine Balance zwischen Identität und Kontrolle zu finden.

Die Krankenhäuser werden zwar weiterhin allein schon aus technischen und administrativen Gründen ein Zentrum der Krankenbehandlung darstellen, bilden aber dann nicht mehr unbedingt eine organisatorische Einheit, die den Behandlungsprozess als Ganzes integriert. Letztere erscheint nun institutionell zergliedert (etwa indem dann vorbereitende Diagnostik, Akutbehandlung, nachsorgende Pflege und palliativ gelindertes Sterben jeweils von verschiedenen institutionellen Trägern übernommen werden oder Belegärzte die Infrastruktur des Krankenhauses anmieten). Um mit Baecker zu sprechen, »zwischen diesen Zentren, deren Größe von ihrer Fähigkeit zur Entscheidungsfindung abhängt, wird es hochgradig flexible, auf dem Prinzip der losen Kopplung beruhende und sich fallweise neu organisierende Vernetzungen geben, die jeder klassischen Idee der Planung, Kontrolle und Rationalität spotten. Die Organisationstheorie kennt das sich hier einspielende Modell unter dem Stichwort der ›garbage can‹ [...], doch für Krankenhäuser, in denen es wie verzögert auch immer um Leben und Tod geht, ist dieses Modell sicherlich auf der Ebene des Alltagshandelns erprobt, doch auf der Ebene bewussten Organisationsdesigns weitgehend unbekannt«. Die nun heterarchische Organisation der Prozesse gestattet es, »Verknüpfungen zwischen verschiedenen Leistungsträgern [zu] ermöglichen, die laufend sowohl in kompetitiven als auch in komplementären Beziehungen zueinander stehen und daher, leichter gesagt als getan, sowohl zum Konflikt als auch zum Ausgleich miteinander befähigt sein müssen« (Baecker 2006c, 57f.). Mit dem hier vorgestellten Geschehen um die Einweisung von Herrn Spondel bekommen wir eine Ahnung, wie sich diese Prozesse als widersprüchliche Einheiten ausgestalten können. Der von der Stationsärztin mit »GAU« bezeichnete Durchgriff des ambulanten Nephrologen auf die Krankenhausroutinen gestattet einen Behandlungsprozess, der aufgrund der wirtschaftlichen Individuallogik des Krankenhauses an sich nicht möglich gewesen wäre, dann aber doch die medizinische Handlungslogik über den erfolgreichen ›Kontrollversuch‹¹⁸ des Netzwerkpartners zum handlungsleitenden Paradigma wird. Im Sinne der Luhmannschen Terminologie unterläuft hier sozusagen die Interaktion über das Behandlungsnetzwerk die Organisation zugunsten der Medizin. Mit Blick auf eine Gruppe von Beobachtungen, die sich dadurch auszeichnet, dass Stationsärzte mit anderen Häusern, nachsorgenden Einrichtungen und ambulanten Ärzten für ihre Patienten die Weiterbetreuungschancen abtasten, deutet sich hier möglicherweise ein prägendes Merkmal künftiger Behandlungsprozesse an. In Versorgungsnetzwerken könnten sich die

18 Hier in Referenz auf das Bezugsproblem Identität und Kontrolle im Sinne der Netzwerktheorie von Harrison White (1992).

sozialen Kompetenzen der Ärzte dann nicht mehr darauf beschränken, damit umgehen zu können, was im Treffraum ihrer Organisation der Fall ist. Es würde nicht mehr ausreichen, einen praktischen Sinn für die Relevanzen, Machtspiele, Wissensstrukturen in ihrer Organisation zu gewinnen. Vielmehr ginge es auch darum, in Netzwerken zurechtzukommen, also mit Kontrollversuchen von außen umzugehen und umgekehrt auf die Partner des Netzwerkes Kontrolle auszuüben. Gleiches gilt nun für Patienten und ihre Angehörigen, die sich nun nicht mehr auf Sicherheiten verlassen können (auch wenn diese nur in verlässlichen hierarchischen Beziehungen bestand), sondern sich selbst als aktiven Teil eines Behandlungsnetzwerkes und der hiermit verbundenen Aushandlungsprozesse zu verstehen haben. Die Entkoppelung findet nun nicht nur – wie von den Neoinstitutionalisten beschrieben – zwischen den einzelnen Sphären innerhalb einer Organisation statt, sondern geschieht in einem Netzwerk verteilter, jeweils autonom entscheidender Organisationen, wobei die DRG-Technologie wesentlich Anteil an der Vermittlung dieser Prozesse hat. DRGs stellen in diesem Sinne »leaky black boxes« dar, eben diese »knowledge objects« (Lowe 2001), um die hierum die Netzwerke sich organisieren.

Mit den zugleich beschleunigten Prozessen ist in Zukunft mit einer noch stärkeren Bedeutung der ärztlichen Expertise zu rechnen, die sich recht gut mit dem an dieser Stelle bereits dokumentierten cheförzlichen Statement zur medizinischen Eleganz unter den neuen Verhältnissen umschreiben lässt: »Nicht kompliziert machen, aber kompliziert zu denken«, hieße nun die Maxime. Man käme dann hier zu sich wechselseitig steigernden Ansprüchen an die Komplexitätsbearbeitung in den Verhältnissen der Reflexion von Medizin, Ressourceneinsatz und den im Behandlungsnetzwerk beteiligten Partnern. All dies könnte mittelfristig zu dem ökonomischen Paradoxon führen, dass eine rationellere Medizin nur um den Preis (noch) teurerer Expertise zu leisten ist.

LITERATUR

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago London: The University of Chicago Press.
- Abernathy, Charles M./Hamm, Robert M. (1995): *Surgical Intuition. What it is and how to get it*. Philadelphia: Hanley and Belfus.
- Aden, Anneke (2004): *Die Sonographie – Raum für Diagnostik, Übersetzung, Patientenaufklärung und (Aus-)Bildung? Eine empirische Studie über Kommunikation während Ultraschalluntersuchungen*. Dissertation vorgelegt dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg. Hamburg.
- Åkerstrøm, Niels (2003): *Discursive analytical strategies – Understanding Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Bristol: Policy Press.
- Åkerstrøm, Niels (2006): *Diskursive analytische Strategien in der Verwaltungswissenschaft*. PVS – Politische Vierteljahresschrift. Sonderheft »Politik und Verwaltung« 37/2006, 97-119.
- Åkerstrøm, Nils/Born, Asmund W. (2007): *Heterophony and Postponed Organization. Organizing autopoietic systems*. TAMARA Journal 6, 176-186.
- Allert, Gebhard/Kächele, Horst (2000): *Medizinische Servonen. Psychosoziale, anthropologische und ethische Aspekte prothetischer Medien in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Amelung, Volker E./Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (Hrsg.) (2009): *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Arnold, Jörg/Flintrop, Jens/Korzilius, Heike (2010): *Wir machen im dritten Jahr in Folge hohe Verluste. Interview mit Jörg Arnold*. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Ärzteversicherung. Deutsches Ärzteblatt 107, A 695-696.
- Arnold, Martin Michael (1998): *Der Wandel der Medizin und ihrer Rahmenbedingungen in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts*. S. 3-13 in: Norbert Frickhofen/Franz Porzsolt/Axel Fetzer (Hrsg.), *Die Ausbildung zum Arzt. Rahmenbedingungen, Ziele, Elemente*. Stuttgart: Schattauer.
- Ashby, William Ross (1956): *An introduction to Cybernetics*. New York: Wiley.
- Atkinson, Paul (1984): *Training for certainty. Social Science and Medicine* 19, 949-956.
- Atkinson, Paul (1995): *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London Thousand Oaks New Delhi: Sage Publications.

- Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.) (1999): *Intuition in der Medizin. Grundfragen der Erkenntnisgewinnung*. Bern: Peter Lang.
- Aust, B. /Ganslandt, T. /Sitter, H. /Prokosch, U./Zielke, A. / Ohmann, C. (1999): *Formale Entscheidungshilfen in der Chirurgie – Ergebnisse einer Umfrage. Der Chirurg* 70, 823-829.
- Austin, J. L. (1979): *Zur Theorie der Sprechakte. (How to do things with words)*. Stuttgart: Reclam.
- Axon, A. T. R./Bell, G. D./Jones, R. H./Quine, M. A./McCloy, R. F. (1995): *Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. British Medical Journal* 310, 853-856.
- Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim München: Juventa.
- Baecker, Dirk (1992): *The Writing of Accounting. Stanford Literatur Review* 9, 157-158.
- Baecker, Dirk (1994): *Postheroisches Management. Ein Vademecum*. Berlin: Merve Verlag.
- Baecker, Dirk (1997): *Einfache Komplexität*. S. 17-50 in: Heinrich W. Ahlmeier/Roswita Königswieser (Hrsg.), *Komplexität Managen. Strategien, Konzepte und Fallbeispiele*. Wiesbaden: Gabler.
- Baecker, Dirk (1999a): *Die Form des Unternehmens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baecker, Dirk (1999b): *Organisation als System*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baecker, Dirk (2000): *Organisation als Begriff. Niklas Luhmann über die Grenzen des Entscheidens. Lettre International* 49, 97-101.
- Baecker, Dirk (2002): *Wozu Systeme?* Berlin: Kulturverlag Kadmos.
- Baecker, Dirk (2003): *Organisation und Management*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baecker, Dirk (2005): *Form und Formen der Kommunikation*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baecker, Dirk (2006a): *Management als Störung im System*. Friedrichshafen.
- Baecker, Dirk (2006b): *Wirtschaftssoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Baecker, Dirk (2006c): *Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus*. S. 39-62 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin*.
- Baecker, Dirk (2007a): *Studien zur nächsten Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baecker, Dirk (2007b): *Über Bruno Latour. Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*. FAZ.
- Baecker, Dirk (2008a): *Zur Kontingenzkultur der Weltgesellschaft*. S. 139-161 in: Dirk Baecker/Matthias Kettner/Dirk Rustemeyer (Hrsg.), *Über Kultur. Theorie und Praxis der Weltkultur*. Bielefeld: transcript.
- Baecker, Dirk (2008b): *Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus*. S. 32-62 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Balint, Michael (2001): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Barham, Leela/Bramley-Harker, Edward (2004): *Comparing Physicians' Earnings. Current Knowledge and Challenges. A Final Report for the Department of Health*. Prepared by National Economic Research Associates. London: Nera (<http://www.nera.com>).
- Bateson, Gregory (1992): *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bateson, Gregory/Bateson, Mary Catherine (1993): *Wo Engel zögern. Unterwegs zu einer Epistemologie des Heiligen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bauch, Jost (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim München: Juventa.
- Beck, René (2005): *Der Umgang mit Spital-Haftpflichttrisiken aus Sicht der Haftpflichtversicherer. HAVE (Haftung und Versicherung)*. 2005, 90-97.
- Beck, Ulrich (2007): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker, Howard S./Geer, Blanche/Hughes, Everett C./Strauss, Anselm L. (1961): *Boys in white. Student Culture in Medical School*. 1961: University of Chicago Press.
- Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2009): *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Behrens, Johann (2005): *Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence*. S. 51-70 in: Klaus R. Schroeter/Thomas Rosenthal (Hrsg.), *Soziologie der Pflege*. Weinheim: Juventa.
- Belliger, Andréa/Krieger, David J. (2006): *ANTHology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Bielefeld: transcript.
- Berchtold, Peter/Endrissat, Nadia/Müller, Werner R./Schmitz, Christof (2007): *Managing Professionals – Führung in Spitälern*. Projektbericht.
- Berg, Marc (1992): *The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practise*. *Sociology of Health & Illness* 14, 151-180.
- Berg, Marc (1995): *Turning a Practice into Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice*. *Social Studies of Science* 25, 437-476.
- Berg, Marc (1996): *Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work*. *Sociology of Health and Illness* 18, 499-524.
- Berg, Marc (2008): *Praktiken des Lesens und Schreibens: die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit*. S. 63-86 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin – Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Billing, Arend (2005): *Fallpauschalensystem: Problem Schwerstkranker*. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-2214.

- Birkigt, Klaus/Stadler, Marinius M. /Funck, Hans-Joachim (1993): *Corporate Identity: Grundlagen, Funktionen, Fallbeispiele*. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie.
- Blanchard, Christina G. / Labrecque, Mark S. / Ruckdeschel John C. / Blanchard Edward B. (1988): Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine* 27, 1139-1145.
- Bock, Klaus Dietrich (1993): *Wissenschaftliche und alternative Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bock, Klaus Dietrich (2001): Die Evidenz (in) der Evidence-Based Medicine. *Medizinische Klinik* 96, 300-304.
- Bodenheimer, Thomas (2005a): High Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an expansion. *Annals of Internal Medicine* 142, 847-854.
- Bodenheimer, Thomas (2005b): High Rising Health Care Costs. Part 2: Technology Innovation. *Annals of Internal Medicine* 142, 932-937.
- Bodenheimer, Thomas (2005c): High Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health Care Provider. *Annals of Internal Medicine* 142, 996-1002.
- Bohnsack, Ralf (2001): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. S. 225-252 in: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Opladen: Leske und Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2003): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: UTB.
- Bohnsack, Ralf (2007): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 6. Aufl. Opladen: UTB.
- Boland, Richard J. (1989): Beyond the Objectivist and Subjectivist: Learning to Read Accounting as Text. *Accounting, Organizations and Society* 14, 591-604.
- Bourdieu, Pierre (1997): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1998): *Homo academicus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2000): *Das religiöse Feld. Texte zur Ökonomie des Heilsgeschehens*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Bourdieu, Pierre (2001a): *Die Regeln der Kunst*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2001b): *Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre/Passeron, Jean-Claude (1971): *Die Illusion der Chancengleichheit. Untersuchungen zur Soziologie des Bildungswesens am Beispiel Frankreich*. Stuttgart: Klett.
- Braddock, Clarence H./Kelly, Edwards A./Hasenberg, Nicole M./Laidley, Tracy L./Levinson, Wendy (1999): Informed decision making in outpatient practice. Time to get back to basics. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 282, 2313-2320.

- Brandom, Robert B. (2000): *Expressive Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Brandom, Robert B. (2001): *Begründen und Begreifen. Eine Einführung in den Inferentialismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Braun von Reinersdorff, Andrea (2002): *Strategisches Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management*. Bern Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Brose, Hanns-Georg (Hrsg.) (1988): *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*. Opladen, Leske und Budrich. (1988): *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*. Opladen: Leske und Budrich.
- Brosziewski, Achim (2002): *Computer, Kommunikation und Kontrolle. Eine Fallstudie zum informierten Management*. Konstanz: UVK.
- Brunsson, Nils (1989): *Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Chichester et al.: Wiley.
- Burri, Regula Valérie (2008): *Doing Images. Zur Praxis medizinischer Bilder*. Bielefeld: transcript.
- Butzlaff, Martin/Floer, Bettina/Koneczny, Nik / Vollmar/C., Horst/Lange, Silke/Jana, Isfort/Kunstmann, Wilfried (2002): <http://www.evidence.de> – Netzbasierte Leitlinien im Praxistest. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96, 127-133.
- Callon, Michel (1986): *Elements of a sociology of translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay*. S. 196-233 in: John Law (Hrsg.), *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: Routledge.
- Callon, Michel (1998): *The Laws of the Markets*. London: Blackwell Publishers.
- Callon, Michel (2006): *Akteur-Netzwerk-Theorie: Der Markttest*. S. 545-561 in: Andréa Belliger/David J. Krieger (Hrsg.), *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Bielefeld: transcript.
- Callon, Michel/Latour, Bruno (2006): *Die Demontage des großen Leviathans: Wie Akteure die Makrostruktur der Realität bestimmen und wie Soziologen ihnen dabei helfen*. S. 75-101 in: Andréa Belliger/David J. Krieger (Hrsg.), *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Bielefeld: transcript.
- Carr-Saunders, Alexander Morris/Wilson, Paul Alexander (1933): *The Professions*. Oxford: Clarendon.
- Castells, Manuel (2003): *Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram /Whelan, Tim (1999): *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. *Social Science and Medicine* 49, 651-661.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997): *Shared decision-making in the medical encounter: What does it Mean? (Or it takes at least two to tango)*. *Social Science and Medicine* 44, 681-692.

- Choudhry, Nitesh K./Stelfox, Henry Thomas/Detsky, Allan S. (2002): Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 287, 612-617.
- Cicourel, Aaron V. (1987a): Cognitive and Organizational aspects of Medical Diagnostic Reasoning. *Discourse Processes* 10, 347-367.
- Cicourel, Aaron V. (1987b): The Interpretation of Communicative Contexts: Examples from Medical Encounters. *Social Psychology Quarterly* 50, 217-226.
- Cicourel, Aaron V. (1990): The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis. S. 221- 241 in: J.; Kraut Galegher, R. E.; Egidio, C. (Hrsg.), *Intellectual Teamwork. Social and Technological Foundations of Cooperative Work*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clade, Harald (2005): Privatisierung ist ein Irrweg. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-1787.
- Cohen, M. /March, J. /Olsen, J. (1972): A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*; 17 (1972, S. 1-25. *Administrative Science Quarterly* 17, 1-25.
- Coy, Wolfgang (2003): Die Konstruktion technischer Bilder – eine Einheit von Bild, Zahl, Schrift. S. 143-156 in: Sybille Krämer/Horst Bredekamp (Hrsg.), *Bild – Schrift – Zahl*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Davis, David A./Thomson, Mary A./D., Oxman Andrew/Haynes, R. Brian (1996): Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 274, 700-705.
- Dawson, John H. (1987): Practice variations: a challenge for physicians (Editorial). *Journal of American Medical Association (JAMA)* 258, 2570.
- Deber, R. B./Kraetschmer, N./Irvine, J. (1996): What role do patients wish to play in treatment decision making? *Archives Internal Medicine* 156, 1414-1420.
- DeKay, Michael L./Asch, David A. (1998): Is the defensive use of diagnostic tests good for patients or bad? *Medical Decision Making* 18, 19-28.
- Domenighetti, Gianfranco /Tomamichel, Michele /Gutzwiller, Felix/Bertoud, Silvio/Casabianca, Antoine (1991): Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Social Science & Medicine* 3, 269-274.
- Doolin, Bill (2002): Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies* 23, 369-390.
- Dörner, Klaus (2001): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart New York: Schattauer.
- Dow, James (1986): Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. *American Anthropologist* 88, 56-69.

- Drefke, Stefan (2008): Die Herstellung des »guten Sterbens«. Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz. S. 215-235 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Dross, Fritz (2004): *Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850: das Beispiel Düsseldorf*. Essen: Klartext.
- Eckart, Wolfgang U. (1998): *Geschichte der Medizin*. Berlin: Springer Verlag.
- Elkeles, Thomas/Niehoff, Jens-Uwe/Rosenbrock, Rolf/Schneider, Frank (1997): *Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 -1990*. Berlin: Edition Sigma.
- Engelmann, Peter (1998): *Flesh machine. Cyborgs & Designerbabies. Die Biotechnologische Revolution*. Wien: Passagen Verlag.
- Engels, Friedrich (1972 [1845]): *Lage der arbeitenden Klasse in England*. Berlin: MEW Band 2.
- Esfeld, Michael (2003): What are Social Practises? *Indaga. Revista internacional de Ciencias Sociales y Humanas* 1 (2003), 19-43.
- Eposito, Elena (2007): *Die Fiktion der wahrscheinlichen Realität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Feldmann, Klaus (1990): *Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod*. Frankfurt/Main: Lang.
- Fetter, Robert B./Brand, David A./Gamache, Dianne E (1991): *DRGs: their design and development*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Feuerstein, Günter (1994a): *Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft*. S. 155-210 in: B. Badura/G. Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim München: Juventa.
- Feuerstein, Günter (1994b): *Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen*. S. 211-254 in: B. Badura/G. Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim München: Juventa.
- Feuerstein, Günter (1995): *Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge*. Weinheim München: Juventa.
- Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.) (1999): *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*. Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Fisher, Elliott S./Welsh, Gilbert H. (1999): *Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse?* *Journal of American Medical Association (JAMA)* 281, 446-453.
- Fleischauer, Kurt (2007): *Aufbringung und Verteilung von Mitteln für das Gesundheitswesen*. Freiburg: Alber.

- Flintrop, Jens (2005): Bert Uwe Drechsel: Qualitätsberichte als Marketing-Instrument. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-2522-2523.
- Flintrop, Jens/Korzilius, Heike (2010): Arzthaftpflicht. Der Schutz wird teuer. *Deutsches Ärzteblatt* 107, 692-694.
- Foerster, Heinz von (1994a): Prinzipien der Selbstorganisation im sozialen und betriebswirtschaftlichen Bereich. S. 233-268 in: Heinz von Foerster (Hrsg.), *Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foerster, Heinz von (1994b): *Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1988): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Fischer.
- Fox, Renée (1969): Training for Uncertainty. S. 207-241 in: R. K. Merton/G. G. Reader/P. L. Kendall (Hrsg.), *The Student Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Univ. Press.
- Francke, Robert (1994): *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte. Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes*. Stuttgart: Enke.
- Freidson, Eliot (1975a): *Doctoring together. A study of professional social control*. New York: Elsevier.
- Freidson, Eliot (1975b): *Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung*. München Berlin Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Freidson, Eliot (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Freidson, Eliot (2001): *Professionalism. The third logic*. Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Fuchs, Peter (2001): *Die Metapher des Systems. Studien zu der allgemein leitenden Frage, wie sich der Tänzer vom Tanz unterscheiden lasse*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Fuchs, Peter (2009): *Die Form des Körpers*. Download unter http://www.fen.ch/texte/gast_fuchs_literatur.htm (2.7.2009).
- Fuchs, Peter/Mahler, Enrico (2000): Form und Funktion von Beratung. *Soziale Systeme* 6, 349-368.
- Fuchs, Thomas (2002): Der Begriff der Person in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 73, 239-246.
- Fujimura, Michael (1992): Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects, and »Translation«. S. 168-214 in: Andrew Pickering (Hrsg.), *Science as Practice and Culture*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Füllsack, Manfred (2006): *Zuviel Wissen? Zur Wertschätzung von Arbeit und Wissen in der Moderne*. Berlin: Avinius.
- Fulop, Naomi/Protosaltis, Gerasimos/King, Annette/Allen, Pauline/Hutchings, Andrew/Normand, Charles (2005): Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science & Medicine* 60, 119-130.

- Fürstenberg, Torsten/Nolting, Hans-Dieter/Zich, Karsten/Laschat, Mareike (2009): Untersuchung zu den Auswirkungen der Vergütung nach Fallpauschalen. *das Krankenhaus* 4, 312-314.
- Gadamer, Hans-Georg (1972): *Wahrheit und Methode*. Frankfurt/Main: Campus.
- Gadamer, Hans-Georg (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Garfinkel, Harold (1973): Das Alltagswissen über und innerhalb sozialer Strukturen. S. 189-262 in: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Band 1. Reinbeck: Rowohlt.
- Garfinkel, Harold (1974): »Good« Organizational Reasons for »Bad« Clinical Records. S. 109-127 in: Roy Turner (Hrsg.), *Ethnomethodology. Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin.
- Garfinkel, Harold (1984): *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Garfinkel, Harold (1986): *Ethnomethodological studies of work*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Garfinkel, Harold/Sacks, Harvey (2004): Über formale Strukturen praktischer Handlungen. S. 389-426 in: Jörg Strübing/Bernd Schnettler (Hrsg.), *Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte*. Konstanz: UVK.
- Geertz, Clifford (1983): *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gehlen, Arnold (1963): *Studien zur Anthropologie und Soziologie*. Neuwied: Luchterhand.
- Geraedts, M./Selbmann, H. K./C., Meisner (2002): Effekte einer regionalen Intervention zur Förderung der Implementierung von Asthma-Leitlinien. *Gesundheitswesen*. 64 5,
- Gerlach, Ferdinand M./Martin, Beyer/Szecsényi, Joachim/Fischer, Gisela C. (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 95, A 1014-1021.
- Gesundheitswesen, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im (2002): *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Baden-Baden: Nomos.
- Geyer, Christian (2002): *Ärzte-Leid mit Leitlinien. Geht's auch anders, Doc?* FAZ 16.9.2002.
- Gibis, Bernhard/Schmacke, Norbert/Windeler, Jürgen (2001): Erkenntnisse und Zweifel. Modellversuche der GKV zur Akupunktur ermöglichen gezielte wissenschaftliche Erkenntnisse zu einer Therapiemethode über deren spezifische Wirksamkeit Zweifel bestehen. *Deutsches Ärzteblatt* 98, A445 - 447.
- Göckenjan, Gerd (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Goebel, Johannes/Clermont, Christoph (1997): *Muddling Through. Die Tugend der Orientierungslosigkeit*. Berlin: New Sign, Agentur für Kommunikation.
- Goffman, Erving (1961): *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine.
- Goffman, Erving (1996): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2000): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München Zürich: Piper.
- Goodman, Nelson (1990): *Weisen der Welterzeugung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gooris, P. J./Schaapveld, M./Vermeij, A./Otter, R./Rispen, A./Roodenburg, J. L. (1997): Regional guideline for diagnosis and treatment of squamous cell carcinoma of the lip: what is the level of compliance? *International Journal for Quality in Health Care* 13, 143-50.
- Greenfield, David/Braithwaite, Jeffrey (2008): Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 20, 172-183.
- Greenfield, David/Travaglia, Joanne/Braithwaite, Jeffrey/Pawsey, Marjorie (2007): *Unannounced Surveys and Tracer Methodology: Literatur Review*. Sydney.
- Grilli, R./Lomas, J. (1994): Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Medical Care* 32, 202-213.
- Gronemeyer, Reimer (2009): Weg mit der sozialen Anschnallpflicht. *Demenz* 2/2009, 31-33.
- Gross, R./Lorenz, W. (1990): Intuition in surgery as a strategy of medical decision making. Its potency and limitations. *Theoretical Surgery* 5, 54-59.
- Group, Evidence-Based Medicine Working (1992): Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association* 268, 2420-2425.
- Gruber, Hans (1994): *Expertise. Modelle und empirische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gruber, Hans (1999): Mustererkennung und Erfahrungswissen. S. 25-52 in: R. M. Fischer/W. Bartens (Hrsg.), *Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische Entscheidungen und Evidence-based Medicine*. Bern Göttingen Toronto: Hans Huber.
- Guadagnoli, Edward/Ward, Patricia (1998): Patient Participation in Decision-Making. *Social Science and Medicine* 47, 329-339.
- Günther, Gotthard (1963): *Das Bewußtsein der Maschinen*. Baden Baden Agis Verlag.
- Günther, Gotthard (1978): *Idee und Grundriß einer nicht-Aristotelischen Logik: die Idee und ihre philosophischen Voraussetzungen*. Hamburg: Meiner.

- Günther, Gotthard (2002): Cognition und Volition – Erkennen und Wollen. Ein Beitrag zur kybernetischen Theorie der Subjektivität. S. 229-285 in: (Hrsg.), *Das Bewußtsein der Maschinen. Eine Metaphysik der Kybernetik*. Baden Baden: Agis Verlag.
- Habermas, Jürgen (1992): *Nachmetaphysisches Denken*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Habersam, Michael (2009): *Management öffentlicher Krankenhäuser. Eine Rekonstruktion der theoretischen Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hafferty, Frederic W./Light, Donald W. (1995): Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue*, 1995, 132-153.
- Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (Hrsg.) (1993): *The Changing medical profession. An International Perspective*. New York Oxford: Oxford University Press.
- Hagner, Michael (2006): *Der Geist bei der Arbeit. Historische Untersuchungen zur Hirnforschung*. Göttingen: Wallstein.
- Hart, Dieter (1998): Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. *Medizinrecht* 16, 8-16.
- Hart, Dieter (1999): Organisationsaufklärung. Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung. *Medizinrecht* 17, 47-50.
- Hart, Dieter (2000): Evidenz-basierte Medizin und Gesundheitsrecht. Überlegungen zu rechtlichen Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin. *Medizinrecht* 18, 1-5.
- Hart, Dieter (2001): Health Technology Assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung. *Medizinrecht* 19, 1-8.
- Hasenbein, Uwe/Räbiger, J./Wallesch, Claus-Werner (2003a): Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 8, 363-375.
- Hasenbein, Uwe/Wallesch, Claus-Werner/Frank, B. (2003b): Die Akzeptanz von Leitlinien und Probleme bei ihrer Implementierung. *Aktuelle Neurologie* 30, 451-461.
- Hasse, R./Krücken, G. (1996): Was leistet der organisationssoziologische Neoinstitutionalismus? Eine theoretische Auseinandersetzung mit besonderer Berücksichtigung des wissenschaftlichen Wandels. *Soziale Systeme* 2, 91-112.
- Hasse, Raimund/Krücken, Georg (1999): *Neo-Institutionalismus*. Bielefeld: transcript.
- Haubl, Rolf/Liebsch, Katharina (2008): Psychopharmakologisches Enhancement: Der Gebrauch von Ritalin in der Leistungsgesellschaft. *Sozialer Sinn* 9, 173-196.
- Haycox, Alan/Walley, Tom (1999): Clinical guidelines and the hidden costs. *British Medical Journal*. *British Medical Journal* 318, 391-393.
- Heidegger, Martin (2006 [1926]): *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.

- Hell, W. / Fiedler, K. / Gigerenzer, G. (Hrsg.) (1993): Kognitive Täuschungen. Fehl-Leistungen und Mechanismen des Urteilens, Denkens und Erinnerns. Heidelberg Berlin Oxford: Spektrum Akademischer Verlag.
- Hempel, Ulrike (2009): Personalisierte Medizin I: Keine Heilkunst mehr, sondern rationale, molekulare Wissenschaft. Deutsches Ärzteblatt 106, A-2068.
- Henkel, Anna (2010): Strukturwandel der Pharmakon Kommunikation. Dissertation. Witten.
- Herbst, Dieter (2006): Corporate Identity. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Herder-Dorneich, Phillip/Schuller, Alexander (Hrsg.) (1983): Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.
- Hermann, Anja (2005): Das Arrangement der Hoffnung. Kommunikation und Interaktion in einer onkologischen Spezialklinik während der chirurgischen Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hess, Volker (1998): Medical Semiotics in the 18th Century: A theory of practise? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 19, 203-213.
- Himmelstein, David. U./Lewontin, James P./Woolhandler, Steffie (1996): Who administers? Who cares? Medical administrative and clinical employment in the United States and Canada. *American Journal of Public Health* 86, 172-178.
- Hitzler, Ronald (1994): Wissen und Wesen des Experten. S. 13-30 in: R. Hitzler/A. Honer/C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hitzler, Ronald/Hohner, Anne/Maeder, Christoph (Hrsg.) (1994): *Expertenwissen: die insitutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmann, Hermann (1999): Leitlinien in der Medizin (eine vornehme, aber risikobehaftete Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften). *Das Krankenhaus* 90, 585-592.
- Holzer, Boris (2006): *Netzwerke*. Bielefeld: transcript.
- Hovanec, Jan (2009): *Organisation und Profession Medizinische Profession und Medizincontrolling im Krankenhaus*. Manuskript. Bielefeld.
- Hutchins, Edwin (1995): *Cognition in the Wild*. Cambridge: MIT Press.
- Iding, Hermann (2000): *Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus*. Opladen: Leske & Budrich.
- Iding, Hermann (2008): *Beratung im Krankenhaus – Macht meint Strukturen in Organisationen*. S. 87-108 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin – Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: Beck.

- Jachertz, Norbert (2004): 58. Bayerischer Ärztetag: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. *Deutsches Ärzteblatt* 101, A 2787.
- Jäger, Wieland/Schimank, Uwe (Hrsg.) (2005): Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven. »Hagener Studentexte zur Soziologie«. Wiesbaden: VS Verlag.
- Joerges, Bernward (1996): Technik, Körper der Gesellschaft. Arbeiten zur Techniksoziologie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Johnson, Lynn/Neffe, Jürgen (1991): Verbrennungen. Der Fluch der guten Tat. *GEO Wissen* 58-74.
- Kaehr, Rudolf (1993): Disseminatorik: Zur Logik der »Second Order Cybernetics«. Von den »Laws of Form« zur Logik der Reflexionsform. S. 152-196 in: D. Baecker (Hrsg.), *Kalkül der Form*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Karafillidis, Athanasios (2010): Soziale Formen. Fortführung eines Theorieprogramms. Bielefeld: transcript.
- Kaupen-Haas, Heidrun (1996): Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin, Neue bildgebende Verfahren in der Klinik. S. 702-706 in: Karl-Siegbert Reberg (Hrsg.), *Differenz und Integration. Die Zukunft moderner Gesellschaften*. Westdeutscher Verlag: Westdeutscher Verlag.
- Kettner, Matthias (2008): *Wunscherfüllende Medizin*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Kettner, Matthias/Kraska, Mathias (2009): Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien. Ein Ansatz für eine klinisch relevante Modellierung. S. 243-259 in: Jochen Vollmann/Jan Schildmann/Alfred Simon (Hrsg.), *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Frankfurt/Main: Campus.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenz für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kiener, Urs/Schanne, Michael (1999): Wissensinszenierung – Folge und Antrieb der Wissensexplosion. S. 447-458 in: C. Honegger/S. Hradil/F. Traxler (Hrsg.), *Grenzenlose Gesellschaft? Verhandlungen des 29. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, des 16. Kongresses der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, des 11. Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie in Freiburg i.Br. 1998*. Teil 1. Opladen: Leske und Budrich.
- Kieserling, André (1999): *Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kirchner, Viola (1999): *Zur Soziologie der Arzt-Patient-Kommunikation bei der Ultraschalluntersuchung Ein bildgebendes Verfahren als Schnittpunkt zwischen »Wissenschafts« und »Alltagswelt«*. Dissertation vorgelegt dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg. Hamburg.
- Kirsch, I./Sapirstein, G. (1998): Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention and Treatment* (<http://www.journals.apa.org/prevention/>) 1, Article 0002a.

- Kitchener, Martin/Caronna, Carol A./Shortell, Stephen M. (2005): From the doctor's workshop to the iron cage? Evolving modes of physician control in US health systems. *Social Science & Medicine* 60, 1311-1322.
- Klagenfurt, Kurt (2001): Technologische Zivilisation und transklassische Logik. Eine Einführung in die Technikphilosophie Gotthard Günthers. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Klemperer, David (2003): Arzt-Patient-Beziehung. *Deutsches Ärzteblatt* 100, A-753.
- Klitzing-Naujoks, Waltraut von/Klitzing, Kai von (1992): Die Krankenschwester und der sterbende Patient. Prozesse in der Krankenschwester-Patient-Beziehung bei der Pflege schwer- und todkranker Patienten. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37, 48-55.
- Kneer, Georg (2001): Organisation und Gesellschaft. Zum ungeklärten Verhältnis von Organisations- und Funktionssystemen in Luhmanns Theorie sozialer Systeme. *Zeitschrift für Soziologie* 30, 407-428.
- Kneer, Georg/Nassehi, Armin (1991): Verstehen des Verstehens. Eine systemtheoretische Revision der Hermeneutik. *Zeitschrift für Soziologie* 20, 341-356.
- Knop, Julia (2009): Von der Sinnkrise zum Zeugnis. Krankheit und Krankheitsdeutung aus dogmatischer Perspektive. S. 408-420 in: Günther Thomas/Isolde Karle (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Knorr-Cetina, Karin (1991): Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Knudsen, Morten (2006): Autolysis Within Organizations: A Case Study. *Soziale Systeme* 12, 79-99.
- Knudsen, Morten (2010): Forms of Inattentiveness. The Production of Intransparency and Blindness in the Development of a Technology for the Observation of Quality in the Health Services. (Submitted) *Organization Studies*
- Kollek, Regine (2009): Diskussion um Individualmedizin ist noch viel zu euphorisch. Für die Ärzte wird es noch schwieriger werden, genau zu entscheiden, für welchen Patienten welche Therapie die beste ist. *Deutsches Ärzteblatt* 106, 1737.
- Krämer, Sybille (1988): *Symbolische Maschinen. Die Idee der Formalisierung im geschichtlichen Abriß*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kroneman, Madelon/Siegers, Jacques J. (2004): The effect of hospital bed reduction on the use of beds: A comparative study of 10 European countries. *Social Science & Medicine* 59, 1731-1740.
- Krüger-Brand, Heike E. (2009): Personalisierte Medizin II: Die Komplexität ist ohne IT nicht beherrschbar. *Deutsches Ärzteblatt* 106, A-2072.
- Kubisch, Sonja (2008): *Habituelle Konstruktion sozialer Differenz: Eine rekonstruktive Studie am Beispiel von Organisationen der freien Wohlfahrtspflege*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Kühl, Stefan (1994): Wenn die Affen den Zoo regieren. Die Tücken der flachen Hierarchien. Frankfurt/Main: Campus.
- Kurtz, Thomas (2000): Moderne Professionen und Gesellschaftliche Kommunikation. Soziale Systeme 6, 169-194.
- Kurunmaki, Liisa (1999): Professionals vs. financial capital in the field of health care struggles for the redistribution of power and control. Accounting Organizations and Society 24, 95-124.
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (2001): Krankenhaus Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Frankfurt/Main: Campus.
- Lachmund, Jens (1997): Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Langer, M. (1999): Ultraschall als Kommunikationsmedium. Ultraschall 10, 7-9.
- Latour, Bruno (1988): The Pasteurization of France. Cambridge Harvard University Press.
- Latour, Bruno (2000): Die Hoffnung der Pandora. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Latour, Bruno (2002): Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Frankfurt/Main: Fischer.
- Latour, Bruno (2007): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Latour, Bruno/Woolgar, Steve (1986): Laboratory life. The construction of scientific facts. Princeton - New Jersey: Princeton University Press.
- Lau, Felix (2005): Die Form der Paradoxie. Eine Einführung in die Mathematik und Philosophie der »Laws of the Form« von Spencer Brown. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Lauterbach, Karl W. (1998): Chancen und Grenzen von Leitlinien in der Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 92, 99-105.
- Lavoie, Don (1987): The Accounting of Interpretations and the Interpretation of Accounts: The Communicative Function of »the Language of Business.« Accounting, Organizations and Society 12, 579-604.
- Lieckweg, Tania (2001): Strukturelle Koppelung von Funktionssystemen »über« Organisation. Soziale Systeme 7, 267-289.
- Linde, Klaus/Clausius, Nicola/Ramirez, Gilbert/Melchart, Dieter/Eitel, Florian/Hedges, Larry V./Wayne, Jonas B. (1997): Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 350, 834-843.
- Lindeman, S./Laara, E./Vuori, E./Lönnqvist, J. (1997): Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospitals and contributory causes of death. Acta Psychiatrica Scandinavica 96, 68-71.
- Lindemann, Gesa (1993): Das Paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Frankfurt/Main: Fischer

- Lindemann, Gesa (2001): Der lebendige Körper - ein ou-topisches Objekt der szientifischen Wißbegierde. Berlin.
- Lindemann, Gesa (2002): Die Grenzen des Sozialen: zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Fink.
- Linczak, Gerald/Tempka, Almut/Haas, Norbert (2003): Verwaltungsaufwand: Entlastung der knappen Ressource Arzt. Deutsches Ärzteblatt 100, A 2563-2566.
- Lorenz, Wilfried (1998): Klinimetrie (klinische Studien) - Bilanz. Chirurg 69,
- Lowe, Alan (2001): Casemix accounting systems and medical coding – Organisational actors balanced on »leaky black boxes«. Journal of Organizational Change Management 14, 79-100.
- Lüders, Christian (2000): Herausforderungen qualitativer Forschung. S. 632-642 in: U. Flick/E. v. Kardoff/I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt.
- Luhmann, Niklas (1969): Legitimation durch Verfahren. Neuwied: Luchterhand.
- Luhmann, Niklas (1970a): Funktion und Kausalität. S. 11-38 in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1970b): Funktionale Analyse und Systemtheorie. S. 39-67 in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. S. 28-49 in: Phillip Herder-Dorneich/Alexander Schuller (Hrsg.), Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.
- Luhmann, Niklas (1983b): Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin Mensch Gesellschaft 8, 168-175.
- Luhmann, Niklas (1986): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. S. 183-195 in: N. Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1991): Soziologie des Risikos. Berlin: Walter de Gruyter.
- Luhmann, Niklas (1993): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1995): Das Recht der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1996): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Kontrolle der Intransparenz. S. 51-76 in: Heinrich W. Ahlemeier/Roswita Königswieser (Hrsg.), Komplexität managen: Strategien, Konzepte und Fallbeispiele. Wiesbaden: Gabler.

- Luhmann, Niklas (1998a): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1998b): Die Kunst der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1998c): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1999): Ausdifferenzierung des Rechts. Beiträge zur Rechtssoziologie und Rechtstheorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1999 [1964]): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin: Duncker & Humblot.
- Luhmann, Niklas (2000a): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000b): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000c): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (2000d): Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Luhmann, Niklas (2002): Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Maasen, Sabine/Kaiser, Mario (2007): Vertrauen ist gut. Verantwortung ist besser. Die Herstellung von Verantwortlichkeit in der partizipativen Technikfolgeabschätzung. S. 71-87 in: Christoph Rehmann-Sutter/Jacky Leach Scully/Rouven Porz/Markus Zimmermann-Aklin (Hrsg.), Gekauftes Wissen – Zur Rolle der Bioethik in Institutionen. Paderborn: mentis.
- Maasen, Sabine/Weingart, Peter (2005): What's New in Scientific Advice to Politics? S. 1-19 in: Sabine Maasen/Peter Weingart (Hrsg.), Democratization of Expertise? Exploring Novel Forms of Scientific Advice in Political Decision-Making. Dordrecht: Springer.
- Macintyre, Sally/Chalmers, Iain/Horton, Richard/Smith, Richard (2001): Using evidence to inform health policy: case study. *British Medical Journal* 322, 222-225.
- March, James G./Olsen, Johann P. (1994): Ambiguity and Choice in Organizations. Oslo:
- Margalith, Ilana/Shapiro, Amos (1997): Anxiety and patient participation in clinical decision-making: the case of patients with ureteral calculi. *Social Science and Medicine* 45, 419-427.
- Marx, Karl (1968 [1867]): Das Kapital. Berlin: MEW Band 23.
- Mata, J./Dieckmann, A./Gigerenzer, G. (2005): Verständliche Risikokommunikation, leicht gemacht - Oder: Wie man verwirrende Wahrscheinlichkeiten vermeidet. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81, 537-541.
- Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. S. 117-180 in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/Main: Campus.

- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (2005): Politische Steuerung Heute. Köln.
- McLuhan, Marshall (2001): Understanding Media. London New York: Routledge.
- McLuhan, Marshall/Fiore, Quentin (2001): The Medium is the Massage. An Inventory of Effects. Corte Madera (CA): Gingko Press.
- Mehrez, Abraham/Gafni, Amiram (1993): Healthy-years equivalents versus quality-adjusted life years: in pursuit of progress. *Medical Decision Making* 13, 287-292.
- Meja, Volker/Stehr, Nico (1982): Der Streit um die Wissenssoziologie. Die Entwicklung der deutschen Wissenssoziologie. Erster und zweiter Band. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mensching, Anja (2005): Innenansichten der niedersächsischen Polizei. Gelebte Hierarchien aus organisationskultureller Perspektive .
- Merkel, Reinhard/Boer, Gerard/Fegert, Jörg/Galert, Thorsten/Hartmann, Dirk/Nuttin, Bart/Rosahl, Steffen (2007): Interventing in the Brain. Changing Psyche and Society. Berlin: Springer.
- Merton, Robert K. (1968 [1948]): On Sociological Theories of the Middle Range. S. 39-72 in: R. K. Merton (Hrsg.), *Social Theorie and Social Structure*. New York: The Free Press.
- Merton, Robert K./Reader, George C./Kendall, Patricia L. (1969): *The Student Physician*. Intruductory Studies in the Soziology of Medical Education. Cambridge, Massachusetts.
- Meyer, John W. (2005): Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Meyer, John W./Rowan, Brian (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83, 233-263.
- Meyer, Marshall W. (1989): *Permanently Failing Organizations*. Newbury Park/CA: Sage.
- Millerson, Geoffrey (1964): *The Qualifying Associations: A Study in Professionalization*. London: Routledge.
- Moerman, Daniel E. (1979): Anthropology of Symbolic Healing. *Current Anthropology* 20, 59-66.
- Möller, Caren (2005): *Medizinalpolizei: Die Theorie des staatlichen Gesundheitswesens im 18. und 19. Jahrhundert*. Zugleich: Dissertation Universität Bayreuth 2004. Frankfurt/Main: Vittorio Klostermann.
- Montgomery, Kathleen (1990): A Prospective Look at the Speciality of Medical Management. *Work and Occupations* 17, 178-198.
- Mühlhäuser, Ingrid/Steckelberg, Anke (2005): Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammografie- und Darmkrebs-Screening. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81, 523-527.
- Nassehi, Armin (2006): *Der Soziologische Diskurs der Moderne*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Nassehi, Armin (2008): Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten einer Gesellschaft der Gegenwart. S. 379-397 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierter Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Nassehi, Armin (2009): Ist Ihre Universität schon gut aufgestellt? FAZ.
- Nollmann, Gerd/Nassehi, Armin (Hrsg.) (2004): Bourdieu und Luhmann. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag.
- Observatory, European (2000): *European Observatory on Health Care Systems*. Deutschland. Copenhagen: WHO, Regionalbüro Europa.
- Oevermann, Ulrich (1990): *Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung*. Frankfurt/Main.
- Oevermann, Ulrich (1995): Ein Modell der Struktur von Religiosität. Zugleich ein Modell der Struktur von Lebenspraxis und von sozialer Zeit. S. 27-102 in: M. Wohlrab-Sahr (Hrsg.), *Biographie und Religion. Zwischen Ritual und Selbstsuche*. Frankfurt/Main: Campus.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. S. 70-182 in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Oevermann, Ulrich (2000): Mediziner in SS-Uniformen: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch. S. 18-76 in: H. Kramer (Hrsg.), *Die Gegenwart der NS-Vergangenheit*. Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft.
- Olins, Wally (1990): *Corporate Identity*. Frankfurt New York: Campus.
- Ong, L. M./Haes, J. C. J. M. de/Hoos, A. M./Lammes, F. B. (1995): Doctor-patient communication: A review of literature. *Social Science & Medicine* 40, 903-918.
- Oppitz, Michael (1981): *Schamanen im Blinden Land. Ein Bilderbuch aus dem Himalaya*. Frankfurt/Main: Syndikat.
- Ort, Nina (2007): *Reflexionslogische Semiotik. Zu einer nicht-klassischen und reflexionslogisch erweiterten Semiotik im Ausgang von Gotthard Günther und Charles S. Peirce*. Göttingen: Velbrück.
- Ortmann, Günther (2003): *Organisation und Welterschließung. Dekonstruktionen*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, Günther (2004): *Als Ob. Fiktionen und Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (2000): Organisation als reflexive Strukturierung. S. 315-354 in: Günther Ortmann/Jörg Sydow/Jörg Türk (Hrsg.), *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, Günther/Windeler, Arnold/Becker, Albrecht/Schulz, Hans-Joachim (1990): *Computer und Macht in Organisationen. Mikropolitische Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Oxman, A. D./Sackett, D. L./Guyatt, G.H. (1993): Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *Journal of American Medical Association* 270, 2093-2095.
- Parsons, Talcott (1951): *The Social System*. London: Routledge and Kegan.
- Parsons, Talcott (1958a): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Probleme der Medizinsoziologie, Sonderheft 3*, 10-57.
- Parsons, Talcott (1958b): The Professions and Social Structure. S. 39-49 in: Talcott Parsons (Hrsg.), *Essays in Sociological Theory*. Glencoe: Free Press.
- Parsons, Talcott (1968): Professions. S. 536-547 in: (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social Science*.
- Pauker, Stephen G./Pauker, Susan P. (1998): Expected-utility perspectives on defensive testing. Torts, tradeoffs, and thresholds - is defensive medicine defensible? *Medical Decision Making* 18, 29-31.
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems. *Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption. Soziale Systeme* 13, 290-303.
- Pelikan, Jürgen M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der »Gesellschaftsgesellschaft«. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*. 34, 28-47.
- Peters, Thomas Alexander (2002): Defensivmedizin durch Boom der Arztstrafverfahren? *Medizinrecht* 20, 227-231.
- Pfadenhauer, Michaela (2004): Professionelle Organisation als Lernkulturen am Beispiel ärztlicher Fortbildung. S. 255-297 in: (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung 2004. Lernförderliche Strukturbedingungen*. Münster: Waxman.
- Popper, Karl R. (1972): Die Logik der Sozialwissenschaften. S. 103-124 in: Theodor Willhelm Adorno (Hrsg.), *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. Darmstadt: Luchterhand.
- Popper, Karl R. (2007): *Logik der Forschung*. Tübingen: Akademie Verlag.
- Porter, E. Michael/Teisberg, Elizabeth Olmstedt (2006): *Redefining Health Care*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Porter, E. Michael/Teisberg, Elizabeth Olmstedt (2007): How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA* 297, 1103-1111.
- Porzolt, Franz (1996): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 138, 608-611.
- Porzolt, Franz (1998): Wann nutzen Leitlinien dem Arzt, dem Patienten, dem System? S. 579-584 in: Klaus Merke (Hrsg.), *Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung*. Berlin: Quintessenz-Verlag.
- Powell, Walter W. (1990): Neither Market nor Hierarchy. Network Forms of Organization. *Research in Organizational Behavior* 12, 295-336.

- Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.) (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Power, Michael (1997): *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Preston, Alistair M./Chua, Wai Fong/Neu, Dean (1997): The diagnosis-related group-prospective payment system and the problem of the government of rationing health care to the elderly. *Accounting, Organizations and Society* 22, 147-164.
- Preston, Alistair M. (1992): The Birth of Clinical Accounting: A Study of the Emergence and Transformations on Costs and Practises of Accounting in U.S. Hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 17, 63-100.
- Putnam, Hilary (1991): Realismus. S. 65-86 in: H. J. Sandkühler/D. Pätzold (Hrsg.), *Die Wirklichkeit der Wissenschaft: Probleme des Realismus*. Hamburg: Meiner.
- Racine, Eric/Bar-Ilan, Ofek/Illes, Judy (2006): Brain imaging – A decade of coverage in the print media. *Science Communication* 28, 122-143.
- Raspe, Heiner (1996): Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 90, 553-562.
- Raspe, Heiner/Stange, Eduard F. (1998): Evidence Based Medicine: Kontext und Relevanz »Evidenz-gestützter Medizin«.
- Rau, Ferdinand/Roeder, Norbert/Hensen, Peter (Hrsg.) (2009): *Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rheinberger, Hans-Jörg (2006): *Experimentalsysteme und epistemische Dinge*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Richter, Holger (2008): Stationäre Verorgung – Das Krankenhaus in der Postmoderne. *Deutsches Ärzteblatt* 105, A 1329-1333.
- Roberto, Vito (2003): Haftpflichtrisiken bei Geschäftsbeziehungen zu den USA. S. 141-158 in: Alfred Koller (Hrsg.), *Haftpflicht und Versicherungsrechtstagung 2003: Tagungsbeiträge*. St. Gallen: Verlag Institut für Haftpflicht- und Versicherungsrecht.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Rorty, Richard (1987 [1979]): *Der Spiegel der Natur. Eine Kritik der Philosophie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Rose, Nikolas (2003): *Neurochemical Selves*. *Society* 41, 46-59.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.
- Rosenbrock, Rolf/Kümpers, Susanne (2006): Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden - Gesundheit fördern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft* 46. *Soziologie der Gesundheit*, 243-269.
- Rosenbrock, Rolf/Michel, Claus (2007): *Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Rüegg-Stürm, Johannes (2007): Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 50, A 3464-3467.
- Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. Soziale Welt 54, 429-446.
- Saake, Irmhild (2008): Moderne Todessemantiken. Symmetrische und asymmetrische Konstellationen. S. 237-265 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sackett, David L./Rosenberg, William M. C./Richardson, Scott R./Haynes, R. Brian (1999): Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung. München Bern Wien: Zuckerschwerdt.
- Sackett, David L./Rosenberg, William M.C./Gray, J.A.M./Haynes, R. Brian/Richardson, W. Scott (1997): Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchner Medizinische Wochenschrift 139, 644-645.
- Samuel, Sajay/Dirsmith, Mark W./McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal. Accounting Organizations and Society 30, 249-278.
- Sánchez García, Margarita (1999): Misteltherapie als symbolische Heilung. Eine semiotische Analyse am Beispiel der Krebstherapie in der anthroposophischen Medizin. Norderstedt: Libri Books on Demand.
- Sánchez García, Margarita (2002): Semiotische Rekonstruktion der anthroposophischen Medizin. Misteltherapie als symbolische Heilung. Europäische Zeitschrift für Semiotische Studien. 14, 663-702.
- Sassen, Saskia (2008): Das Paradox des Nationalen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Sauerland, Dirk (2002): Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schimank, Uwe (2000): Zur Verknüpfung von Gesellschafts- und Organisationstheorie. S. 312-314 in: G. Ortman/Sydow, J./K. Türk (Hrsg.), Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schmidt, Bettina (2007): Eigenverantwortung haben immer die anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber Verlag.
- Schneiderman, Lawrence J./Jecker, Nancy S. (1995): Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Schönwälder, Tatjana/Wille, Katrin/Hölscher, Thomas (2004): George Spencer Brown: eine Einführung in die »Laws of form« Wiesbaden: VS Verlag.
- Schrappe, Matthias (2007): Medizinische Zentren – Systematik und Nutzen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101, 141-146.
- Schubert, Cornelius (2006): Die Praxis der Apparatedizin. Ärzte und Technik im Operationssaal. Frankfurt/Main: Campus.

- Schubert, Cornelius (2008): (Un-)Sicherheiten der organisierten Apparate-
medizin. S. 139-159 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne
Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*.
Wiesbaden: VS Verlag.
- Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2008): Die Organisationsform der
Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetz-
ten Behandlungstrajektorie. S. 25-49 in: Volker E. Amelung/Jörg Sydow/
Arnold Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbe-
werb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuck, Peter/Müller, Horst/Resch/Karl-Ludwig (2001): Wirksamkeits-
prüfung: »Doppelblindstudien« und komplexe Therapien. *Deutsches
Ärzteblatt* 9, A 1942-1944.
- Schulte-Sasse, Uwe (2009): Fehler durch Kostendruck – Keine rechtlichen
Konsequenzen bei »Managerpfusch«. *Deutsches Ärzteblatt* 106, C1727-
1728.
- Schüppel, R. (1996): Die Relativität von Zielvorgaben als Chance zur Be-
wältigung komplexer Entscheidungsprozesse in der Medizin. *Das Ge-
sundheitswesen* 58, 423-431.
- Schütz, Alfred (1981): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einlei-
tung in der verstehende Soziologie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Schwaiger, Hannelore/Bollinger, Heinrich (1981): Der Anatomiekurs – Aus
dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums. S. 16-49 in: Heinrich
Bollinger/Gudrun Brockhaus/Joachim Hohl/Hannelore Schwaiger
(Hrsg.), *Medizinerwelten – Die Deformation des Arztes als berufliche
Qualifikation*. München: Zeitzeichen Verlag.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Sachliche Unabhängigkeit versus Po-
litiknähe. Bemerkungen zur politischen Funktion unabhängiger wissen-
schaftlicher Beratung. *forum für gesundheitspolitik* Januar/Februar, 6-9.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Albrecht, Harra (Interviewer) (2002): Das ist
der Tod der wissenschaftlichen Beratung.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Leidl, Rainer/Raspe, Hei-
ner (1998): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswe-
sen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Scriba, Peter C. (2006): Versorgungsfor-
schung und ihre gesundheitspolitische Bedeutung. S. 469-478 in: Rebs-
cher H. (Hg.) (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im
Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Heidelberg:
Economia.
- Scott, W. Richard/Ruef, Martin/Mendel, Peter J./Caronna, Carol R. (2000):
*Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional
Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago
Press.
- Senge, Peter (1990): *The Fifth Disziplin*. New York: Doubleday.
- Serres, Michel (1987): *Der Parasit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Sibbel, Rainer (2004): Produktion integrativer Dienstleistungen. Kapazitätsplanung und Organisationsgestaltung am Beispiel von Krankenhäusern. Wiesbaden: DVU.
- Sich, Dorothea/Diesfeld, Hans Jochen/Deigner, Angelika/Habermann, Monika (Hrsg.) (1993): Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in kulturvergleichender medizinischer Anthropologie. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Siering, U./Bergner, E./Staender, J. (2001): Richten sich Ärzte nach Leitlinien? - Eine Analyse der Auswirkungen der »Richtlinien der interventionellen Koronartherapie« auf den Behandlungsalltag.
- Simmel, George (1992): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Gesamtausgabe. Band 11. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Simon, Fritz B. (2007): Paradoxienmanagement oder: Genie und Wahnsinn von Organisationen. *Revue für postheroisches Management* 1, 68-87.
- Simon, Herbert (1991): Bounded Rationality and Organizational Learning. *Organization Science* 1, 125-134.
- Skrabaneck, Peter/McCormick, James (1992): Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin. Mainz: Kirchheim + Co.
- Sloterdijk, Peter (1983): Kritik der zynischen Vernunft. Band 1 & 2. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Smith, Richard (2000): The failings of NICE. *BMJ* 321, 1363-1364.
- Spencer-Brown, George (1972): *Laws of form*. New York: Julian.
- Star, Susan L./Griesemer, James R. (1989): Institutional Ecology, »Translations« and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology. *Social Studies of Science* 19, 387-420.
- Starr, Paul (1982): *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Stehr, Nico (2007): Die Moralisierung der Märkte. Eine Gesellschaftstheorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Stein, Rosemarie (2009): Reform des Medizinstiums in Berlin – eine unendliche Geschichte. *Berliner Ärzte* 11, 14-20.
- Stichweh, Rudolf (1987): Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. S. 210-275 in: Klaus Harney (Hrsg.), *Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 49-69 in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Stichweh, Rudolf (2000): Die Weltgesellschaft. Soziologische Analysen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Stichweh, Rudolf (2008): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 329-344 in: (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Stollberg, Gunnar (1999): Patienten und Homöopathie – ein Überblick über die soziologische Literatur. *Medizin, Gesellschaft Geschichte* 18, 103-118.
- Stollberg, Gunnar (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Stollberg, Gunnar (2008): Kunden der Medizin. Der Mythos vom mündigen Patienten. S. 345-362 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Strauss, Anselm L. (1998): *Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strauss, Anselm L./Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1997): *Social Organisation of Medical Work*. New Brunswick London: Transaction Publishers.
- Strauss, Anselm/Schatzman, Leonard/Ehrlich, Danuta/Bucher, Rue/Sabshin, Melvin (1963): The hospital and its negotiated Order. S. 147-169 in: Eliot Freidson (Hrsg.), *The hospital in modern society*. London: Free Press.
- Strong, Philip M. (2001): The ceremonial order of the clinic. Parents, doctors and medical bureaucracies. Aldershot Burlington Singapore: Ashgate.
- Strull, William M./Lo, Bernhard/Gerald, Charles (1984): Do patients want to participate in medical decision making? *Journal of American Medical Association (JAMA)* 252, 2990-2994.
- Süß, Sonja (1999): *Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in DDR*. Berlin: Links.
- Taylor, Morag A./Reilly, David/Llewellyn-Jones, Robert H./McSharry, Charles/Aitchison, Tom C. (2000): Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *British Medical Journal* 321, 471-476.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): »Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!« – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. S. 95-111 in: Jutta Begenau/Cornelius Schubert/Werner Vogd (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thom, René (1989): *Structural Stability and Morphogenesis: An Outline of a General Theory of Models*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Thomas, Günther/Karle, Isolde (Hrsg.) (2009): *Krankheitsdeutungen in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thygesen, Niels Thyge (2010): Steering Technologies as Observation. *Cybernetics and Human Knowing* 14, 151-172.
- Thygesen, Niels Thyge/Åkerstrøm, Nils (2007): The Polyphic Effects of Technological Change in Public Sector Organizations: A System Theoretical Approach. *ephemera - theory & politics in organization* 7, 326-345.

- Timmermans, Stefan/Berg, Marc (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Toffler, Alvin (1990): *Machtbeben. Wissen, Wohlstand und Macht im 21. Jahrhundert*. Düsseldorf Wien New York: Econ.
- Trojan, Alf (Hg.) (1992): *Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Abgabe an den Mustermenschen*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Trojan, Alf/Legewie, Heiner (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt/Main: VAS.
- Troschke, Jürgen v. (2001): *Die Kunst ein guter Arzt zu werden: Anregungen zum Nach- und Weiterdenken*. Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang (1998): *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Ulsenheimer, Klaus (1998): »Leitlinien, Richtlinien, Standards« – Risiko oder Chance für Arzt und Patient? *Bayerisches Ärzteblatt* 53, 51-56.
- Urban, Hans-Jürgen (2001): »Denn im Dunkeln sieht man nicht ...«. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. S. 45-71 in: (Hrsg.), *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument.
- Varela, Francisco J. (2001): *Intimate Distances: Fragments for a Phenomenology of Organ Transplantation*. *Journal of Consciousness Studies* 8, 259-271.
- Vergese, Abraham (2008): *Culture Shock – Patient as Icon, Icon as Patient*. *New England Journal of Medicine* 359, 2748-2751.
- Verhaak, C. M./Kraaiaam, F. W./Staps, A. C. J./Daal, W. A. J. van (2000): *Informed consent in palliative radiotherapy: participation of patients and proxies in treatment decisions*. *Patient Education and Counseling* 41, 63-71.
- Vickers, A.J., Smith C. (2001): *Homoeopathic Oscillococcinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes*. Oxford.
- Vogd, Werner (1996): *Radikaler Konstruktivismus und Theravada-Buddhismus: Ein systematischer Vergleich in Erkenntnistheorie und Ethik*. Ulm: Ulmer Kulturanthropologische Schriften.
- Vogd, Werner (2002a): *Die Bedeutung von »Rahmen« (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, »was der Fall ist« im gewöhnlichen Krankenhausalltag*. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2002, 321-346.
- Vogd, Werner (2002b): *Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive*. *Zeitschrift für Soziologie* 31, 294-315.

- Vogd, Werner (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. *Zeitschrift für Soziologie* 33, 26-47.
- Vogd, Werner (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitative rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.
- Vogd, Werner (2004c): Entscheidung und Karriere – organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. *Soziale Welt* 55, 283-300.
- Vogd, Werner (2005a): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Vogd, Werner (2005b): Teilnehmende Beobachtung. S. 89-109 in: Sven-Uwe Schmitz/Klaus Schubert (Hrsg.), Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Huber Verlag: Bern.
- Vogd, Werner (2007): Das soziale Gedächtnis. S. 456-462 in: Rainer Schützeichel (Hrsg.), Handbuch der Wissenssoziologie und sozialwissenschaftliche Wissensforschung. Konstanz: UVK.
- Vogd, Werner (2008a): Ästhetik der modernen Medizin – Arrangements organisierter Krankenbehandlung. S. 249-270 in: Dirk Baecker/Matthias Kettner/Dirk Rustemeyer (Hrsg.), Zwischen Identität und Kontingenz – Theorie und Praxis der Kulturreflexion. Bielefeld: transcript.
- Vogd, Werner (2008b): Paradoxien einer chirurgischen Abteilung, deren leitenden Akteure zugleich entscheiden und funktionieren sollen. S. 109-136 in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Vogd, Werner (2009a): Rahmungen – Sterben im Modus des »als ob«. S. 129-142 in: Jutta Begenau/Cornelius Schubert/Werner Vogd (Hrsg.), Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vogd, Werner (2009b): Systemtheorie und Methode? Zum komplexen Verhältnis von Theoriearbeit und Empirie in der Organisationsforschung. *Soziale Systeme* 15, 97-136.
- Vogd, Werner (2010): Gehirn und Gesellschaft. Weilerswist: Velbrück.
- Vollmann, J./Winau, R. (1996): History of informed medical consent. *Lancet* 347, 410.
- Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die »epistemologische Krise« der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. *Soziale Welt* 46, 266-281.
- Wallenczus, Karin (1998): Praxisfeld Krankenhaus: Analyse einer Feldstudie anhand Bourdieuscher Reflexionen. Hamburg: Kovac.

- Weick, Karl E. (1995): *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Weick, Karl E. (1998): *Der Prozeß des Organisierens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Weingart, Peter (2001): *Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft*. Weilerswist: Velbrück.
- Weinstein, Milton C./Fineberg, Harvey V. (1980): *Clinical decision analysis*. Philadelphia: Saunders.
- Wettreck, Rainer (1999): »Arzt sein – Mensch bleiben«. Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster: LIT Verlag.
- Wetzel, Ralf/Aderhold, Jens/Rückert-John, Jana (2009): »The pressure of change« – Zum problematischen Verhältnis von Veränderung und Organisation. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- White, Harrison C. (1992): *Identity and control. A structural theory of social action*. Prinjeton NJ: Princeton University Press.
- White, Harrison C./Fuhse, Jan A./Thiemann, Matthias/Buchholz, Larissa (2007): *Networks and Meaning: Styles and Switching*. Soziale Systeme 13, 543-569.
- Willke, Helmut (1992): *Ironie des Staates*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Willke, Helmut (1997): *Supervision des Staates*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Windeler, Arnold (2001): *Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung*. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Winkler, Reimar (2006): *Über die Relevanz systemtheoretischer Annahmen zur politischen Steuerung. Eine Untersuchung mit empirischem Abgleich des Modells des »gemeinsamen Bundesausschusses« und der Aufsichtsführung durch das »Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung«*. Diplomarbeit: Universität Tübingen.
- Wittgenstein, Ludwig (1989): *Vortrag über Ethik und andere kleine Schriften*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Woolhandler, Steffie/Campbell, Terry/Himmelstein, David. U. (2003): *Costs of health care administration in United States and Canada*. The New England Journal of Medicine 349, 768-775.
- Wulf, Christoph (2005): *Zur Genese des Sozialen: Mimesis, Performativität, Ritual*. Bielefeld: transcript.
- Writing Group für the Women's Health Initiative (2002): *Risks and Benefits of Estrogen Plus Progesterin in Healthy Postmenopausal Woman*. JAMA 288, 321-333.
- Zuboff, Shoshana (1988): *In the Age of the Smart Machines: The Future of Work and Power*. New York: Basic Books.

Kapitel VII

Vogd, Werner (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie: die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*. 31 (4), Seite 294-315.

Kapitel VIII

Vogd, Werner (2007): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. *Berliner Journal für Soziologie*. 17 (1), Seite 97-119.

PERSONENREGISTER

- Abbott, A. 54, 280
Abernathy, C.M. 84
Aden, A. 252
Åkerström, N. 11, 178, 262
Allert, G. 267
Amelung, V.E. 52, 183
Antonovsky, A. 24
Arnold, J. 129
Arnold, M.M. 86
Asch, D.A. 124, 303
Ashby, W.R. 190
Asmund, A.W. 262
Atkinson, P. 90, 188, 197, 224,
230, 231, 279, 296
Ausfeld-Hafter, B. 84, 242
Aust, B. 84
Austin, J.L. 216
Axon, A.T.R. 299
- Badura, B. 25, 75, 114, 188, 227
Baecker, D. 11, 43, 49, 50, 53,
54ff., 65ff., 93, 147, 148, 152,
153, 161, 170ff., 179, 184, 186,
193, 203, 206, 238, 256, 259,
346
Balint, M. 61, 228
Barham, L. 344
Bateson, G. 169, 316
Bauch, J. 73
Becker, H.S. 87
Beck, R. 126
Beck, U. 242
Begenau, J. 229
Behrens, J. 78
Belliger, A. 53, 184
Berchtold, P. 177
Berg, M. 10, 13, 23, 60, 62, 63,
127, 197, 205, 214, 252, 254,
279, 296, 303, 332
Billing, A. 345
- Birkigt, K. 150
Bismarck, O.v. 235
Blanchard, C.G. 140
Bock, K.D. 291, 292
Bodenheimer, T. 164, 266, 344
Bohnsack, R. 34, 36, 46, 321f.
Boland, R.J. 161
Bollinger, H. 91, 214
Bourdieu, P. 22, 34, 53, 65, 141,
183, 295
Braddock, C.H. 126
Braithwaite, J. 170
Bramley-Harker, E. 344
Brandom, R. 34, 42, 151, 276
Braun v. Reinersdorff, A. 27, 173
Bröckling, U. 28, 121
Brose, H.-G. 140
Brosziewski, A. 161, 164
Brunsson, N. 149, 169
Burri, R.V. 199, 223
Butzlaff, M. 84
- Callon, M. 34, 42, 114, 195, 211
Carr-Saunders, A. 21
Castells, M. 187
Charles, C. 140
Choudhry, N.K. 298
Cicourel, A.V. 188, 197, 224, 230
Clade, H. 90
Cochrane Collaboration 13, 83
Cochrane Review 293
Cohen, M. 186
Coy, W. 224, 253
- Davis, D. 84
Dawson, J.H. 12
Deber, R.B. 140
DeKay, M.L. 124, 303
Dieckmann, A. 243

- Diesfeld, H.J. 15, 271
 DiMaggio, P.J. 42, 148, 320
 Domenighetti, G. 214
 Doolin, B. 320
 Dörner, K. 22, 141, 311, 312
 Dow, J. 12, 45, 67, 310
 Dreßke, S. 136

 Eckart, W.U. 45
 Elkeles, T. 24
 Engelmann, P. 267
 Engels, F. 18, 20
 Esfeld, M. 34
 Esposito, E. 243
 Evidence-Based Medicine Working
 Group 281

 Feldmann, K. 135
 Fetter, R.B. 95
 Feuerstein, G. 25, 114, 140, 188,
 244, 293
 Fiedler, K. 214
 Fineberg, H.V. 242
 Fiore, Q. 198
 Fischer, A. 112, 117
 Fischer, F. 113
 Fisher, E.S. 46, 60, 222, 245
 Fleischhauer, K. 106
 Flintrop, J. 90, 126, 130
 Foerster, H.v. 60, 148, 186
 Foucault, M. 19f., 21, 137
 Fox, R. 47, 90, 91, 231, 257, 343
 Francke, R. 124
 Freidson, E. 23, 33, 58, 62, 188,
 219, 230, 317, 343
 Fuchs, P. 38, 109, 138, 178, 249
 Fuchs, T. 78
 Fujimura, M. 210
 Füllsack, M. 48
 Fulop, N. 164
 Fürstenberg, T. 109

 Gadamer, H.-G. 49, 59, 73, 222
 Gafni, A. 293
 Garfinkel, H. 49, 161

 Geertz, C. 196
 Gehlen, A. 30
 Geraedts, M. 84
 Gerlach, F.M. 84, 295, 296
 Geyer, C. 277
 Gibis, B. 294
 Gigerenzer, G. 214, 243
 Göckenjan, G. 18
 Goebel, J. 245
 Goffman, E. 64, 78, 306, 316, 343
 Goodman, N. 82
 Gooris, P.J. 84
 Greenfield, D. 169, 170
 Griesemer, J.R. 210
 Grilli, R. 84
 Gronemeyer, R. 79
 Gross, R. 84, 242
 Gruber, H. 225
 Guadagnoli, E. 140
 Günther, G. 36, 68, 71, 215
 Guyatt, G.H. 281

 Habermas, J. 34
 Habersam, M. 180
 Hafferty, F.W. 22, 25, 114, 257,
 297f., 343
 Hagner, M. 253
 Hamm, R.M. 84
 Hart, D. 127, 286, 287, 288
 Hasenbein, U. 46, 88
 Hasse, R. 42, 53, 63
 Haubl, R. 247
 Haycox, A. 298, 299
 Heidegger, M. 198
 Hell, W. 214
 Hempel, U. 76
 Henkel, A. 48, 100, 103
 Hensen, P. 206
 Herbst, D. 150
 Herder-Dorneich, P. 26
 Hermann, A. 61, 134
 Herrmann, F. 190, 306
 Hess, V. 59
 Himmelstein, D.U. 208
 Hitzler, R. 217, 280, 308

- Hoffmann, H. 127, 286, 287
 Holzer, B. 184
 Hovanek, J. 163
 Hutchins, E. 65
 Iding, H. 169, 178, 296, 309
 Illich, I. 23, 24, 45, 60, 244
- Jachertz, N. 335
 Jäger, W. 185
 Jecke, N.S. 61
 Joerges, B. 211
 Johnson, L. 268
- Kächele, H. 267
 Kaehr, R. 71
 Kaiser, M. 118
 Karafillidis, A. 45
 Karle, I. 132
 Kaupen-Haas, H. 252
 Kettner, M. 138, 141, 218, 248
 Kickbusch, I. 27, 73, 138
 Kiener, U. 280, 308, 310
 Kieserling, A. 158, 249
 Kirchner, V. 252
 Kirsch, I. 247, 293
 Kitchener, M. 320
 Klagenfurt, K. 71
 Klemperer, D. 138
 Klitzing-Naujoks, W. 79
 Kneer, G. 39, 144
 Knop, J. 131
 Knorr-Cetina, K. 83, 279
 Knudsen, M. 152, 166, 168, 169
 Kollek, R. 76
 Korzilius, H. 126, 130
 Krämer, S. 210
 Kraska, M. 138, 141, 218
 Krieger, D.J. 53, 184
 Kroneman, M. 164
 Krücken, G. 42, 53, 63
 Krüger-Brand, H.E. 76
 Kubisch, S. 152
 Kuhlmann, E. 140
 Kühl, S. 186, 193, 259, 260
 Kühn, H. 167
 Kurtz, T. 284
- Kurunmaki, L. 320
- Labisch, A. 21
 Lachmund, J. 20
 Latour, B. 14, 34, 40, 53, 54, 57,
 66, 195, 196, 197, 198, 200,
 201, 203
 Lau, F. 54
 Lauterbach, K.W. 119, 296
 Lavoie, D. 161
 Liebsch, K. 247
 Lieckweg, T. 144, 261
 Light, D.W. 257, 297, 298, 343
 Linczak, G. 335
 Linde, K. 293
 Lindemann, G. 78, 248
 Lindemann, S. 214
 Lomas, J. 84
 Lorenz, W. 84, 86
 Lowe, A. 206, 320, 347
 Lüders, C. 46
 Luhmann, N. 10, 22, 36, 37, 40,
 43, 52, 53, 56f., 66ff., 84, 91,
 92, 107, 108, 122f., 132, 133f.,
 144f., 151, 153f., 156f., 171,
 175, 189, 198, 220f., 257, 284,
 305, 318f.
- Maasen, S. 118
 Macintyre, S. 298
 Mahler, E. 109, 178
 March, J.G. 148, 186
 Margalith, I. 140
 Marx, K. 20
 Mata, J. 243
 Mayntz, R. 25, 108, 226f.
 McLuhan, M. 198, 253
 Mehrez, A. 293
 Meja, V. 36
 Mensching, A. 99
 Merkel, R. 266
 Merton, R. 45, 87
 Meyer, J.W. 13f., 29, 148, 269,
 274, 343
 Millerson, G. 22
 Moerman, D.E. 45, 310

- Möller, C. 19
 Montgomery, K. 174, 297
 Mühlhäuser, I. 243
- Nassehi, A. 24, 29, 34, 39, 46
 Neffe, J. 268
 Nollmann, G. 34
- Observatory 26
 Oevermann, U. 54, 58, 81, 90,
 217, 218ff. 280, 299ff.
 Olins, W. 150
 Olsen, J.P. 148, 186
 Ong, L.M. 140
 Oppitz, M. 130
 Ortman, G. 169, 176, 187, 319
 Oxman, A.D. 281
- Parsons, T. 21, 30, 54, 58, 137,
 236, 256, 318
 Pauker, S.G. 124
 Pauker, S.P. 124
 Pelikan, J. 73, 74
 Peters, T.A. 125
 Pfadenhauer, M. 88
 Popper, K.R. 81f., 220
 Porter, E.M. 98, 193
 Porzsolt, F. 28, 278, 281, 298
 Powell, W.W. 42, 148, 188, 320
 Power, M. 29, 63, 99, 120, 148f.,
 168, 320
 Preston, A. 320
 Putnam, H. 82
- Räbiger, J. 88
 Racine, E. 253
 Raspe, H. 282, 289, 290, 298
 Rau, F. 52, 110ff., 206, 211
 Rheinberger, H.-J. 83
 Richter, H. 166
 Roberto, V. 125
 Roeder, N. 206
 Rohde, J.J. 29, 30, 32, 33, 39, 77,
 190, 200, 235, 302
 Rorty, R. 276
 Rose, N. 248
- Rosenbrock, R. 24, 103, 104
 Rosewitz, B. 25
 Rowan, B. 29, 274, 343
 Rüegg-Stürm, J. 180
- Saake, I. 24, 138, 140, 235
 Sacket, D.L. 10, 46, 73, 281, 282
 Sacks, H. 49
 Samuel, S. 95, 96, 211, 320, 321
 Sanchez García, M. 136, 234
 Sapirstein, G. 247, 293
 Sassen, S. 114
 Sauerland, D. 98
 Schanne, M. 280, 308, 310
 Scharpf, F.W. 108
 Schimank, U. 147, 185
 Schmidt, B. 141
 Schneiderman, L.J. 61
 Schönwälder, T. 54
 Schrappe, M. 97
 Schubert, C. 21, 66, 197, 204,
 208, 223, 226ff., 231, 235
 Schuck, P. 293
 Schuller, A. 26
 Schulte-Sasse, U. 126
 Schüppel, R. 297
 Schütz, A. 36
 Schwaiger, H. 91, 214
 Schwartz, F.W. 16, 75, 85, 119
 Scott, W.R. 208, 259, 320, 345
 Scriba, P.C. 16, 85
 Senge, P. 168
 Serres, M. 57, 199
 Shapiro, A. 140
 Sibbel, R. 163, 181
 Sich, D. 15, 271
 Siegers, J.J. 164
 Siering, U. 295, 310
 Simmel, G. 40
 Simon, F. 169
 Simon, H. 36, 186
 Sloterdijk, P. 134f.
 Smith, R. 102
 Spencer Brown, G. 54, 160
 Spree, R. 21
 Stange, E.F. 282, 298

PERSONENREGISTER

- Starr, P. 20
 Star, S.L. 210
 Steckelberg, A. 243
 Stehr, N. 36, 159
 Stichweh, R. 37, 54, 58, 81, 220f.,
 250, 284f., 344
 Stollberg, G. 105, 138, 246
 Strauss, A. 31, 77, 79, 251, 317
 Strong, P.M. 151
 Strull, W.M. 140
 Süß, S. 219
 Sydow, J. 52, 176, 183

 Taylor, M. 293
 Teisberg, E.O. 98, 193
 Tezcan-Güntekin, H. 140, 254,
 255
 Thomas, G. 132
 Thom, R. 234
 Thygesen, N.T. 165, 178, 262
 Timmermans, S. 10, 274
 Toffler, A. 268
 Trojan, A. 24
 Troschke, J. 22
 Türk, J. 176

 Uexküll, T.v. 22
 Ulsenheimer, K. 287
 Urban, H.J. 115, 264, 297

 Varela, F.J. 267
 Verghese, A. 199

 Verhaak, C.M. 140
 Vickers, A.J. 293
 Vollmann, J. 137

 Wagner, G. 60, 245, 336, 343
 Wallenczus, K. 53
 Wallesch, C.-W. 88
 Walley, T. 298, 299
 Ward, P. 140
 Weick, K.E. 53, 144, 146, 150,
 152, 168, 189
 Weingart, P. 118
 Weinstein, M.C. 242
 Welsh, G.H. 46, 60, 222, 245
 Wesiack, W. 22
 Wettreck, R. 76, 87, 125, 130,
 134, 232
 Wetzel, R. 180
 White, H. 34, 41, 54, 184, 191,
 346
 Willke, H. 111
 Winau, R. 137
 Windeler, A. 52, 183, 193
 Winkler, R. 116, 118, 122
 Wittgenstein, L. 273
 Woolgar, S. 195
 Woolhandler, S. 100, 164, 208,
 344
 Wulf, C. 43

 Zuboff, S. 187