

dessen, was wir heute als Individualmedizin verstehen. Patientin und Individuum entsprechen sich natürlich nicht begrifflich und faktisch (somit ergibt auch eine wie auch immer geartete Gleichsetzung keinen Sinn), aber das Denken des Individuums ist so eng an diejenige Erkenntnisweise geknüpft, die ohne das Material der baren Leiche oder des lebenden Untersuchungs- und Behandlungsobjekts nicht zu ihrem Wissen gelangt wäre.

Nimmt man dieses auf die Konstitution des individuellen Patienten konzentrierte Verständnis ernst, so kann man mit Foucault festhalten, dass das Subjektkonzept des Patienten als Individuum *par excellence* sich so tief in die Logik der Medizin eingeschrieben hat, dass Patient*innen nicht nur schwierig als etwas Kollektives zu denken sind, sondern die Patientin auch als *gesellschaftliche Akteurin* kaum einen anderen Bezugspunkt als auf sich selbst mit ihrer Erkrankung, ihrem individuellen Körper zulässt. Das bedeutet, dass die Konzeption der Patientin durch die Medizin als Individualsubjekt so wirkmächtig ist, dass es alles andere als einfach ist, aus diesem Deutungshorizont auszubrechen und sie als Kollektivsubjekt vorstellbar zu machen. Diese Schwierigkeit der Konzeption ist auch in der Betrachtung des Forschungsstandes zu kollektiven Patientenschaften deutlich geworden. Im Folgenden soll entsprechend argumentiert werden, dass diese individuelle Subjektkonzeption des Patienten, wie sie beispielsweise die Medizinsoziologie durch Talcott Parsons geprägt und reifiziert hat, weiter durch die Einfügung in eine Dyade festgeschrieben wird. Obendrein verleiht die klassische medizinsoziologische Intervention Patient*innen Eigenschaften über das semantische *pati* und vervollständigt damit das, was man von Patient*innen und deren Stellung in der medizinischen und gesellschaftlichen Welt zu wissen glaubt.

4.2 Die Konstitution des Patientensubjekts in der Medizinsoziologie Talcott Parsons'

Zwar wurde bereits in der Einführung argumentiert, dass der Bedeutungsgehalt des Begriffes ›Patient‹ sich seit seiner Etablierung im alltagsweltlichen und medizinischen Sprachgebrauch nicht grundlegend gewandelt hat und dass er bereits etymologisch gesehen gewisse Charakterisierungsdimensionen des spezifizierten Subjekts im Gepäck hat. Allerdings muss noch plausibilisiert werden, weshalb das Patientenindividuum gerade in der wissenschaftlich beobachteten Arzt-Patienten-Begegnung spezifische Eigenschaften verliehen bekommt, die nicht etwa als transhistorisch auszuweisen sind, sondern genealogisch als Ausdruck einer modernen Form des medizinischen Wissenshandelns verstanden werden müssen. Es lohnt sich, so die These, der sozial-organisationalen Komponente des Patientseins, die in der etymologischen Betrachtung oben angeboten wurde, näher auf den Grund zu gehen und ihren medizinisch-somatischen

al. 2004, S. 311). Die Sozialmedizin komplimentiert den individuellen Zugang zum Medizinischen: »Die moderne Medizin ist eine soziale Medizin, deren Grundlage eine bestimmte Technologie des Gesellschaftskörpers ist; die Medizin ist eine soziale Praxis, und nur einer ihrer Aspekte ist individualistisch und wertet die Beziehungen zwischen Arzt und Patient auf.« (DE2/196, S. 275)

und (verhaltens-)psychologischen Implikationen nachzuspüren. Dabei stellt sich zunächst die Frage, welche Quellen auf die sozial-organisationale Komponente der Subjektkonstitution des Patienten hinweisen und wie diese Komponente weiter theoretisch und empirisch bestimmt werden kann.

Die Thematisierung der sozial-organisationalen Komponente des Patientseins findet vor allem im wissenschaftlichen Diskurs der Medizinsoziologie statt. Die Medizinsoziologie als Spezielle Soziologie ist ein Forschungsfeld, in dem medizinisches Handeln und Gesundheitsverhalten im gesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet werden. Medizinsoziologie, die die Medizin als solche zum Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung macht, richtet ihr Erkenntnisinteresse zumeist auf die gesellschaftstheoretische Analyse und Einordnung der gesellschaftlichen Strukturen und sozialen Rollen, die im medizinischen System beschreibbar sind (Graumann/Lindemann 2010, S. 295). Die Wurzeln des medizinsoziologischen, gesellschaftstheoretisch instruierten Diskurses (vor allem angelsächsischer und deutscher Provenienz) können relativ eindeutig ausgemacht werden: Talcott Parsons' Hauptwerk *The Social System* (Parsons 1991, zuerst erschienen 1951) gilt nicht nur als moderner Klassiker der soziologischen Theorie und führt in das soziologische Programm des Strukturfunktionalismus ein, es wird auch gemeinhin als Gründungsschrift der sozialtheoretischen Medizinsoziologie gerühmt (vgl. Cockerham 1981, S. 232; Scambler 2005, S. 2). Trotz teilweise intensiver Kritik, die an die Schrift gerichtet wurde (White 2002, S. 104; Turner 1991, S. xxii), ist sie fest im Kanon des medizinsoziologischen *mainstreams* etabliert und wirkt von dort aus nach. Die Konzepte, vor allem die Krankenrolle (*sick role*), die in ihr entwickelt sind, sind aus genealogischer Sicht vor allem deshalb interessant, weil sie einerseits überzeugend die soziale Realität des Kranken zu erfassen scheinen: »The sick role is widely accepted as an historically adequate account of normative expectations around illness in the middle of the 20th century« (Zick Varul 2010, S. 72). Andererseits setzen sie eine bezeichnende Vorstellung von der Patientin, situiert in einem bestimmten gesellschaftlich-strukturierten Umfeld, ins Werk, die sich von dort aus (strategisch) universalisieren ließ. Bevor das machtvolle Patientenbild Parsons' für eine Subjektkonstitutionsanalyse fruchtbar gemacht wird, soll die diskursgeschichtliche und somit genealogische Bedeutung der medizinsoziologischen Gründungsschrift und weiterer Texte des US-amerikanischen Systemtheoretikers ausgeleuchtet werden.

4.2.1 Genealogische Einordnung der parsonsschen Medizinsoziologie als Ort der Subjektkonstitution des Patienten

Parsons' Texte sind nicht nur wegen ihrer ›Hebammenfunktion‹ für die Medizinsoziologie und als weitere Grundlegung medizinsoziologischen Theoretisierens für die vorliegende Untersuchung interessant. Vielmehr ist Parsons' Konzeption und Beschäftigung mit der Krankenrolle diejenige theoretische Intervention, die Annahmen über die sozial-organisationale Ordnung des Medizinsystems traf und den Patienten erstmals umfänglich als soziologisch begutachtbares, spezifiziertes Subjekt einrichtete. Doch welche Wirkmacht hat eigentlich die wissenschaftliche Wissensproduktion über ein spezifisches Subjekt, wie wird insbesondere sozialwissenschaftliche Theoriebildung Teil einer epistemischen Ordnung, die auch die medizinische Praxis mitbestimmt?

Wissenssoziologische Theorien über den Zusammenhang von Theorieproduktion, sozialer Realität und Subjektmachung können die Argumente, die in ähnlicher Weise auch in *Die Ordnung der Dinge* (OD), *Archäologie des Wissens* (AW) und *Die Ordnung des Diskurses* (ODis) angelegt, aber methodisch anders bearbeitet worden sind, näher bestimmen und helfen dabei zu verstehen, weshalb eine Sozialtheorie für die Herausbildung einer Subjektkonstitution an Bedeutung besitzen kann: Peter L. Berger und Thomas Luckmann (2009) zeigen, dass gesellschaftliche Ordnung aus der Institutionalisierung von Verhaltensweisen geschaffen wird, sich über die Vermittlung verbindlichen Wissens in der Sozialisation stabilisiert und durch die Bestätigung dieses gemeinsamen Wissens in den Interaktionen des Alltags reaktualisiert wird (Abels 2007, S. 106). Routinisierte Handlungen kristallisieren sich in institutionale Ordnungen und verleihen ihnen kognitive Gültigkeit. Explizite Legitimierungen, die die instituierte Ordnung durch einen spezifischen Wissensbestand rechtfertigen, legen klare Orientierungspunkte für das institutionalisierte Handeln fest. Diese Form von Legitimierung ist häufig komplex und differenziert, ihre Artikulation und Weitergabe daher einem bestimmten Personal überantwortet (Berger/Luckmann 2009, S. 100f.). Karin Knorr-Cetina streicht heraus, welche Form diese Legitimierungen annehmen können:

»Berger und Luckmann unterscheiden darüber hinaus Legitimationen zweiter (Objektivierungen dritter) Ordnung, d.h. Theorieproduktionen über ein existierendes symbolisches Universum, das dieses auf einer weiteren Ebene erklärt, rechtfertigt und objektiviert.« (Knorr-Cetina 1989, S. 88)

Auch Sozialtheorie wie Parsons sie anbietet dient der Schaffung und Erhaltung gesellschaftlicher Konstruktionsleistungen als Legitimation, schließlich untermauert sie durch ihre generalisierenden Beobachtungen die Regeln, die sozialen Handlungen Sinn verleihen und Interaktionsordnungen verbindlich machen. Inhaltlich und strukturell leistet die Sozialtheorie Parsons' außerdem nahezu idealerweise das, was sozialtheoretisch (gewissermaßen als Beobachtung zweiter Ordnung) und aus gouvernementaler Perspektive als die Einbindung der Einzelelemente in ein Gesamtsystem beschrieben werden kann – die Sozialtheorie generalisiert also nicht einfach nur Handlungen zu einer allgemeinen Aussage, sie rekonstruiert diese Verbindungsleistung von Einzelnem und dem Ganzen nicht nur, sie stellt letzteres erst her und hat somit durchaus »regierende Effekte« auf die Ordnung der Gesellschaft und die in ihr platzierten beteiligten Akteure, Personen oder Subjekte. Dieses Argument soll in der tatsächlichen Subjektkonstitutionsanalyse weiter unten eingelöst werden.

Der Annahme folgend, dass sozialwissenschaftliche Theorieproduktionen die Konstruktion sozialer Realität über Umwege entscheidend mitbestimmen und selbst regierende Wirkung entfalten, wird der generelle Einfluss legitimierender Theoriebildung nachvollziehbar, selbst, wenn diese Theorien nicht den Anspruch auf eine normative, orientierungsgebende Funktion für die Ordnung der Gesellschaft erheben, sondern diese nur beschreiben wollen. Denn die Verstetigung des sozialtheoretisch-medizinsoziologischen Kanons mit Parsons als seiner Speerspitze wird zum Diskursgut der Medizinsoziolog*innen, dem spezialisierten Personal, das über die Ordnung der Medizin in der Gesellschaft legitimerweise sprechen darf. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, hat die parsonssche Medizinsoziologie mit ihrer Beschreibung der Rolle des Kranken

bzw. der Patientin gerade deswegen besondere genealogische Bedeutung, da diese Rolle der etymologischen Ableitung und dem alltagsweltlichen Gebrauch des Wortes sehr genau entspricht, aber auch darüber hinausgeht. Die zum *mainstream* gewordene sozialtheoretische Medizinsoziologie Parsons' bestätigt damit im akademischen Diskurs die alltagsweltlich-diskursive Praxis, mit der man den Patienten schon lange begriff.

Weitere genealogische Bedeutung für die Genealogie des Patientensubjekts hat die parsonssche Medizinsoziologie insofern, als dass sie auch Berührungspunkte mit dem praktischen Geschehen des medizinischen Systems und seinen Interaktionsvorgängen aufweist. Medizinsoziologie ist nicht nur durch rein soziologisches Erkenntnisinteresse geleitet, sondern geriert sich als Reflexionswissenschaft der Medizin, sie »ermöglicht der Medizin insbesondere durch Einbezug der sozialen Folgen ihres Prozessierens kritische Selbstbetrachtung ihres Tuns« (Bauch 2000, S. 11). Sozialtheoretische Legitimationen finden so auch den Zugang in die medizinische Praxis. Die theoretischen Modelle lassen sich leicht in erlebtes Praxiswissen übersetzen, sie schreiben sich den Studierenden der Humanmedizin ein und reifen so schließlich zum ärztlichen Habitus (vgl. Begenau et al. 2010, S. 13). Zwar gilt die medizinsoziologische Beschreibung Parsons' vielen Medizinsoziolog*innen und Praktiker*innen als überholt und längst durch neuere medizinsoziologische und medizinethische Kommunikationskonzepte ersetzt, das ändert jedoch nichts daran, dass die Beschreibung der Arzt-Patienten-Beziehung empirisch vorfindbar gewesen ist¹³ und die Charakterisierung der sozialen Rolle der Patientin nicht auch in ihren Kritiken affirmativ nachwirkten. Ein »zweites Leben« der parsonsschen Medizinsoziologie wird außerdem daran deutlich, dass die frühen empirischen Beforschungen des Konzepts der chronischen Krankheit (*chronic illness*, vgl. Parsons 1975) Parsons' Bestimmungen der Krankenrolle aufgriffen (Kassebaum/Baumann 1965). Auch die späteren Formalisierungen zu spezifischen Krankheitspflege- und Krankheitsmanagementmodellen und Versorgungspfaden (z. B. das Chronic Care Model nach Wagner et al. 1996; vgl. die Rollenbeschreibungen des chronischen Patienten ebd., S. 13 mit den Rollenerwartungen an den Patienten nach Parsons) standen mindestens unter dem Eindruck der parsonsschen Medizinsoziologie (vgl. auch Mitchell 2013).

Zusammengefasst bietet sich die parsonssche Medizinsoziologie für die Subjektkonstitutionsanalyse des individuellen Patienten genealogisch aus mehreren Gründen an: Erstens lässt sich mit ihr der Blick von der Individuumskonstitution in der klinischen Konstellation auf eine die medizinische Praxis nach sozialen und kommunikativen Regeln befragende Perspektive umstellen, mit der sich Foucault selbst aus Gründen der Entselbstverständlichung dezidiert nicht beschäftigen wollte. Zweitens befasst sie sich explizit mit der Rolle des einzelnen Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung und liefert somit eine anschauliche sozialtheoretische Charakterisierung dessen, was es hieß, in der modernen bzw. spätmodernen Gesellschaft (das heißt, unter spezifischen gesellschaftspolitischen und ökonomischen Bedingungen) ein »idealer Patient« zu sein. Drittens erweisen sich Parsons Konzepte im Diskurs der Medizinsoziologie auch in

13 Parsons selbst hatte eine gewisse Zeit lang Arzt werden wollen und betrieb später im Bostoner Raum Feldforschung zur medizinischen Praxis (Lupton 1997b, S. 566).

kritischer Auseinandersetzung als besonders einflussreich. Letztlich sind seine Konzepte auch in der ärztlichen Praxis habitualisiert und sedimentiert in der Versorgung chronisch Kranker (vgl. dazu Abschn. 7.2), werden in Forschung und Praxis zitiert, weitergedacht, verworfen, verarbeitet, neuentwickelt, routinisiert und institutionalisiert.

4.2.2 Individuelle Subjektkonstitution: Der Patient als Produkt der Krankenrolle und des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Talcott Parsons entwickelt das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Krankenrolle im Rahmen seiner strukturfunktionalistischen Theorie moderner sozialer Systeme. Die Regeln medizinischer Praxis bilden für ihn die empirische Konkretisierung für sein zentrales theoretisches Argument: soziale Aktivitäten dienen der Erhaltung sozialer Systeme oder Institutionen. Die spezifische Aufgabe der medizinischen Praxis als soziales System ist es, Gesundheit zu produzieren, denn Krankheit ist eine Störung des ›normalen‹ Funktionierens eines Menschen in der Gesellschaft (Parsons 1991, S. 290). Parsons befasst sich in seinem Hauptwerk vor allem mit dem therapeutischen Kontext. Er ist ein wichtiger Teil der medizinischen Praxis, die als System für den Erhalt der Gesellschaft sorgt, weil sie Krankheit verarbeitet und beseitigt. Der therapeutische Kontext ist nicht mit der medizinischen Praxis als sozialem System gleichzusetzen, sondern definiert sich über seine konkrete Zielverfolgung: der therapeutische Kontext ist dem Ziel gewidmet, die Gesundheit von einzelnen Patient*innen wiederherzustellen. Die therapeutische Situation unterscheidet sich damit von anderen medizinischen Subsystemen wie der präventiven (Parsons 1991, S. 289) oder palliativen Medizin (Göckenjan/Dreßke 2002). Die therapeutische Situation findet, so Parsons, in der modernen Gesellschaft ihren institutionell-organisatorischen Ort im Krankenhaus oder in der niedergelassenen Praxis (Parsons 1991, S. 293). Die generelle Zielverfolgung des therapeutischen Kontexts bleibt vom lokalen Rahmen unberührt, in einer komplexeren Organisation wie in einem Krankenhaus findet sich allenfalls eine vielschichtigere Personalstruktur mit unterschiedlichen Aufgaben (hier sind Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen, Ärzt*innen in der Ausbildung und Pflegepersonal vorzufinden). Der Nukleus der therapeutischen Situation lässt sich in der sozialen Interaktion zwischen Arzt und Patient bestimmen – Parsons untersucht diese anhand und mit dem Begriff der Arzt-Patienten-Beziehung (Parsons 1991, S. 295). Diese Beziehung ist wiederum durch Erwartungen strukturiert, die die sozialen Rollen mit sich bringen. Es sind genau jene äquivalenten Rollenerwartungen und das erwartungsgeleitete Handeln, welche dem Arzt und dem Patienten ihre Funktionen im therapeutischen Kontext zuschreiben. Parsons selbst wendet, wie bereits weiter oben angemerkt, strukturfunktionalistisch-sozialtheoretische Schemata an bzw. nimmt die Beschreibung des therapeutischen Kontextes auch durch die Brille allgemeiner handlungs- und systemstabilisierender Faktoren vor, um diese Rollenerwartungen und Handlungskontexte stringent darzustellen. Diesen strukturfunktionalistischen Schemata sollen hier jedoch keine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Stattdessen wird das parsonssche Arzt-Patienten-Verhältnis die Konstituierung der spezifizierten Subjekte in der therapeutischen Situation nachvollziehbar machen, indem es über die Achsen Macht, Wissen und Selbstverhältnisse gelesen wird. Da die Patientenrolle von der professionellen Rolle des Arztes (tatsächlich geht es um eine

männlich chiffrierte Figur des Arztes und nicht um Ärzt*innen) her gedacht wird, wird die Achsenanalyse zunächst die subjektbestimmenden Rollenerwartungen und -handlungen des Arztes und daran anschließend die des Patienten bzw. der Patientin (diese Rolle scheint durchaus geschlechtlich binär codiert zu sein) thematisieren. Damit unterwirft sich die Analyse der Ordnungslogik des parsonsschen Rollen- und Hierarchiedenkens, sie kann aber auf diese Weise angemessen Patient*innen im sozialtheoretisch-praktischen Kontext und ihren durch diese Verhältnisse zugewiesenen spezifischen Eigenschaften sichtbar machen. Herkunft der Bestimmung, Deutungsregeln und Positionierungen der Subjekte lassen sich aus genealogischer Sicht so am besten aufhellen.

4.2.2.1 Ärztliche und patientische Macht: Asymmetrie, Klassenlosigkeit und vertrauliche Solidarität

Der Arzt ist in seinem praktischen Handeln durch eine bestimmte Erwartung bestimmt, die Parsons als Verantwortung gegenüber der Patientin beschreibt: Der Arzt muss alles dafür tun, seiner Patientin zu helfen. Er sieht sich in der Pflicht, für die komplette, möglichst schnelle und schmerzlose gesundheitliche Erholung des Patienten zu sorgen (Parsons 1991, S. 302). Seine Aufgabe, für das Wohlergehen des Patienten zu arbeiten, ist einerseits professionell begründete Bürde – andererseits ist sie durch sein Vermögen begründet, dies auch tatsächlich leisten zu können. Dem Arzt ist die Aufgabe, den Heilungsprozess zu steuern, überantwortet. Dies zeigt sich, so Parsons, besonders *ex negativo*: Der Arzt ist mit Macht ausgestattet, die Therapie vorzunehmen. Seine Macht wird gerade dann begrenzt, wenn er einsehen muss, dass sich manche Heilungsversuche seiner Kontrolle entziehen, wenn sie sich als nicht wirksam erweisen (Parsons 1991, S. 301). Die Macht, für die Gesundung der Patientin, dem definierten Ziel des medizinischen Systems und des therapeutischen Kontextes, zu sorgen, ist eng verknüpft mit den Fähigkeiten und dem Wissen des Arztes, also seiner technischen Kompetenz.

Eine weitere Rollenerwartung, die an den Arzt herangetragen wird, wird von Parsons eher am Rande thematisiert, dennoch ist sie als zentrale Voraussetzung des erfolgreichen Arzt-Patienten-Verhältnisses gesetzt: Dem Arzt ist *qua* seiner Funktion Autorität in der dualen Konstellation verliehen (Parsons 1991, S. 311f.). Diese Autorität des Arztes kommt durch ein Ungleichgewicht bezüglich Wissen und medizinischer Ausbildung zwischen den Parteien zustande: Der Patient muss als Laie dem Urteil des Arztes vertrauen (Parsons 1964, S. 336) und sein Verhalten an den ärztlichen Rat anpassen:

»Finally, the prestige of the physician's scientific training, his reputation for technical competence, gives *authority* to his approval, a basis for the acceptance of his interpretations.« (Parsons 1951, S. 459, Herv. HG)

Parsons bemerkt, dass der Arzt seine Autorität behaupten muss, obwohl ihm kaum Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (es sei denn, der therapeutische Kontext finde beispielsweise in einem militärischen Setting statt, Parsons 1991, S. 297). Der Verweis auf die autoritative Stellung trotz fehlender Sanktionsmöglichkeiten ist eine positive Machtform, die durch technische Kompetenz legitimiert wird. Die Machtkonstellation zwischen Arzt und Patient wird von Parsons in einem späteren Text eindeutig

zugespitzt: Er beschreibt das Arzt-Patienten-Verhältnis als hierarchische, asymmetrische Struktur, wobei die »hierarchical component« durch die Verteilung von »authority, power, prestige« (Parsons 1975, S. 264) begründet sei. Nicht nur die Zertifizierung des Arztes als medizinisches Fachpersonal legitimiert diese autoritative Stellung. Parsons legt Wert darauf zu zeigen, dass dem Arzt in der modernen Gesellschaft nicht etwa deshalb die maßgebliche, aktive Rolle in dem therapeutischen Prozess und der Arzt-Patienten-Beziehung zukommen würde, weil er etwa seine Autorität »aus sich heraus« schöpft: Der Arzt wird, besonders in der amerikanischen Tradition, »as a kind of culture hero« (Parsons 1991, S. 314) wertgeschätzt, er ist jedoch nicht zu einem »wise man« or »sage« (Parsons 1991, S. 292) generalisiert, der als Person an sich die umfassende Macht über und Einfluss auf die Ratsuchenden ausüben würde. Parsons betont daher die funktionale Spezifität der Berufsrolle des Arztes im medizinischen System, dem therapeutischen Kontext und im Arzt-Patienten-Verhältnis. Die funktionale Spezifität gibt Möglichkeiten im Umgang mit Patienten, die auf den therapeutischen Kontext limitiert sind. Die explizite Trennung des therapeutischen Kontextes im medizinischen System von anderen Kontexten erteilt dem Arzt bestimmte Privilegien und gewährt ihm die Ausnahme von Handlungsverböten, die in anderen sozialen Interaktionsräumen gelten, um nicht unkontrollierbare Emotionen hervorzurufen: Der Untersuchungskontext widmet strukturiert und strategisch Handlungen, die ansonsten als in das Private und Intime eindringend verstanden werden würden, in eine erwartbare und notwendige Handlung um (Parsons 1991, S. 303). Die funktionale Spezifität der ärztlichen Bereichszuständigkeit (vgl. Leigh/Reiser 1992, S. 34) erlaubt es damit, mit dem verwundbaren Patienten umgehen zu können – die Betrachtung und Berührung des unter Umständen nackten Körpers sind damit professionell gerahmte Interaktionen.

Dabei kann es trotzdem passieren, dass die Maßnahme, die auf den Heilungsversuch abzielt, in eine Grauzone gerät, denn die Untersuchung birgt, vor allem bei der Begegnung Angehöriger »of opposite sex« (Parsons 1991, S. 303) das Risiko von Grenzüberschreitungen. Gleiches gilt für das Vertrauen zwischen Arzt und Patientin: Der Arzt ist auf den Zugang zu vertraulicher Information, die das Privatleben und den Körper seiner Patientin betreffen, angewiesen. Parsons weist darauf hin, dass diese Voraussetzungen ein latentes Problem für den Arzt darstellt (Parsons 1991, S. 303f.). Er selbst ist auf den Zugang zu persönlichen Informationen angewiesen und muss in eine vertrauensvolle Interaktion mit der Patientin eintreten, ohne von deren Seite angebotene Intimitäten oder Vertraulichkeiten zuzulassen und damit auf ihr deviantes, also von den Rollenerwartungen abweichendes Verhalten einzugehen (Parsons 1951, S. 459). Der Arzt muss auch in diesem Zusammenhang stets die Fäden der Kommunikation in der Hand behalten und darf seine Machtstellung, die ihm der Kontext verleiht, nicht ausnutzen. Der therapeutische Kontext unter der Bedingung der funktionalen Spezifität ist ausgerichtet auf die Überwindung des Widerstandes des Patienten gegen seinen Arzt und hilft bei der Grenzziehung legitimer und illegitimer Interaktion:

»In terms of the features of the situation discussed above, functional specificity is an important element in overcoming potential resistances to the physician, in that through it the limits of his legitimate claims on the patient are defined, and

thereby anxieties about the consequences of the special privileges accorded to him are allayed.« (Parsons 1991, S. 307)

Damit kann zusammengefasst die funktionale Spezifität als Ordnungselement angesehen werden, das das (vom Arzt aus gesehene wohlwollende) Machtspiel zwischen beiden Parteien reguliert: Widerstand kann legitimerweise gebrochen werden, auf der anderen Seite schränkt die funktionale Spezifität die Macht des Arztes an dem Punkt ein, an dem die konkrete Interaktion die Regeln des therapeutischen Kontextes überschreitet. Die soziale Kontrolle im therapeutischen Kontext ermöglicht somit eine regelhafte Begegnung, in der die ärztliche Macht und Autorität gleichzeitig ermöglicht und begrenzt wird. Unübersehbar spielen bei den Erläuterungen über die Wahrung der Integrität der Körper und dem Raisonement über Anständigkeit und angemessenen Verhaltensweisen geschlechterpolitische Ordnungen eine Rolle: Der Arzt erscheint als Mann, die Patientin in ihrer besonderen Verwundbarkeit als Frau, und es wird in der Verhandlung dieser Sensibilitäten und Körperstrategien deutlich, dass die professionelle Rolle an die moderne Geschlechterordnung, die zugleich eine gesellschaftliche Machtordnung bedeutet, gebunden ist:

»In our society there is no doubt that there are also very strong sentiments regulating physical contact between men, and between women as well. Furthermore, as to exposure, it may not, for instance, be ›shameful‹ for a man to appear in public without his trousers, as it might be for a woman without either skirt or slacks, but it would certainly expose him to ridicule, and this also is certainly an expression of important sentiments.« (Parsons 1991, S. 303)

Therapieren-Können und Therapieren-Dürfen unterliegen nach Parsons außerdem einer bestimmten Voraussetzung: Der Arzt ist dazu angehalten, seine Fähigkeiten grundsätzlich für alle zur Verfügung zu stellen, die seine Hilfe aufsuchen. Dies unterscheidet die Erwartungen an die Berufsrolle des Arztes von Erwartungen, die an andere Berufsrollen gerichtet werden. Der Arzt ist, anders als ein Geschäftsmann, nicht auf seinen persönlichen Vorteil und sein Selbstinteresse bedacht, an ihn wird die Erwartung gestellt, seine Dienste nicht zu kommerzialisieren, sondern sie frei und ohne Ansehen der Person zu leisten (Parsons 1991, S. 312). Mit seinem Vermögen geht die Erwartung einher, sein Verhalten und seine Leistung universal und kollektiv zu orientieren (ebd.; Parsons 1991, S. 309).

Die universal strukturierte Arztrolle steht in engem Zusammenhang mit der Funktion der Wissenschaft in der modernen Gesellschaft: Partikularistisches Verhalten führt zu Spaltungen, Antagonismen und Konflikten zwischen sozialen Gruppen, die durch partikularistische Orientierungen ihre Solidarität in der *in-group* stärken (Parsons 1991, S. 305f.). Der Arzt, der seine Praxis zugunsten aller Menschen einsetzen muss, muss sich ebenso wie die Wissenschaft Parteinahme verweigern und über Konfliktslagen stehen. Damit verfügt der Arzt in seiner Berufsrolle über einen objektiven, archimedischen Standpunkt (Parsons 1991, S. 310), der ihn von Konfliktsituationen und Interessens- sowie Machtspielen ausnimmt. Wissenschaft und Medizin sowie die praktische Tätigkeit des Arztes, die nach wissenschaftlichen Maßstäben vorgeht, ist kein Ort für partikularistische Kämpfe und Interessenskonflikte, die in anderen Gesellschaftsbereichen ver-

handelt werden können – der Arzt hält seinen Bereich von solchen Begehrlichkeiten durch sein eigenes vorbildliches Verhalten frei.

Die mit Autorität ausgestatte, stets zur Objektivität, Selbstkontrolle und -begrenzung angehaltene und männlich chiffrierte Subjektfigur des Arztes ist also in unterschiedlicher Hinsicht durch Machtbeziehungen geformt, die durch die Rollenerwartungen definiert und erfüllt werden: Er steht auf der hierarchisch höheren Ebene in der Asymmetrie des Arzt-Patienten-Verhältnisses, ist in die Kontrolle seines eigenen möglichen Machtmissbrauchs eingebunden und steht gleichzeitig außerhalb von Machtkonflikten, weil er diese von seinem unparteilichen, gar unbestechlichen Standpunkt aus abzuwehren hat.

Um die Subjektkonstitution des Patienten auf der Achse der Macht beschreiben zu können, muss diese zunächst über die bereits erwähnte Krankenrolle und die soziale Bedeutung von Krankheit perspektiviert werden. Krankheit ist für Parsons kein reines (bio-)medizinisches bzw. somatisches Faktum und damit ausschließlich eine Frage der Ätiologie und der Symptome, sondern drückt sich durch eine Situation in einem sozialen Ordnungsbereich aus. Wenn ein Mensch krank wird, wird er in eine Lage versetzt, die einem Ausnahmezustand gleicht, er weicht geradezu von der Norm der sozialen Rollenerfüllung ab und muss dementsprechend in den ›normalen‹ Zustand eines voll funktionsfähigen Teils der Gesellschaft zurückgeführt werden. Parsons selbst und die ihn rezipierende sozialwissenschaftliche bzw. medizinsoziologische Literatur führen, getreu den Mustern der strukturfunktionalistischen Analyse, vier Bestimmungsmerkmale bzw. Konsequenzen, die sich aus der Position der Krankenrolle im sozialen Gleichgewicht ergeben, an. Zwei Aspekte privilegieren den Kranken in seiner Rolle gegenüber anderen sozialen Rollen. Die anderen beiden Aspekte ergeben sich durch die besonderen Rollenerwartungen, die ein idealer, also ›normaler‹ Kranker erfüllen sollte. Der Kranke hat erstens das Recht, von übrigen sozialen Rollen befreit zu sein, er hat zweitens das Recht, nicht für seine Erkrankung verantwortlich gemacht zu werden, er hat drittens die Pflicht, zu seiner Genese produktiv beizutragen und viertens die Pflicht, technisch kompetente Hilfe aufzusuchen und mit dem Helfenden, in der Regel einem Arzt, zu kooperieren (Parsons 1991, S. 294; Willis 2015, S. 213; Young 2004, S. 4).

Die Krankenrolle sieht die Ausnahme von Pflichten vor, die für die ›normale‹ Rollenperformance eines Menschen obligatorisch sind. Diese Ausnahme, die als einstweiliger isolierender Schutz vor den Rollenerwartungen an den gesunden Menschen verstanden werden kann (Parsons 1951, S. 460), ist so lange wirksam, bis die Gesundheit des Kranken wiederhergestellt ist und variiert im Hinblick auf die Form und Schwere der Krankheit (im Folgenden Parsons 1991, S. 294). Der Kranke muss beispielsweise nicht zur Arbeit, muss keine Termine wahrnehmen und kann sich schonen, indem er das Bett hütet¹⁴ – dadurch, dass er dann tatsächlich im Bett bleibt, entgeht er auch dem

14 In dieser Hinsicht wird deutlich, dass die Struktur der Rollenerwartungen tatsächlich keine weiteren sozialen Stratifizierungsmuster anerkennt bzw. Parsons potenziellen Rollenkonflikten, die sich für kranke Menschen ergeben, nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat: Die Pflicht, gesund zu werden und daher vorrangig auf seine Salutogenese hinzuwirken, ist für Menschen, die andere soziale Aufgaben zu bewältigen haben, oftmals nur teilweise erfüllbar. Als Beispiel könnte man hier Frauen nennen, die auch im Krankheitsfall für die Sorgearbeit in der Familie zuständig sind und selten von ihr entlastet wurden (vgl. Geertsen/Gray 1970; Clark 1984, S. 425) und noch

Verdacht des Simulierens. Außerdem gehört es zur Krankenrolle, sich nicht freiwillig in diese hineinbegeben zu haben, denn Krankheit ist für Parsons grundsätzlich ein ungünstiger Zustand für den Betroffenen und seine Umwelt. Schuldzuweisungen an den Kranken sind unangebracht und vom Kranken kann nicht gefordert werden, »sich einmal zusammenreißen« zu müssen. Das Recht des Kranken besteht darin, dass man ihn in seiner Erkrankung erst nimmt, sich um ihn kümmert und anerkennt, dass er nicht nur an seiner Einstellung arbeiten muss, um wieder gesund zu werden, sondern dass tatsächlich biomedizinische Faktoren verantwortlich sind und er so lange, wie die Erkrankung anhält¹⁵, eben »auch nichts dafür kann« und nicht aus der Krankenrolle entlassen wird (vgl. Leigh/Reiser 1992, S. 18). Auch, wenn der Kranke nicht für sein Leiden verantwortlich gemacht und nicht zum Gesundwerden gedrängt werden kann, obliegt ihm dennoch eine wichtige Pflicht: Der Kranke sollte den Wunsch und die Motivation haben, gesund werden zu wollen.¹⁶ Es kann somit argumentiert werden, dass die Ausnahme von normalen Rollenerwartungen und die Nichtresponsibilisierung des Kranken auf der Mikroebene für die motivationale Balance sorgen, die für den Erhalt der sozialen Struktur nötig sind: Dafür, dass mit dem Kranken anders umgegangen wird als mit dem Gesunden, wird an ihn die Erwartung gerichtet, sich dem therapeutischen Prozess zu unterziehen und sich wieder als funktionierender Teil des sozialen Gleichgewichtes einzufügen (Parsons 1951, S. 452; Gerhardt 2016, S. 132). Dies verweist auf die zweite Pflicht des Kranken in seiner Rolle als Gesundwerden-Wollender: Er kann sich nicht

werden. Es schadet nicht im Hinterkopf zu behalten dass Parsons sich selbst einerseits als Analyst der US-amerikanischen Gesellschaft Mitte des letzten Jahrhunderts sieht (vgl. Parsons 1964), seine strukturfunktionalistische Analyse und das Konzept der Rollenerwartungen andererseits unter dem Eindruck dieser soziokulturellen Konventionen und den mit ihnen verwobenen geschlechterpolitischen Verhältnissen verfasst worden sind: Die Normen, die er als Prämissen formuliert, sind also vor allem *Produkte* amerikanischer Mittelklassewertvorstellungen der 1950er Jahre. Die Adaption der Krankenrolle als »full-time occupation« (Parsons 1975, S. 296) wird weiterhin aber gerade in dieser Gesellschaftsformation Menschen erschwert, die über einen niedrigeren sozioökonomischen Status verfügen, in prekären Beschäftigungsverhältnissen stehen und es sich aufgrund fehlender sozialer Absicherung nicht leisten können, für längere Zeit nicht zu arbeiten (Arluke 1988, S. 176; Young 2004, S. 8). Dass Sozialsysteme wie Krankenversicherungen die Krankenrolle absichern könnten, wird nicht erwähnt, weil sie, anders als die Familiarisierung von Pflege, in diesem liberalen Diskurs- und kapitalistisch organisierten Gesellschaftsraum nicht von institutionalisierter Bedeutung waren.

- 15 Parsons selbst merkt an, dass die Rollenstruktur des Kranken idealtypisch anhand einer akuten Krankheit entwickelt wurde – Patienten mit chronischen Erkrankungen können nicht von Alltagsobliegenheiten befreit werden, denn ihre Krankheit ist auch nach kurzer Zeit noch vorhanden und kann nicht einfach durch Ausnahme aus dem normalen Leben in Ruhe ausheilen. Allerdings erfüllt der chronisch Erkrankte auch insofern seine Rolle, als dass er seinen Lebensstil seiner Erkrankung anpassen muss und gemeinsam mit dem Arzt einen festen Plan entwickelt, wie er zum Beispiel dauerhaft mit seiner Diabetes umgehen kann (vgl. Parsons 1975, S. 259).
- 16 Das bedeutet auch, dass die Möglichkeit des Sterbens in der Krankenrolle strukturell nicht angelegt bzw. vorgesehen ist, obwohl es natürlich einige Erkrankungen gibt, von denen keine Erholung zu erwarten ist (vgl. Parsons 1975, S. 259). Dies kann für Menschen, die todkrank sind, zu einem Konflikt führen, wenn sie in der Erwartungsstruktur der Krankenrolle verfangen sind – entsprechend kann der Übergang von der Krankenrolle zur Sterbendenrolle mithilfe anderer Settings, zum Beispiel in einem Hospiz, gestaltet werden (Parker-Oliver 2000).

einfach seiner Krankheit hingeben, sondern es wird von ihm erwartet, sich technisch kompetente Hilfe zu suchen, um seine Krankheit zu bekämpfen und in Allianz mit dem medizinischen Fachpersonal auf seine Rekonvaleszenz hinzuarbeiten. Der Gang zum Arzt oder ins Krankenhaus ist schließlich der entscheidende Schritt, der die Krankenrolle in den Status des Patientseins überführt: »It is here, of course, that the role of the *sick person as patient* becomes articulated with that of the *physician in a complementary role structure*« (Parsons 1991, S. 294, Herv. HG). Parsons unterscheidet also zwischen der Krankenrolle und der Patientenrolle. Die Patientenrolle ist nicht medizinisch-pathologisch bedingt, sondern eine Konsequenz der Erwartung an den Kranken, sich in die Arzt-Patienten-Beziehung zu geben:

»Hence in addition to the *sick* role we may distinguish the role of *patient* (sic!) as the recipient of the services of a scientifically trained *professional* physician. The definition of the sick role as that of potential patient is one of its principal characteristics in our society.« (Parsons 1991, S. 320, Herv. i. O.)

Die Krankenrolle, so stellt Parsons entsprechend zur Diskussion, ist erst dann im vollen Umfang legitimierungsfähig, wenn sie in der Patientenrolle aufgeht. Die soziale Kontrollaufgabe des Arztes als Treuhänder der Gesundheit und Beurteilender in der Medizin kann nur im Patientenkontakt gelingen – nur er kann ausmachen, ob der Mensch wegen einer körperlichen oder psychischen Erkrankung behandelt werden muss. Damit kann auch allein der Arzt validieren, ob sich hinter der Adaption der Krankenrolle nicht vielleicht doch eine Simulierung von Erkrankung verbirgt, um die Vorzüge der Krankenrolle genießen zu können (Parsons 1951, S. 455f.). Es ergibt sich somit, dass die Interaktion zwischen dem Patienten und dem Arzt und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung Hauptkriterien für die Konstituierung der spezifischen Patienteneigenschaft darstellen. Diese konstituierenden Bedingungen entsprechen den alltagsweltlichen Definitionsversuchen des Patienten, können aber abseits der Erwartungsstrukturen und Privilegien noch nicht viel zu der Frage beitragen, wie Parsons nun konkret an der Bestimmung des Patienten arbeitet. Mit einer zu dem Arzt komplementär verfassten Patientensubjektkonstitutionsanalyse auf der Achse der Macht lassen sich weitere »salient features of the situation of the patient« (Parsons 1991, S. 296) bestimmen.

Das Recht des Patienten, dass man sich um ihn kümmert und die Feststellung, dass er nichts für seine Erkrankung »kann«, ergibt sich aus der Tatsache, dass der Patient hilflos und daher auf Hilfe angewiesen ist (Parsons 1991, S. 296). Diese qualitative Bestimmung der Machtlosigkeit des Patienten, die durch seine Krankheitslage verursacht ist und mit dem Typus und dem Grad der Erkrankung variiert, wird durch die Machtbeziehung zwischen Arzt und Patient näher als konsensuale Heteronomie definiert: Der Arzt nutzt seine Macht nicht zur Beherrschung oder Unterwerfung, die Machtbeziehung besteht auf Grundlage des Einverständnisses des Patienten. Die qualitative Machtlosigkeit aufgrund seiner Erkrankung und die Position des Arztes, helfen zu können, legitimiert die Situation des Patienten, sich behandeln, also auf sich einwirken lassen zu müssen und zu wollen. Dieses Einverständnis befindet sich auf einem schmalen Grat, denn Parsons bemerkt, dass der Patient gerade aufgrund seiner Hilflosigkeit ein »peculiarly vulnerable object for exploitation« (Parsons 1991, S. 300) sei. Parsons spezifiziert

allerdings nicht weiter, welche Vorkehrungen dafür getroffen werden müssen, sodass potenzielle Ausbeutung und Verletzung vermieden werden können. Man kann vermuten, dass er diese durch die funktionale Spezifität und die Selbstbegrenzung des Arztes weitestgehend eingehegt sieht, daher stellt die Verletzung und Objektifizierung durch »unabsichtliche« Grenzüberschreitung durch den idealtypischen Arzt lediglich eine sehr überschaubare Gefahr für den Patienten dar. Parsons versucht seine Überlegungen zur Passivität und Machtlosigkeit des Patienten später zu relativieren, denn die Zurechnung von Aktivität und damit zu einer gewissen Risikobereitschaft des Patienten konstituiert sich durch seine Entscheidung, sich überhaupt behandeln zu lassen (Parsons 1975, S. 270). Diese Einschränkung ist jedoch insofern fragwürdig, als dass der Patient einerseits nun einmal bei akuten Erkrankungen auf ärztliche Behandlung angewiesen ist, sofern er einerseits nicht auf eine spontane Heilung oder Behandlung durch eine nichtprofessionelle Kraft hofft und er andererseits erkennt, dass sich die Vulnerabilität für Ausbeutung für spezifische Patientengruppen, beispielsweise Komapatienten oder Kinder, verschärft, denn dieser Patiententypus »has nothing whatever to say about what is done to him« (Parsons 1991, S. 300). Hier kann nicht die Rede von einer Risikobereitschaft des Patienten sein.

Darüber hinaus sei es erstaunlich, dass »even leftist propaganda against the evils of our capitalistic society, in which exploitation is a major keynote, tends to spare the physician« (Parsons 1991, S. 300, FN 7). In diesem mehr lakonisch-politischen Kommentar spiegelt sich zunächst erneut die Selbstpositionierung Parsons' als Soziologe der US-amerikanischen liberalen Mittelklassegesellschaft der frühen 1950er Jahre, deren Werte er selbst zu teilen und gegen linke Kritiken zu verteidigen bereit zu sein scheint, wider. Zusätzlich zeigt er sich befriedigt, dass nicht einmal linke Kritiken bis dato daran interessiert gewesen seien, dem idealtypischen Arzt einen Vorwurf zu machen, da er wie kein anderer kollektivorientiert handle und eben keine Zielvorstellungen eines markt- und profitorientierten Akteurs aufweise. Dieser Kommentar ist eine zeitgebundene und gesellschaftspolitische Einlassung, die nur wenige Jahre später in den USA und in Europa mit Vehemenz auf den Prüfstand kommen wird: das Arzt-Patienten-Verhältnis als kapitalistische Ausbeutung des Kranken und die Ausgeliefertheit der Patient*innen vor allem in den Psychiatrien wird hier durchaus innerhalb kapitalismus- und herrschaftskritischer Diskurse aufgegriffen werden (vgl. Kap. 5 und 6).

Eine nicht nur durch die Struktur seiner Theoriebildung begründete, sondern auch semantisch-rhetorische Strategie Parsons', die Machtposition des Patienten im Arzt-Patienten-Verhältnis zu konkretisieren, ist das Ziehen von Analogien zu anderen Kontexten. Der Patient sei nicht wie ein Marktteilnehmer, der freiwillig und gleichberechtigt im System von Angebot und Nachfrage handeln kann. Auch sei der Patient nicht zu vergleichen mit einem Bürger der modernen Gesellschaft, dem in einer demokratischen Assoziation gleiche Rechte unter Gleichen zukäme (vgl. Parsons 1975, S. 262f.). Symmetrische Gleichheit sei also nicht das Modell, das man an das Arzt-Patienten-Verhältnis anlegen könne. Die psychosoziale Lage des Patienten, auf die im Rahmen der subjekt-konstituierenden Achse des Selbstverhältnisses näher eingegangen werden soll, böte es eher an, den Arzt als eine elterliche Figur zu betrachten (Parsons 1991, S. 304). In einem Text, den Parsons gemeinsam mit der Medizinsoziologin Renée Fox 1952 verfasst, stellt er eine funktionale Äquivalenz zwischen der Patientenrolle im medizinischen Bezugs-

system und der Rolle des Kindes im Familiensystem fest. Der erwachsene Mensch, der von einer Krankheit betroffen sei, finde sich in einer Situation wieder, in der er die Autorität des medizinischen Personals über sich akzeptieren müsse. Er erhalte nicht nur die erwähnten neuen Rechte, und ihm seien nicht nur die Pflichten des Gesundwerden-Wollenden übertragen, ihm seien in gewisser Weise auch die Rechte und die Privilegien entzogen, die ein ›normaler‹ erwachsener Mensch in der modernen Gesellschaft genieße:

»For any socialized actor, then, acceptance of this child-like status, with its attributes of inferior status and its socio-emotional skewing, entails considerable adjustment; a sort of ›de-socialization‹ process is necessary.« (Parsons/Fox 1952, S. 38, Herv. i. O.)

Insbesondere für den hospitalisierten Patienten ergebe sich eine Situation, in der er den Einfluss über sein eigenes Schicksal und seine Handlungsfreiheit teilweise aufgeben müsse. Er verlasse die vertraute Umgebung des Zuhauses, müsse teilweise auf die Anwesenheit der Familie verzichten, könne nicht zur Arbeit gehen, befinde sich in einem Umfeld, das ihm fremd sei. Er müsse aus der Erwachsenenrolle gleichsam ›heraussozialisiert‹ werden, um ein ›guter‹ Patient zu werden.

Der gute Patient, selbst eventuell im normalen Leben mit Selbstbewusstsein und Kompetenzen ausgestattet, akzeptiere das neue Autoritätsgefüge, das es ihm ermögliche, durch die Anleitung des Arztes und in dem Raum des Medizinischen abseits privater Rollen eine Wandlung vom Kranken zum Gesunden durchlaufen zu können. Dies zeigt einmal mehr, dass Patient*innen nicht einfach medizinisch behandelt werden, sondern dass es sich bei einer Therapie immer um einen Prozess handelt (Parsons 1964, S. 335), in dem sich ihre Einstellung wandeln muss. Gesundwerden heißt auch, den manchmal schmerzhaften Gang des therapeutischen Prozesses, der Kooperation und Disziplin verlangt, durchzustehen (Parsons/Fox 1952, S. 43). Das Problem der Übertragung, das sich ins Arzt-Patienten-Verhältnis einschleichen kann, kann sich in diesem Zusammenhang als ödipales ›Abrutschen‹ in eine Kindrolle zu erkennen geben; der Arzt verhindert dies, indem er den Wunsch nach Reziprozität ablehnt und dem Patienten Anerkennung für seine produktive Mitarbeit am Gesund-Werden zollt (Parsons/Fox 1952, S. 41). Diese Analogien atmen wiederum den Geist einer bestimmten Mode der psychoanalytischen Interpretation sozialer Beziehungen, aber auch familialer und paternalistischer Autoritätsbeziehungen der 1950er Jahre. Gleiches gilt für die Gegenüberstellung des therapeutischen Kontextes mit dem des Bezugssystems Bildung: »I therefore conclude that there is an inherent built-in asymmetry in the teacher-student interaction system which rather closely parallels the asymmetry of the physician-patient system« (Parsons 1975, S. 276). Auch hier wird die Patientin mit einem Subjekt eines anderen Systems, eines anderen Diskurses, verglichen, dem die unterlegene, aber zur Entwicklung angeleitete Position zukommt: Das Kind muss erzogen, die Schülerin muss ausgebildet, der Patient muss gesund werden. Parsons betont, diese Konstellationen von Asymmetrien, die sich nicht nur durch unterschiedliche Positionen, sondern durch explizite Ungleichheit (Parsons 1975, S. 272) auszeichneten, seien nicht sinnvoll erklär- oder ablösbar durch egalitäre Beziehungsverhältnisse und würden, bei aller Kritik, die an seine Theoriekonzeption über die Jahrzehnte gerichtet worden sei, signifikant bleiben. Seine Vorstellung von Autorität, Asymmetrie und Macht im thera-

peutischen Kontext und im Arzt-Patienten-Verhältnis fällt daher differenziert aus: Sie beruhe weder vollständig auf Zwang, Unterdrückung oder Ausbeutung, noch auf Symmetrie und Gleichheit; sie entspreche außerdem keinem Nullsummenspiel, sondern sei eine Aktivierung verbindlicher Verpflichtungen, von der beide ›Parteien‹ Vorteile erzielen könnten (vgl. Parsons 1963; Giddens 1998). Entsprechend dieser Machtkonzeption wird deutlich, warum sich die Rollen des Kindes, des Schülers und des Patienten und dadurch auch ihre Positionierung in Machtverhältnissen durch eine strukturelle Gemeinsamkeit auszeichnen: Sie definierten sich nicht über die Permanenz der Lebenslage, sondern seien spezifische Beziehungsverhältnisse entlang episodischer Rollen, in die der Mensch schlüpfen und von denen aus der Mensch sich weiterentwickeln müsse. Daher käme es zu Irritationen, wenn eine Schülerin nach zwanzig Jahren immer noch keinen Reifeabschluss erhalten oder eine Patientin sich dem Gesundheitsprozess verweigere (vermutlich, um weiterhin die Privilegien der Krankenrolle genießen zu können) (Parsons 1975, S. 275).

Parsons macht rund 25 Jahre nach seiner ersten Beschäftigung mit der ›Klassenfrage in der Medizin‹ die Bemerkung, dass, selbst wenn man wollte, episodische Rollen sich nicht im Sinne eines marxistischen Klassengegensatzes vorgestellt werden könnten: Schülerinnen und Schüler (also auch Patientinnen und Patienten) bildeten, wie es sich das neo-marxistische revolutionistische Denken vielleicht vorstellen würde, keine eigene soziale Klasse, denn Mitglieder von Klassen seien typischerweise ein Leben lang in jener positioniert (Parsons 1975, S. 276). Auch verfüge der Patientenstatus nicht über die soziale Bindungskraft, die eine Klasse ausmachten und ihre Anspruchspolitik an schieben könnten:

»The sick role is, as we have seen, in these terms a mechanism which in the first instance channels deviance so that the two most dangerous potentialities, namely, group formation and successful establishment of the claim to legitimacy, are avoided. The sick are tied up, not with other deviants to form a ›sub-culture‹ of the sick, but each with a group of non-sick, his personal circle and, above all, physicians. The sick thus become a statistical status class and are deprived of the possibility of forming a solidary collectivity. Furthermore, to be sick is by definition to be in an undesirable state, so that it simply does not ›make sense‹ to assert a claim that the way to deal with the frustrating aspects of the social system is ›for everybody to get sick.‹« (Parsons 1991, S. 321)

Die Bindung zwischen Arzt und Patientin sei das primäre Verhältnis des therapeutischen Kontextes und damit ›Kerngeschäft‹ des medizinischen Systems. Die Absicht der Heilung des Patienten bewirkt die Integration von Ego und Alter – und besteht im solidarischen ›Mini-Kollektiv‹ zwischen Arzt und Patientin (Parsons 1969, S. 334). Kranke bzw. Patient*innen bildeten untereinander keine Solidargemeinschaft, da dies nicht nur durch den episodischen Charakter des Rollentypus erschwert (Gruppenformation vertrage keine Fluktuation ihrer Mitglieder), sondern eben auch durch die Eingebundenheit in das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie durch die privaten Zugehörigkeitsmuster verhindert werde. Überdies fehle ihnen (im Gegensatz zur solidarischen Arzt-Patienten-Dyade) ein positives, gemeinsames Ziel, welches die Solidaritätsbeziehung als institutionalisierte Integration von Ego mit Alter (vgl. Parsons 1991, S. 51) herzustellen

len versuchen könnte. Die Folge sei, dass die Kranken keinen legitimen Anspruch auf den Status einer gesellschaftlichen bzw. gesellschaftspolitischen Gruppe erheben könnten – sie seien allenfalls als eine statistische Größe über die Gesamtbevölkerung hinweg vorstellbar. Wenn im Zusammenschluss von Kranken kein alternatives positives, in die Zukunft gerichtetes Ziel entdeckt werden kann (was wollten ›gute Patient*innen‹ denn schon anderes, als gesund werden? Warum sollten sie gegen Gesundheit argumentieren – ist Gesundheit etwa ein Unterdrückungs- oder Ausbeutungsmechanismus? Wohl kaum!), kann das medizinische Solidaritätsgefüge zwischen Arzt und Patientin auch nicht ersetzt, (außer durch die Familie) komplimentiert oder grundsätzlich infrage gestellt werden. Während einerseits die auf das medizinische Bezugsproblem gerichteten Solidaritätsbeziehungen also über die Arzt-Patienten-Beziehung eingerichtet und innerhalb eines Patientenkollektivs (also unter ›Gleichen‹) ordnungslogisch und motivational entweder nicht vorstellbar sind oder gar tatsächlich einem Nullsummenspiel gegenüber dem Arzt-Patienten-Verhältnis gleichen, so beeinträchtigen andererseits die Ungleichheit und Asymmetrie zwischen Arzt und Patientin deren Solidaritätskonstellation nicht: Sie könnten leicht über den Mechanismus des Vertrauens überbrückt werden (Parsons 1969, S. 336). Bemerkenswert ist, wie geschickt Parsons die Möglichkeit von Solidarität von Patient*innen untereinander nicht etwa explizit abwertet, sondern eher am Rande als theoretisch und gesellschaftlich unnötig und im Hinblick auf die Zielorientierung des medizinischen Systems als ins Leere laufend konzeptualisiert: Die Option des Solidaritätsverhältnisses von Patient*innen untereinander, welche in ihrem positiv formulierten Ziel konsequenterweise als ›Alle müssen krank werden‹ ausgedrückt werden müsste, weil nur die Krankheit einen integrierenden Faktor ausmachen kann, um gegenüber der Zielorientierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses systemfunktionalistisch einen alternativen positiven Sinn zu erhalten, kann eindeutig und durchaus nachvollziehbar als absurd gekennzeichnet werden.¹⁷ Problematisierende Kritik an der Medizin und ihren Machtverhältnissen kann so jedenfalls nicht stringent formuliert werden und als anschlussfähig an Alltagskontexten und politisch-kritische Rationalitäten verfangen.¹⁸

17 Tatsächlich wurde dieses ›parsonssche Paradoxon‹ einer möglichen Patientenpolitik, nämlich ›Alle müssen krank werden‹, irgendwann trotzdem sagbar – warum dies der Fall ist, wird in Kap. 6 zu zeigen sein.

18 Eine Variante des parsonsschen Arguments lässt sich auch bei Niklas Luhmann finden. Dieser stellt zum Verhältnis von möglicher Kritik an das medizinische System, welches als ausbeuterisch oder unterdrückerisch verstanden werden und somit einen Anlass für politische Solidarität bieten könnte, recht trocken im Ton fest: »Unter sozialen wie unter finanziellen Gesichtspunkten ist die Medizin leicht kritisierbar. Sie kann diese Kritik aber auch leicht abwehren. Dazu genügt in der Regel der Hinweis darauf, daß es letztendlich um Fragen der Gesundheit gehe, die sich nicht beliebig den sozialen oder den wirtschaftlichen Anforderungen beugen. Für die Beurteilung von Krankheiten nimmt der Arzt Autonomie und Fachwissen in Anspruch. Das ist ihm schwer zu wehren, solange es in der Gesellschaft niemanden gibt, der sich auf dieselbe Sache besser versteht. Alle Kritik staut sich vor der einfachen Tatsache, daß sie das Kritisierte nicht ersetzen kann.« (Luhmann 1983, S. 169) Auch hier wird deutlich: Kritik tut sich mit dem nahezu universal-positiven Ziel des medizinischen Systems, Gesundheit herzustellen, äußerst schwer.

Zusammenfassen lässt sich bis hierhin: Macht wird als notwendig asymmetrisches sowie geschlechterordnungslogisch codiertes und gesellschaftspolitisch-ökonomisch ermöglichtes Beziehungsverhältnis des Patienten zu seinem Arzt formuliert und durch ein loyales Vertrauensverhältnis begründet. Die Herausforderung jenes machtvollen Verhältnisses auf Grundlage politisch organisierter Kritik findet weder Anschluss an den Nukleus des therapeutischen Verhältnisses noch an den Mechanismus der medizinischen Praxis und ihrer Zweckerfüllung. Gruppensolidarität, eine prinzipiell diskutierbare Möglichkeit gemeinsamen Machteinsatzes zur Veränderung gesellschaftlicher oder medizinischer Herrschaftsverhältnisse, zielt nicht auf die Anforderung der Integration des therapeutischen Kontextes ab. Dies bedeutet entsprechend, dass Macht, die aus jener ›Patientensolidarität‹ entstehen könnte, nicht nur entbehrlich ist, sondern dass sich jene Macht erst gar nicht entwickeln kann, weil der Wunsch nach Gesundheit universal ist und adverse Macht der ›politische Klassenfeind‹ fehlt.

Devianz ist schließlich und letztlich eine weitere sozialtheoretische Kategorie, die Parsons nutzt und die der Kranken bzw. der Patientin eine weitere machtbegogene, subjektspezifizierende Eigenschaft verleiht. Krankheit ist Abweichung vom ›Normalzustand‹, sie unterscheidet die Kranke aber nicht nur medizinisch-pathologisch von Gesunden. Die Devianz des Krankseins, führt Parsons aus, sei nur eine Alternative unter anderen denkbaren sozialen Devianzen und es bestünden Familienähnlichkeiten zwischen dem Kranken auf der einen, dem Kriminellen oder Vagabunden auf der anderen Seite (Parsons 1951, S. 455). Gegen das motivationale Ziel, die Gesundheit von Patient*innen wiederherzustellen, käme also auch die Devianz des Krankseins nicht als attraktives Kohäsionsmuster und Assoziationsangebot für Patient*innen daher. Der Begriff der Devianz, der den Patienten in einen Analogismus mit anderen, ebenso zu normierenden delinquenten Subjektfiguren stellt, entfaltet pejorative Wirkung, auch, wenn Parsons ihn wohlmöglich als rein strukturfunktionalistisch-analytische Kategorie einführt. Vor allem antipsychiatrische Strömungen haben sich etwa zwei Jahrzehnte nach Parsons' Devianztheoretisierungen implizit mit genau diesen stillen etikettierenden und stigmatisierenden Voraussetzungen des Patientenbegriffs, die psychisch Erkrankte auf besondere Weise treffen, kritisch auseinandergesetzt. Hier werden sich genealogisch-politische Brüche mit dem ›parsonsschen Patientsein‹ unter diskursiver Fortsetzung der Problematisierung medizinischer und gesellschaftlicher Devianzverständnisse eröffnen.

4.2.2.2 Ungleich verteiltes Wissen: Technische (In-)Kompetenz und Informationsdefizite

Wissen spielt für das subjektkonstituierende Verhältnis zwischen Arzt und Patientin bei Parsons eine wichtige Rolle. Zunächst sei wieder auf die ärztliche Partei geblickt: Die Berufsrolle des Arztes ist, wie andere Berufsrollen auch, erfolgsorientiert und funktional spezifisch. Sie unterscheidet sich allerdings graduell zu anderen Berufsrollen in dem umfangreichen Maß der technischen Kompetenz, die der Arzt sich für die erfolgreiche Ausübung seines Berufes anzueignen hat (Parsons 1991, S. 292, 301). Die universale Strukturierung des Arztberufs führt nicht nur dazu, dass der Arzt als Treuhänder des therapeutischen Prozesses und der Gesundheitsinteressen der Bevölkerung (Par-

sons 1975, S. 268) prinzipiell Jede*n ohne Ansehen der Person (natürlich seiner Kompetenz entsprechend) zu behandeln hat, sie sichert auch den Zugang zur Berufsrolle gleich welcher Herkunft oder persönlicher Beziehungen (Parsons 1991, S. 305f.). Parsons attestiert dem Arztberuf Ähnlichkeiten zu einer ›technologischen‹ Tätigkeit (Parsons 1991, S. 301): Das spezialisierte, formale Wissen und die Fähigkeiten, die er in seiner Ausbildung erwirbt, geben ihm die geeigneten Werkzeuge an die Hand, seine Arbeit erfolgreich zu verrichten. Die Quelle seines Wissens und seiner Fähigkeiten begünstigen dieses Selbstverständnis: Der Arzt als Experte handelt als praktisch anwendender Wissenschaftler (Parsons 1991, S. 293). Dabei muss er zwei eng miteinander verknüpfte Prozesse durchlaufen. In der formalen Ausbildung eignet er sich Kenntnisse über Biophysik, Biochemie, Physiologie, Bakteriologie und Verhaltenswissenschaften an. Diese formalen Kenntnisse werden durch klinische Aktivitäten eingesetzt: der Arzt in Ausbildung lernt, Patient*innen zu pflegen, Untersuchungen vorzunehmen und Diagnosen anzustellen sowie Krankengeschichten aufzunehmen (Parsons 1975, S. 268). Die Wissenschaft der Humanmedizin und das klinische Arbeiten am Menschen verleihen ihm die Möglichkeit, ein objektives Problem anhand objektiver, wissenschaftlich-klinisch begründeter Mittel zu lösen (Parsons 1991, S. 293). Das Wissen, das er sich aneignet und zur Anwendung bringt, ist somit eine weitere Legitimation, sich nicht in eine isonome Wissensbeziehung mit der Patientin zu begeben. Die Berufsrolle des Arztes zeichnet sich also durch besonders komplexe Anforderungen und Abläufe aus, die ihn gegenüber dem Patienten und der Gesellschaft als Experten in Fragen der Gesundheit und Krankheit markieren (Parsons 1991, S. 292; 1975, S. 268). Sein Expertenwissen ist zwar auf den Bereich der Gesundheit und Krankheit beschränkt, er muss sich jedoch, wie im letzten Abschnitt gezeigt wurde, als universal Handelnder in seinem Zuständigkeitsbereich verstehen. Das technische Wissen und die Erfahrung in der klinischen Aktivität reichen dabei nicht aus. Er muss zusätzlich eine gewisse Arbeitsmoral an den Tag legen, er muss Geduld, Ausdauer und persönliche Kompetenz in seine Tätigkeit einfließen lassen, welche seinem Berufswissen Wirksamkeit verleihen (Parsons 1991, S. 301). Das Wissen, das rationale Objektivität erzielt und damit dem ärztlichen Rat zusätzliche Autorität verleiht, kann nur dann effektiv eingesetzt werden, wenn der Arzt sie mit charakterlichen Qualitäten und ethischem Verhalten verknüpft. Wissen und Selbstverhältnis stehen deswegen in einem engen Zusammenhang für die ärztliche Rolle. Bevor dieses Verhältnis weitergehend bestimmt wird, soll jedoch erst das Patientensubjekt auf der Achse des Wissens mit Parsons ausgedeutet werden:

Bezogen auf das medizinische System, also dem Ziel, Krankheit zu beseitigen, ist der Patient als (zumindest graduell) nichtwissend markiert. Sieht man sich Parsons Schriften zur Medizinsoziologie genauer an, können unter ›Wissen‹ zwei Formen derselben subsumiert werden: Technische (In-)Kompetenz und Information. Parsons rechnet dem Arzt technische Kompetenz zu, während der Patient sich durch medizinische, also »technical incompetence« (Parsons 1991, S. 296; vgl. Parsons 1964, S. 334) auszeichnet. Für Parsons ist die Sache eindeutig: Patient*innen sind nicht nur nicht in der Lage, theoretisches medizinisches Wissen zu akkumulieren und medizinisch praktisch anzuwenden, weil ihnen üblicherweise die Qualifikation und Rollendisposition fehlt, sie können überdies technisch kompetentes Wissen nicht einschätzen: Sie können nicht beurteilen, ob das ärztliche Handeln korrekt ausgeführt wird (Parsons 1964, S. 333), wel-

che Diagnose von möglichen konfligierenden die richtige ist, sie können noch nicht einmal den besten Arzt unter vielen bestimmen (Parsons 1991, S. 297). Dies geht mit einer Feststellung einher, dass der Patient sein Wissen systematisch überschätze: Menschen gehen oft davon aus, dass sie mehr wissen und Gründe haben, ein medizinisches Urteil für sich und andere zu fällen (ebd.). Entsprechend lässt sich in Parsons Schriften wenig darüber finden, welches Wissen der Patient in medizinischen Dingen, wenn überhaupt, haben kann. Er belässt es bei der Feststellung, dass der Patient im therapeutischen Kontext, welcher nicht nur als Subsystem des medizinischen Systems, sondern auch als Teil des professionellen Kontextes wirkt, die Position eines Laien bekleidet.¹⁹ Dass es Parsons auch nicht um die qualitative Bestimmung des Wissens des Patienten geht, wird deutlich, wenn er einen Grenzfall, der dennoch für ihn eindeutig ausfällt, diskutiert:

»The sick person, of course, may himself be a physician, but in his role as a patient he stands, relative to non-sick physicians, very much as do patients who medically speaking are lay people.« (Parsons 1975, S. 266)²⁰

Diese Bemerkung lässt darauf schließen, dass das faktische, technisch defizitäre Wissen nicht unbedingt konstituierend für den therapeutischen Kontext ist, sondern dass die Zuschreibung von Nichtwissen eng an die Machtpositionen von Arzt und Patient*in geknüpft ist. (Nicht-)Wissen ist also nicht notwendig an technische (In-)Kompetenz geknüpft und auch nicht qualitativ durch Studium und Anwendung oder deren Abwesenheit letztbestimmt, sondern lässt sich immer nur in Bezug auf die Machtasymmetrie der Rolleninhaber*innen als wirksames subjektkonstitutives Element verstehen.

Sucht man weiter nach der Bedeutung von Wissen für die Subjektconstitution des Patienten bei Parsons, stößt man auf die Dimension der Information. Information als Form des Wissens kommt in einem spezifischen Kontext zum Tragen, der nicht das therapeutische Arzt-Patienten-Setting allein bzw. direkt, sondern medizinische Forschung betrifft. Therapeutische Beziehung, heilerische Zweckerfüllung und medizinische Forschung überschneiden sich in der professionellen Praxis und vor allem in der Klinik jedoch, da für medizinische Forschung in der Regel aus einer Population von Patient*innen rekrutiert werden muss (Parsons 1969, S. 325). Patient*innen können also in diesem Raum zugleich Forschungsobjekte (*research subjects*) sein. Parsons weist in dieser Hinsicht auf die Erwartungen und Rollenfunktionen hin, die auch für das

19 Parsons spricht Lai*innen und Patient*innen nicht ab, dass sie ein gewisses Maß an Wissen in und Verständnis für Krankheitsfragen haben können. Das Wissen ist jedoch nicht inhaltlich-sachlicher Natur, sondern mehr ein Instinkt für die Grenzsituation, in der ein Arzt konsultiert werden sollte. Eine Frau wird eventuell einen Knoten in ihrer Brust entdecken und sich darum untersuchen lassen, sie wird aber wahrscheinlich nicht eigenständig feststellen können, ob er gut- oder bösartig ist (Parsons 1975, S. 271). Darüber hinaus zeige sich in Bezug auf mögliches medizinisches Laienwissen, dass die häusliche Versorgung von Kranken durch Lai*innen oftmals gelingt, jenes Handeln jedoch eher der Pflege bis zur Rekonvaleszenz des Kranken, nicht aber der Therapie, die Kernkompetenz des Arztes, entspricht.

20 Die Monografie *When Doctors become Patients* von Robert Klitzman (2008), die ebenfalls das Rollenkonzept Talcott Parsons' bemüht, zeigt eindrücklich auf, wie das Selbstbewusstsein des ›Arzt-Patienten‹ trotz allen qualitativ-technischen Wissens nachhaltig erschüttert wird.

Verhältnis zwischen Arzt und Patient*in im direkten therapeutischen Bezugssystem gelten: Zwischen Arzt und Patient*in herrscht nicht nur ein Ungleichverhältnis in der Kompetenz, sondern (experimentelle klinische) Forschung setzt einen sensiblen und strategischen Umgang mit Information voraus. Einerseits muss das Forschungsobjekt Informationen über sich preisgeben, die es außerhalb des professionellen Komplexes nicht teilen würde (Parsons 1969, S. 348) – diese betreffen zum Beispiel den Status der Gesundheit und die Dispositionen zu Erkrankungen in der Familie. Diese Informationen geben Aufschluss darüber, ob der Patient überhaupt als Informationsquelle für medizinische Forschung mit einem bestimmten Desiderat geeignet ist (Parsons 1969, S. 341). Zugleich schützt die Wahrung der spezifischen Funktionalität des Forschungsunternehmens Patient*innen im Rahmen einer klinischen Studie davor, *alle möglichen* Information angeben zu müssen, die ihn nicht nur als Kranken, sondern auch als ganze Person betreffen – dies kann das Forschungsobjekt vor Missbrauch und Ausbeutung schützen (Parsons 1969, S. 357). Das medizinethische Prinzip der Wahrung der Privatheit und Vertraulichkeit persönlicher Daten bearbeitet also einen schmalen Grat zwischen den Polen ›möglichst viel Information‹ und ›ausreichende Information‹. Für Parsons ist jedoch eindeutig, dass die Verantwortung, festzulegen, was und wieviel nötige Information ist, aufseiten des professionellen Komplexes liegen muss. Gleichzeitig wird das ethische Prinzip der Wahrung der Privatheit ergänzt durch die freiwillige informierte Zustimmung (*voluntary informed consent*), die die Patientin erteilt. Dieses Prinzip hilft dem Forschungskomplex gegenüber dem Patienten respektive dem Forschungsobjekt soziale Verantwortung zu tragen (Parsons 1969, S. 327), denn es stellt sicher, dass kein Zwang ausgeübt wird. Informierte Zustimmung auf Seiten des Laien besteht vor allem in dem Recht, sich vor Beginn der Studie freiwillig für oder gegen die Teilnahme an ihr zu entscheiden (genauso, wie der Patient im Normalfall das Recht hat, sich für die Aufnahme in einem Krankenhaus oder für die Behandlung durch einen Arzt zu entscheiden) und es erschöpft sich weitestgehend darin, die Teilnahme wieder zurückziehen zu können (Parsons 1969, S. 356). Die Patientin muss also bedingt wissend bzw. informiert in die Behandlung oder Studie hineingehen können und ihr Recht auf Rückzug ihrer Teilnahme kennen. Zwar erhebt Parsons keine generellen Einwände dagegen, dass Patient*innen weitestgehend darüber informiert werden, worauf sie sich bei einer Behandlung oder einer klinischen Studie einlassen (Parsons 1969, S. 343), dennoch weist er auf ein strukturell angelegtes Informationsdefizit des Forschungsobjekts hin. Zum einen muss die Patientin über mögliche Risiken, die mit einer (experimentellen) Behandlung einher gehen, aufgeklärt sein, es liege aber in der Natur der Sache, dass man nur Aussagen über das Eintrittsrisiko machen und nie sicher sein könne, ob genannte bekannte Schäden für die individuelle Studienteilnehmerin tatsächlich eintreten (ebd.). Zum anderen operiere zumindest experimentelle medizinische Forschung am Menschen zu einem gewissen Grade immer mit einem Wissensdefizit – Ungewissheit ist ein entscheidendes Merkmal von Forschung, denn wären Ergebnisse schon vor ihrer Durchführung bekannt, erübrigte sich ebenjene (Replikationsstudien ausgenommen).²¹ Diese Ungewissheit betrifft nicht nur das Forschungsobjekt, sondern genau-

21 Ähnliche Argumente finden sich auch in dem vielzitierten und einflussreichen (vgl. z. B. Booth 1993) Aufsatz *Ethics and Clinical Research* von Henry K. Beecher aus dem Jahre 1966, der sich zwar

so den forschenden Arzt (Parsons 1969, S. 335), der allerdings über Kontrolle über das Studiendesign verfügt und entscheiden kann, in welchem Rahmen er über dieses informiert. Dies betrifft einen zweiten Punkt des Informationsdefizits des Patienten als Forschungsobjekt: Wenn er durch seine persönlichen Informationen zum Gelingen der Studie und eventuell damit auch zu seinem Behandlungserfolg beitragen muss, so darf es nach Parsons in der medizinischen Forschung am Menschen nicht prioritäres Ziel sein, den Studienteilnehmer *komplett* zu informieren. Das bedeutet, dass die Regeln über Information vorrangig im Hinblick auf die Gewinnung neuen medizinischen Wissens ausgerichtet sind und eine gewisse Intransparenz Erfolgswahrscheinlichkeit der Forschung erhöht:

»Thus, there is danger that the criterion of being informed may introduce undesirable constraints on the performance of the professional function if it is too strictly construed. [...] What it is important for the [...] research subject to know must be selectively defined in terms of the function he performs in the system and the ways in which the activities of the others impinge on his role and functions. Only in limiting cases does sufficient knowledge constitute in any absolute sense full information about everything involved.« (Parsons 1969, S. 343f., Herv. i. O.)

Parsons geht nicht näher ins Detail, wie oder in welchem Rahmen das Nichtwissen genau von Vorteil für das Forschungsunternehmen wäre. Es lässt sich jedoch ein Beispiel finden, wann das Nichtwissen von Patient*innen als Informationsdefizit erwünschte Effekte erzielen könnte: In Placebo-kontrollierten, einfachblinden klinischen Studien werden Patient*innen im Unklaren darüber gelassen, ob sie das zu testende Medikament erhalten oder nur das Placebo, beispielsweise eine Zuckerpille oder ein bereits bekanntes wirksames Medikament. Dies ermöglicht die Testung der signifikanten Wirksamkeit des Medikaments, welche sonst unter anderem durch die subjektive Erwartungshaltung verfälscht werden könnte. Placebo-kontrollierte Studien sind dafür geeignet, die Erwartungshaltung der Forschungsobjekte und damit auch die Hoffnung der Patient*innen in die Wirksamkeit eines Medikaments zu zerstreuen, indem ihre Nichtwissenheit produktiv genutzt und der kulturspezifische und der modernen Medizin gegenüber vorherrschende »optimistic bias« (Parsons 1991, S. 299, 301; vgl. auch Silverman 1991) medizinischer Laien vermieden wird. Dieser Effekt der Kontrollierbarkeit und objektiven Wirksamkeitsprüfung wird allerdings durch randomisierte, doppelblinde klinische Studien als erhöht akzeptiert, denn sie setzen das gleichsam begrenzte Nichtwissen des Arztes bzw. Studienleiters voraus und helfen durch die ihm unbekannte Zuteilung des Wirkstoffs oder des Placebos, auch auf dessen Seite den »optimistic bias« oder eine sonstige implizite Motivlage auszuschalten. Parsons hätte über

für die Informierung des Patienten einsetzt, aber auch bemerkt: »Consent in any fully informed sense may not be obtainable. [...] In any precise sense statements regarding consent are meaningless unless one knows how fully the patient was informed of all risks, and if these are not known, that fact should also be made clear. A far more dependable safeguard than consent is the presence of a truly *responsible* investigator.« (Beecher 1966, S. 1355, Herv. i. O.) An diesem Zitat wird die Sensibilisierung für Fragen der informierten Zustimmung deutlich, die immer nur eine Annäherung an die Vollinformiertheit bleiben kann. Dem Arzt als Forschungsleiter wird hier erneut eine Position zugeschrieben, in die der Patient Vertrauen und Verlässlichkeit setzen soll.

diesen Effekt der Gleichverteilung des spezifischen Nichtwissens zwischen Arzt bzw. Studienleiter und Patientin bzw. Studienobjekt durch randomisierte, doppelblinde klinische Studien bescheid wissen können, denn die klinischen Debatten dazu wurden bereits seit den frühen 1950er Jahren geführt (Kaptchuk 2001). Dennoch hat er für die Beschreibung der Bedeutung des Nichtwissens im medizinischen Kontext und gegenüber der Legitimierung des vergleichsweisen Informationsdefizits von Patient*innen keine Konsequenzen gezogen. Ohne dem Sozialtheoretiker ›Messen mit zweierlei Maß‹ unterstellen zu wollen, kann festgestellt werden, dass das Nichtwissen und vor allem das Informationsdefizit bei Parsons nicht als rein strategische Forschungstechniken angelegt sind. Schließlich könnten sie dem Arzt im Hinblick auf den Forschungs- und Behandlungserfolg unter Umständen auch nützen. Vielmehr schreibt sich Nichtwissen über seine Ausführungen als subjektkonstituierende Bedingung des Patientseins im experimentellen Setting, das auch Therapie zum Ziel hat, direkt ein.

Das ›Management‹ der subjektiven und emotionalen Faktoren in der medizinischen Forschung und Praxis mithilfe von Nichtwissen und Hoffnungsbegrenzung berührt zudem einen weiteren Punkt, der die Charakterisierung des Patientensubjekts bei Parsons signifiziert: Es zeichnet sich durch ein spezifisches Selbstverhältnis aus, welches generell durch Unsicherheit und psychosoziale Instabilität gekennzeichnet ist. Das Selbstverhältnis des Arztes hingegen lässt sich wiederum als Gegenfolie dazu konturieren.

4.2.2.3 Selbstverhältnisse im therapeutischen Nexus: Ethische Arbeit und inneres Chaos

Derart, wie das asymmetrische Machtfeld zwischen Arzt und Patientin und das Macht-Wissen des Arztes nur über die Zuteilung der sozialen Rollen erklärbar ist, ist das Selbstverhältnis des Arztes als Entsprechung einer generalisierten Erwartung an seine Berufsrolle definiert. Das spezifizierte Subjekt des Arztes konstituiert sich durch seine Selbstführung im professionellen Handeln, welches von möglichen persönlichen, irrationalen Gefühlen kompromittiert werden kann: Eine wesentliche Voraussetzung des erfolgreichen therapeutischen Prozesses ist für den Arzt, emotionale Involviertheit auszuschließen. Parsons gibt mehrere Beispiele, die den Selbstschutz vor emotionaler Involviertheit in die Angelegenheiten der Patientin plastischer machen. Der Arzt, der sich in manchen Fällen kaum einer potenziell sexuell stimulierenden Situation entziehen kann, muss sich erotische Gefühle untersagen. Mitleid, insbesondere mit erkrankten Kindern, darf sein objektives Urteil und die Wahl der besten Therapie nicht beeinflussen. Auch darf der Arzt sich *qua* seiner universalen Stellung nicht durch persönliche Sympathien oder Antipathien seinen Patient*innen gegenüber leiten lassen, indem er ihnen bessere oder schlechtere Behandlungspläne oder eine zu- oder abgewandtere Kommunikation zukommen lässt (Parsons 1991, S. 308). Diese Anforderungen, die den Geboten der funktionalen Spezifität und der affektiven Neutralität entsprechen, bedeuten für den Arzt Arbeit an sich selbst, die sich nicht durch das wissenschaftliche Urteilen und die technische Kompetenz einholen lässt, sondern ein spezifisches reflexives Verhältnis zu sich selbst und distanziertes relationales Verhältnis zu den Patient*innen bedeutet. Diese selbstbegrenzende Arbeit an sich selbst ist eine ethisch-reflexive Praxis, die bereits während des Medizinstudiums eingeübt wird: Die Medizinsoziologin

Renée Fox, die auch mit Parsons zusammenarbeitete, und der Psychologe Howard Lief argumentieren in einer einflussreichen Studie aus dem Jahre 1963, dass derselbe Mechanismus, der Medizinstudierenden dabei helfe, in der Anatomieklasse einen Leichnam zu obduzieren, in der späteren medizinischen Praxis sicherstelle, dass der Arzt empathisch zuhören könne, aber emotional distanziert bleibe (*emotional detachment*) (Lief/Fox 1963; Halpern 2001). Dies gibt einerseits Eindruck von der schwierigen menschlichen Anforderung an den Arzt. Andererseits wird hier die klinische Erfahrung, dass der Patient und die Leiche nicht nur durch Körperlichkeit verbunden sind, sondern auch über ihr pathologisches Individuumsein fundamental in Eins fallen, auf das Erleben und die ethische Arbeit des Arztes zugerechnet.

Eine besondere Gratwanderung ergibt sich, wenn sich dem Arzt der Eindruck vermittelt, der lebende Patient wolle die Rollenerwartungen aufbrechen und eine persönliche, manchmal freundschaftliche Beziehung zu ihm aufbauen – hier muss der Arzt sich der Preisgabe von persönlicher Zuwendung und Information untersagen (Parsons 1951, S. 459). Diese prekäre Situation, so Parsons, lässt sich mit den Mitteln der Psychoanalyse genauer erklären: Der Patient tendiere durch den Mechanismus der Übertragung zumeist unbewusst dazu, den Arzt in eine partikularistische Beziehung assimilieren zu wollen, um mit dem emotional-psychologischen Stress, der mit der Erkrankung einhergeht, umgehen zu können (Parsons 1991, S. 306). Die Psychoanalyse als eine Wissenschaft vom Menschen und seinen Begierden liefert jedoch nicht nur das Erklärungsmuster für die Herstellung und Begrenzung der devianten Verhältnisbeziehungen zwischen Arzt und Patient*in und zum Arzt zu sich selbst. Vielmehr behauptet Parsons, dass jedem therapeutischen Kontext Dynamiken des psychotherapeutischen Kontextes inhärent sind (Parsons 1991, S. 304). Die psychoanalytischen Einsichten, so Parsons, sind dabei nicht nur humanwissenschaftliches Wissen, sie sind häufig implizite Praxis im therapeutischen Prozess. Parsons greift möglichen Kritiken, die Ärzte in ihrem Selbstverständnis als streng rationale Naturwissenschaftler an ihn richten könnten, vor: Ob der Arzt nun wolle oder nicht, er befinde sich innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses in diesen möglichen reflexiv-relationalen Fallstricken. Damit umzugehen, auch, wenn man sich sträube, die Übertragung der Emotionen, Wünsche und Sehnsüchte des Patienten mit Mitteln der Psychoanalyse verstehbar zu machen, nenne man manchmal ›die Kunst der Medizin‹ (Parsons 1991, S. 311, FN 16). Medizinische Praxis ist – ebenso wie die Psychotherapie – also kein rein mechanistischer Vorgang, sondern die Kunst des Ausgleichs und der Rückführung in ›normales‹ soziales Verhalten:

»That is, the same features of the physician's role, which are so important as protection of the physician himself, are also crucially important conditions of successful psychotherapy. Psychotherapy, as we have seen, becomes necessary when the control mechanisms inherent in the reciprocities of ordinary human relationships break down. One of the most important features of neurotic behavior in this sense is of course the involvement in vicious circles, so that the social pressures which ordinarily serve to keep people »in line« and bring them back if they start to deviate, serve only to intensify the recalcitrant reaction and to drive the individual farther from satisfactory behavior.« (Parsons 1991, S. 310)

Das Selbstverhältnis der Patientin wird ebenfalls beschrieben und erweist sich ein weiteres Mal als das Negativ des Arztes. Ihre Situation kann auf der subjektkonstitutiven Achse des Selbstverhältnisses mit der Beschreibung des »emotional involvement« (Parsons 1991, S. 296) versehen werden. Die emotionale Involviertheit ergibt sich zum einen, wie eben bereits angemerkt, relational durch die psychische Übertragung von Wünschen auf den Arzt. Wirft man einen letzten, genauen Blick auf die (verhaltens-)psychologische Dimension des Patientseins in Parsons' Texten, so lässt sich eine ganze Reihe an Attributen finden, die die Lage des Patienten, gleich an welcher Erkrankung leidend, prekär erscheinen lassen: Der Patient leidet nicht nur körperlich, sondern auch seelisch, er ist mit dem Risiko der Verschlechterung seines Zustands konfrontiert und oftmals ängstlich (Parsons 1991, S. 314) sowie irritiert (Parsons 1991, S. 312). Die Situation der Krankheit führt bei dem Patienten dazu, sich an die Krankenrolle auch emotional anpassen zu müssen. Jene versetzt den Patienten jedoch in eine Lage der psychischen Belastung und Anspannung (*strain*) (Parsons 1991, S. 298). Er ist dazu gezwungen, seine eigene Hilflosigkeit (Parsons 1991, S. 296) und die Störung seiner »normalen« Funktionsfähigkeit als Gesellschaftsmitglied wahrzunehmen, was ihn zusätzlich beschämt. Die Erkenntnis, dass der Tod eine veritable Gefahr darstellt, wirkt als fundamentales Frustrationserlebnis auf ihn – ihm wird auf einmal bewusst, dass seine Zukunft nicht seinen Vorstellungen entspricht, da die implizite Erwartung, ewig zu leben, eine Illusion ist. Die Patientin macht darüber mehrere Phasen des psychischen Erlebens ihrer Krankenrolle durch: Sie beginnt mit dem Schock, erkrankt und damit verwundbar zu sein, es treten folglich Zukunftsängste auf. Es schließen sich daran unterschiedliche Varianten an, wie sie mit ihrer Situation weiterhin umgeht: Entweder, der optimistische Bias verleitet sie dazu zu glauben, dass sie »eigentlich gar nicht so krank ist« oder »ganz schnell alles wieder gut wird«. Patient*innen mit einem anderen psychologischen Setup würden sich, so Parsons, eher dem Selbstmitleid hingeben, jammern und Aufmerksamkeit einfordern (Parsons 1991, S. 298). Lawrence J. Henderson, der sehr früh das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als soziales System definierte und den Parsons als wichtige Referenz für seine theoretischen Reflexionen anführt (Parsons 1991, S. 288, FN 1), behauptet: »It is not only to a mob that reason and good sense cannot effectively be talked.« (Henderson 1935, S. 821) Der Patient, der hier als Analogon zum einfachen, gereizten und reizbaren, emotional und politisch aufgerührten Plebs (nicht aber einer politisch organisierten Klasse!) geführt wird, verfüge im seltensten Fall über einen stabilen Geisteszustand, der ihm erlaube, logische Aussagen und ihre Konsequenzen, die der Arzt formuliert, zu verstehen und zu fassen. Es liege in der Verantwortung des Arztes, all die Gefühle und die Furcht des Patienten auf eine »Arbeitsgrundlage« auszurichten, die es erlaubt, einen therapeutischen Prozess in Gang zu setzen (ebd.). Mag jene letzte Charakterisierung des Patienten als Mob überaus pejorativ und unangemessen erscheinen, so ist sie in gewisser Hinsicht die Kulmination dessen, was sein Selbstverhältnis auszeichnet. In ihm herrscht Chaos und Haltlosigkeit, er ist, anders als der Arzt, nicht befähigt, seinen emotionalen Zustand selbstständig zu managen, sich selbst zu führen. Verhaltensanleitungen findet der Patient nur vermittelt durch den Arzt.

Dass die Charakterisierung des Patientensubjekts auf der Achse des (gestörten) Selbstverhältnisses, markiert durch Emotionalität und Irrationalität, durch Parsons ei-

nen nahezu axiomatischen Wert erlangte, wird an der Entwicklung des Konzepts des Krankheitsverhaltens (*illness behavior*) deutlich, welches von David Mechanic (1962) als ein Forschungsfokus in der behaviouristischen Medizinsoziologie eingeführt wurde. Die Ausdifferenzierung der Kategorie des Krankheitsverhaltens sollte nicht als Gegenentwurf zur strukturfunktionalistischen Betrachtungsweise des Patientensubjekts gelesen werden, sondern als konsequente Weiterentwicklung derselben. Mechanic bezieht sich auf Parsons' Konzeptualisierung der sozialen Kranken- und Patientenrolle und stellt die Frage, welche Faktoren eine Rolle dabei spielten, sich in die soziale Rolle des Kranken bzw. des Patienten bereitwillig einzufügen: Die einen suchten sofort einen Arzt auf und kooperierten mit ihm, die anderen fürchteten sich vor der Abhängigkeit, die mit der Krankenrolle einhergehe und vermieden es, sich die Situation des Patienten zuzuschreiben. Mechanic und Edmund H. Volkart (1960) nehmen Patient*innen damit unter der Fragestellung in den Blick, warum und auf welche Weise Individuen ihren Gesundheitsstatus und ihre Krankheit unterschiedlich erleben, wahrnehmen und als Problem bearbeiten (vgl. Sirri/Grandi 2012, S. 161). Wenn Parsons als Merkmal der Patientenrolle das psychologische Chaos und die Varianz mit seinem Umgang als der sozialen Rolle inhärent konzeptualisierte, arbeiteten also folgende medizinsoziologische Forschungsstränge daran, die psychosoziale Komponente als eigenständiges Interessenfeld zu etablieren. Das prekäre Selbstverhältnis des Patienten, von dem grundsätzlich ausgegangen wird, dass er sich in einer Situation des psychologischen Stresses und der irrationalen Bewältigung befindet und deswegen auch nicht zur Abstrahierung von sich selbst und zum Erkennen oder gar einer Politisierung einer gemeinsamen Lage fähig ist, schreibt sich somit in die Patientenrolle und die Konstitution des Patientensubjekts ein. Dieses Image wird der Patient lange Zeit nicht loswerden und doch irgendwann auf bestimmte Weisen überwinden.

4.3 Zusammenfassung

Die ersten genealogischen Spuren des Patientensubjekts mit seinen spezifischen wissenschaftlichen und materiell-historischen Herkunft, diskursiven Entstehungskontexten und theoretisch zugewiesenen Eigenschaften wurden nun freigelegt. Anhand zweier sehr unterschiedlicher Theorien zur Bedeutung von forschender und therapeutischer Medizin in der westlichen modernen und spätmodernen Gesellschaft, die in ihren theoretischen Anlagen und Thesen durchaus auch Widersprüche aufwerfen, konnte die Subjektkonzeption und -konstitution des Patienten rekonstruiert werden: Eingangs wurde anhand einer »patientenzentrierten« Relektüre von *Die Geburt der Klinik* (GK) versucht dafür zu sensibilisieren, dass der Patient ontologisch nicht *a priori* als Partner in einem therapeutischen Verhältnis gesetzt werden darf, sondern dass er als modernes Subjekt Fluchtpunkt einer spezifisch modernen medizinischen Erkenntnisarbeit ist. Das klinische Blicken auf den Leichnam, das Auffinden von Pathologien in den körperlichen Strukturen, das Diagnostizieren als eigenständige Tätigkeit, die vor dem Therapieangebot steht sowie die räumliche Verortung in dem Krankheitsraum eines Krankenhauses – dies macht den Patienten zum medizinischen Objekt der Pariser Schule und ist strukturgebend für die sich fortentwickelnde klinisch-praktische und biome-